
Tesis doctoral

El factor relacional en la satisfacció del paciente odontológico.

Elisa Sanagustín Sánchez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This doctoral thesis is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

EL FACTOR RELACIONAL EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO

TESIS DOCTORAL

AUTORA: ELISA SANAGUSTÍN SÁNCHEZ

DIRECTORES:

Dra. MARÍA VICTORIA ROQUÉ SÁNCHEZ

Dr. LLUIS GINER TARRIDA

Dr. IGNACIO MACPHERSON MAYOL

UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA, 2022

DOCTORADO EN COMUNICACIÓN, EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN HUMANIDADES



Dedicatorias

A María Auxiliadora; a mis padres, Javier y Elisa; a mi marido, Miquel; a mis hijos, Xavi, Laura, Marta, Álex y Ana; a mis hermanos; Alberto e Irene; a mi tía, María Luisa, por acompañarme siempre.

Agradecimientos

Al Dr. Cortada (DEP), primer Decano de la Facultad de Odontología de la Universitat Internacional de Catalunya, impulsor de esta tesis.

Al Dr. Giner, a la Dra. Roqué y al Dr. Macpherson, por ayudarme a descubrir la importancia de la persona que hay en cada paciente, en cada alumno y por animarme, con su dedicación constante durante todos estos años, a realizar esta tesis doctoral.

Al personal de la Clínica Universitaria de Odontología y a los miembros del servicio estadístico de la Universitat Internacional de Catalunya.

A todas las personas que, directa o indirectamente, han hecho posible este trabajo de investigación.

RESUMEN

Durante los últimos años se han producido sustanciales cambios en la odontología por diferentes motivos: aumento en el número de odontólogos y de empresas que prestan servicios odontológicos; implantación de nuevos modelos socioeconómicos; cambio de modelo asistencial; formación del odontólogo centrada en el conocimiento científico y técnico en detrimento de la formación moral. Todo ello ha generado un incremento en las quejas y reclamaciones hacia los odontólogos, en las que en un alto porcentaje son consecuencia de un defecto en la comunicación o en la relación paciente-odontólogo. El resultado es la implantación de la odontología defensiva en detrimento de la odontología centrada en el paciente.

Lo expuesto más arriba enmarca las líneas de investigación transversal y de carácter interdisciplinar de este trabajo. Su objetivo principal es investigar cómo influye el factor relacional odontólogo-paciente en la satisfacción del paciente durante todo el proceso que constituye un tratamiento. El estudio profundiza, a partir de los resultados, en la perspectiva de los principios, concretamente en los valores que deben dominar una relación humana: la comunicación, la empatía, la confianza, etc.

La investigación se estructura en diversas fases. En la primera fase se analizaron las incidencias y reclamaciones provocadas por defectos en la comunicación o la falta de empatía en las intervenciones clínicas realizadas en el periodo 2017-2018. Dichas intervenciones se llevaron a cabo en la Clínica Universitaria de Odontología de la Universidad Internacional de Catalunya

En la segunda fase, se diseñó un cuestionario específico (FO-UIC) para evaluar la satisfacción del paciente a lo largo de su tratamiento, poniendo la atención en el factor relacional odontólogo-paciente, de manera que sea posible detectar fenómenos no-clínicos en el trato con el paciente, susceptibles de mejora. Para ello se combinaron la revisión bibliográfica, la metodología Delphi a través de expertos y el análisis de las incidencias y reclamaciones.

En la tercera fase, se realizó un análisis psicométrico de los resultados de la aplicación del cuestionario a una muestra de 80 pacientes, con el objetivo de detectar posibles elementos de la empatía odontólogo-paciente que puedan ser estudiadas y mejoradas. De este análisis se establecen algunas directrices de mejora en el funcionamiento de la Clínica y, sobre todo, se plantean nuevos retos educativos para los futuros odontólogos, a través de la incorporación de competencias éticas en su currículo.

Los resultados han proporcionado una gran cantidad de datos, los cuales han permitido validar el diseño del cuestionario y analizar dimensiones no-clínicas relacionadas con la satisfacción del paciente. Estas dimensiones profundizan en la relación de empatía que debe existir entre el profesional y el paciente y que, hasta ahora, no habían sido suficientemente estudiadas, como son los conceptos humanísticos de la confianza, la benevolencia o la comunicación. El estudio ha permitido conciliar la metodología científica de los datos con el análisis humanístico de los principios éticos y antropológicos, de manera que pueda iniciarse un proceso de transformación de las competencias académicas en Odontología, como marcan las directrices europeas.

ABSTRACT

In recent years, there have been substantial changes in dentistry for several reasons: increase in the number of dentists and companies providing dental services; implementation of new socio-economic models; change in the care model; training of dentists focused on scientific and technical knowledge to the detriment of moral training. All of this has led to an increase in complaints and claims against dentists, a high percentage of which are the result of a defect in communication or in the patient-dentist relationship. The result is the implementation of defensive dentistry to the detriment of patient-centred dentistry.

The above-mentioned frames the crosscutting and interdisciplinary lines of research of this work. Its main aim is to investigate how the dentist-patient relational factor influences patient satisfaction during the entire treatment process. The study deepens, from the results, in the perspective of the principles, specifically in the values that should dominate a human relationship: communication, empathy, trust, etc.

The research is structured in different phases. The first phase analyzed the incidents and complaints caused by defects in communication or lack of empathy in the clinical interventions carried out in the period 2017-2018. These interventions were carried out at the University Dental Clinic of the International University of Catalonia.

In the second phase, a specific questionnaire (FO-UIC) was designed to evaluate patient satisfaction throughout their treatment, focusing on the dentist-patient relational factor, so that it is possible to detect non-clinical phenomena in

the treatment of the patient that could be improved. To this end, a combination of literature review, Delphi methodology through experts and the analysis of incidents and complaints were used.

In the third phase, a psychometric analysis of the results of the application of the questionnaire to a sample of 80 patients was carried out, with the aim of detecting possible elements of dentist-patient empathy that could be studied and improved. From this analysis, some guidelines for improvement in the operation of the Clinic were established and, above all, new educational challenges were set for future dentists, through the incorporation of ethical competencies in their curriculum.

The results have provided a large amount of data, which have made it possible to validate the design of the questionnaire and to analyse non-clinical dimensions related to patient satisfaction. These dimensions delve into the empathetic relationship that should exist between the professional and the patient and which, until now, had not been sufficiently studied, such as the humanistic concepts of trust, benevolence or communication. The study has made it possible to reconcile the scientific methodology of the data with the humanistic analysis of the ethical and anthropological principles, so that a process of transformation of academic competencies in dentistry can begin, in accordance with European guidelines.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	17
1.1 - La relación odontólogo-paciente	17
1.2 - Las reclamaciones y factor relacional	20
1.3 - La autonomía del paciente y el consentimiento informado	22
1.4 - La satisfacción del paciente odontológico.....	25
1.5 - Las habilidades éticas de los profesionales	26
2. HIPÓTESIS	33
3. OBJETIVOS	35
4. MATERIAL Y MÉTODOS	37
4.1 - Ámbito de la investigación	37
4.2 - Primera fase: revisión bibliográfica sobre la satisfacción con el tratamiento dependiente del factor relacional	41
4.3 - Segunda fase: estudio observacional transversal retrospectivo de las incidencias y reclamaciones	41
4.4 - Tercera fase: elaboración de un cuestionario específico FO-UIC.....	43
4.5 - Cuarta fase: análisis psicométrico del cuestionario.	47
4.5.1 Primera etapa: análisis de la validez de contenido del cuestionario..	47
4.5.2 Segunda etapa: análisis de la fiabilidad del cuestionario	52
4.5.3 Tercera etapa: análisis de la validez del constructo.....	55
4.6 – Consideraciones éticas	55
5. RESULTADOS	57
5.1 – Estudio bibliográfico preliminar	57

5.2 - Estudio observacional transversal. Análisis de las incidencias y reclamaciones	60
5.3 - Elaboración de los ítems del cuestionario.....	68
5.4 - Análisis de la validez y fiabilidad del cuestionario.....	73
5.4.1 Análisis de validez de contenido	73
5.4.2 Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems	78
5.4.3 Análisis de fiabilidad	80
5.4.4 Análisis de validez del constructo (estructura interna).....	88
6. DISCUSIÓN	93
6.1 Análisis de las reclamaciones e incidencias	93
6.2 Análisis del cuestionario FO-UIC	95
6.3 Análisis del elemento “comunicación”	105
6.4 Análisis del elemento “confianza”	109
6.5. Análisis del elemento “benevolencia”	111
6.6 El factor relacional como elemento de satisfacción.....	114
6.7 La implementación de competencias éticas en la praxis odontológica. .	116
6.8 Orientaciones para el diseño de un plan de mejora.....	120
6.9. Limitaciones	120
7. CONCLUSIONES.....	123
8. BIBLIOGRAFÍA	127
9. ANEXOS	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Puntuaciones de las fuentes de argumentación	49
Tabla 2: Distribución de incidencias y reclamaciones según las áreas de especialización y tipo de incidencia.....	63
Tabla 3: Distribución de incidencias y reclamaciones según su voluntariedad.	68
Tabla 4: Índice CVC de cada ítem.....	75
Tabla 5: Análisis de variables sociodemográficas	80
Tabla 6: Distribución de frecuencias relativas de respuestas a cada ítem.	81
Tabla 7: Índice de homogeneidad (corrected ítem-total correlation) de cada ítem	82
Tabla 8: Distribución de las puntuaciones totales de cada ítem en las dos entrevistas	83
Tabla 9: Índice de concordancia intraclase de los 20 ítems	86
Tabla 10: Índice de correlación de Spearman de los 20 ítems.....	89
Tabla 11: Prueba de KMO y esfericidad de Bartlett.....	90
Tabla 12: Autovalores (“eigenvalues”) de los 20 ítems.....	91
Tabla 13: Valores de las cuatro componentes rotadas	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de distribución de las reclamaciones.....	65
Figura 2: Diagrama de distribución de las incidencias	66
Figura 3: Cuestionario inicial FO-UIC	70
Figura 4: Cuestionario definitivo FO-UIC.....	76
Figura 5: Distribución del número de pacientes según tipo de respuesta al cuestionario en P1, P3 y P11.....	78
Figura 6: Distribución de los pacientes según la puntuación global del cuestionario.....	79
Figura 7: Gráfico de dispersión de los ítems según las puntuaciones totales obtenidas en las dos entrevistas	84
Figura 8: Gráfico de dispersión de los pacientes según las puntuaciones totales de los ítems en cada una de las entrevistas o intervenciones	85
Figura 9: Gráfico de Bland-Altman de los 20 ítems.....	87
Figura 10: Distribución de los ítems según los valores rotados para las componentes 1 y 2.....	100
Figura 11: Distribución de los ítems según los valores rotados para las componentes 2 y 3.....	101
Figura 12: Distribución de los pacientes según sus valores en las componentes 1 (ACOGIDA) y 2 (EXPECTATIVA).....	102

Figura 13: Interpretación de los bloques de ítems sugeridos por el análisis de componentes principales..... 104

1. INTRODUCCIÓN

1.1 - La relación odontólogo-paciente

La profesión de dentista, del mismo modo que todas las profesiones del ámbito de la salud, ha experimentado una revolución sin precedentes, fruto de diversos fenómenos sociales (Escribano, 2008). El primero de ellos podría ser el cambio de modelo asistencial. Como describen Emanuel & Emanuel (1992), existen diferentes modelos de relación entre médico y paciente. En primer lugar, el modelo paternalista: el médico toma las decisiones en nombre del paciente. En segundo lugar, el modelo informativo: el paciente interviene únicamente en la gestión de la información y la toma de decisiones. Un tercer modelo es el modelo interpretativo: el médico dinamiza el proceso de toma de decisión, pero intentando no influir en la decisión final. Y, por último, aparece el modelo deliberativo: el médico y el paciente establecen un diálogo para que este último asuma la decisión que considere más adecuada. Se trata de una toma compartida de decisiones, con el apoyo de las nuevas tecnologías, que permiten mostrar al paciente la simulación de cómo será el tratamiento final. Aquí resulta imprescindible, por tanto, que el médico conecte con el paciente y adopte el estilo más adecuado de relación para conseguir el mejor tratamiento en cada caso (Corah et al., 1986; Martínez et al., 2017). Pues bien, según Ogando & García (2006), después de siglos de medicina paternalista, se ha evolucionado hacia una medicina de carácter deliberativo o, dicho de otra manera, participativo, en la que el paciente forma parte activa, junto con el profesional, en la toma de decisiones (Hoffman et al., 2014; Knaak et al., 2014; Martínez et al. 2017). Hay que tener en cuenta que durante muchos años la estomatología ha sido parte de la medicina como una especialidad de la misma y

desde 1984 se aplica el término de odontología cuando se convierte en un nuevo grado independiente de la medicina (Ustrell, 2021)¹.

Un segundo fenómeno, de base socioeconómica, ha incidido especialmente en la interacción del profesional con el paciente. Como destacan diversos autores, los cambios sociales y económicos han propiciado que la relación médico-paciente sea también diferente (Arango-Restrepo, 2009; Ayala, 2009). Dicha relación había permanecido idéntica desde la época de Hipócrates (460-347 a.C.) hasta el siglo pasado. En ella, el médico formaba parte del consejo de familia, manifestando una reconocida y probada moralidad. Sin embargo, desde finales del siglo XX se observa, en algunos círculos profesionales, el predominio de modelos económicos en el campo de la salud, tanto en medicina como en odontología, donde los beneficios económicos, en ocasiones, prevalece sobre el bienestar del paciente (Roqué-Sánchez, 2008). Este fenómeno ha sido denunciado repetidamente (Britten et al., 2000; Perea-Pérez et al., 2005; Hashemipour et al., 2013), argumentando que la relación médico-paciente necesita regirse por los derechos de la persona, teniendo en cuenta la perspectiva antropológica de lo que es la vida, la salud y la enfermedad, es decir, de un adecuado reconocimiento de la naturaleza del hombre, reconocimiento que debe tener en cuenta todo acto médico (Pellegrino, 1981). A ello se añade el aumento, en los últimos años, del número de odontólogos y de empresas que prestan servicios odontológicos, lo cual ha ocasionado que el paciente, en algunas ocasiones, sea considerado como mero usuario de un servicio (Seoane, 2008). Son las consecuencias del modelo de salud mercantilista -medicina satisfactiva- donde el paciente es visto como un cliente y

¹ De ahí que las citas en este trabajo que hacen referencia al médico pueden aplicarse también al dentista u odontólogo por analogía

en el que prevalece la presión por obtener mayores ingresos antes que el bienestar del paciente (Roqué-Sánchez, 2008).

Desde mediados del siglo pasado aparece un tercer fenómeno: la preeminencia de la medicina científica, asociada a un cierto olvido de la entraña profundamente humanista de la medicina. En el ámbito de la Odontología también se ha caracterizado por focalizarse en la racionalidad científica y tecnológica. Aquí cabría señalar el esfuerzo que la Universidad ha dedicado al desarrollo de las disciplinas experimentales, en los saberes tecnológicos y científicos, en detrimento de los saberes humanistas que impregnaron nuestra civilización occidental (Giménez & Sánchez, 2010; Buck et al. 2015). Este es uno de los motivos de interés por los que conviene insistir en que la práctica de esta profesión debe hundir sus raíces en la dignidad de las personas (Andorno, 1998; Ustrell et al., 2021).

Todo ello ha originado, como reacción, una nueva sensibilidad, que detecta la necesidad de restablecer el *telos* último de la Medicina, el bien del paciente (Lain Entralgo, 1964; Speaman, 2000). Y aunque el contacto inmediato entre el profesional de la salud y el paciente se realiza en la corporeidad humana, lo que realmente constituye el acto médico y a lo que se dirige es hacia la totalidad de la persona, que no puede quedar al margen o ser desatendida. Mainetti describe bien el escenario en el que se desarrolla la práctica médica desde hace dos siglos, cuando afirma que *“el diagnóstico general de esta situación puede etiquetarse de deshumanización, menoscabo de cualidades humanas, medicina desalmada, despersonalizada, que ha olvidado al hombre como su objetivo, al sujeto como su objeto propio”* (Mainetti, 1988).

Es preciso, trabajar en el rescate y la reivindicación de los valores humanistas que están presentes en las profesiones del ámbito de la salud. Si bien,

es necesaria la formación técnica, es igualmente irrenunciable la formación moral del profesional sanitario, y en este caso, del odontólogo. Si no se tiene una conciencia íntegra, puede ser fácil engañar al paciente, realizando tratamientos caros o innecesarios (López-Nicolás et al., 2011). Sin embargo, aun cuando el paciente puede no percatarse al principio de esta relación -lo que no deja de ser una conducta inmoral por parte del profesional-, en algún momento del proceso es posible que llegue a detectar la praxis inapropiada, con la consecuente pérdida de confianza y descrédito del propio odontólogo y la falta de justicia objetiva (Pellegrino, 1981; Knaak & Parzeller, 2014).

1.2 - Las reclamaciones y el factor relacional

Todos estos fenómenos y cambios producidos en la profesión de Odontología, han originado un aumento de las denuncias y reclamaciones dirigidas a profesionales, a nivel nacional e internacional. La nueva situación se observa en diversos estudios, que coinciden en destacar el incremento de quejas contra los odontólogos (Perea-Pérez et al., 2013; Knaak & Parzeller, 2014; Hamasaki & Hagihara, 2021). En este sentido, también se observa que las denuncias suelen deberse, precisamente, a una deficiente relación odontólogo-paciente.

La ruptura y deterioro de la relación es uno de los factores principales de queja y conduce a una actitud defensiva del profesional que busca sistemas de protección, como es el recurso al documento del consentimiento informado. Es una situación que afecta negativamente a los profesionales por las repercusiones inherentes a una reclamación judicial, tanto en su vida personal y familiar como en la forma de afrontar el ejercicio de la profesión (Torres-Quintana & Romo, 2006; Perea-Pérez et al., 2011). Este aspecto en particular, las consecuencias de las

reclamaciones de los pacientes en el profesional obligan a enmarcar las razones de dichas quejas, bien por la falta de convergencia entre los resultados esperados y los obtenidos, o bien por todas aquellas situaciones que se experimentan de maneras diferentes en el paciente y en el profesional. Por ejemplo, Bruers et al. (2015), señala que, para el 75% de los profesionales, el trato con el paciente se había visto alterado negativamente debido a las quejas o diferencias entre ambos colectivos. Se exige, en consecuencia, un mayor dominio de la dimensión comunicativa, de manera que resulte fácil resolver estas incidencias en clínica, modificando la situación desde la tensión inicial hacia la serenidad proactiva.

Esta realidad está siendo avalada por numerosas investigaciones a nivel internacional que coinciden en señalar, como uno de los motivos de reclamación contra el odontólogo, no solo la praxis inapropiada si no también los factores relacionales y de comunicación. En este sentido, la investigación llevada a cabo en dos distritos judiciales del estado de Hesse (Alemania) señaló el incumplimiento del deber de información como motivo de reclamación en el 38,8% de los casos (Knaak & Parzeller, 2014). De igual modo, en España, en un estudio retrospectivo de las reclamaciones presentadas ante el Colegio de Dentistas de Murcia, se determinó que existieron 38 casos de negligencia, 29 de los cuales fueron técnicamente correctos en cuanto al tratamiento, pero con una insuficiente información proporcionada durante el proceso, así como 9 casos de errores técnicos (López-Nicolás et al., 2011).

Aunque también en España se han incrementado este tipo de demandas, los estudios relacionados con el análisis de sentencias contra odontólogos son escasas, según muestra un reciente estudio jurisprudencial acerca de la responsabilidad profesional del odontólogo en España. El estudio concluye que

acciones como *“realizar una correcta historia clínica, fomentar en todo momento una buena relación odontólogo-paciente, solicitar un documento de consentimiento informado específico y detallado, tener siempre en cuenta la opinión del paciente, dar toda la información necesaria tranquilizando y ofreciendo tratamientos complementarios, o cumplir el código ético y de deontología profesional, minimiza el riesgo de una demanda por responsabilidad profesional”* (Palma, 2016).

Ahora bien, la realidad es que, al igual que en la medicina general, ha aparecido una odontología basada en la defensa -defensiva- más que una odontología basada en el paciente como persona. Este último modelo, que podemos denominar odontología personalista, es el que restablece el orden ético de la profesión. En ella se tiene en cuenta, no solo el diagnóstico de la enfermedad para establecer un tratamiento, sino también las preferencias, la capacidad, la situación personal y las cualidades del paciente. El objetivo principal, tal y como aparecen en los artículos revisados, es la motivación de los pacientes (Inglehart et al., 2016). Dicha motivación resulta determinante en la conservación de la salud. Esto presupone toda una estructura de comunicación efectiva y un adiestramiento específico de los profesionales, tanto en la manera de comunicar activamente, como en la manera de asegurar que el paciente ha comprendido. De ahí que el conocimiento de la opinión de los pacientes y sus preferencias ante los cuidados dentales se convierte en una prioridad en colectivos de cualquier edad, especialmente de cara a la prevención (Goetz et al., 2013).

1.3 - La autonomía del paciente y el consentimiento informado

Toda la descripción anterior conduce a una deducción inmediata: la comunicación oral y escrita es primordial en el desarrollo del consentimiento

informado, pues multitud de demandas se llevan a término por la ausencia de comunicación durante el proceso del consentimiento. La mayoría de los estudios concluyen que la falta de información y la ausencia explícita de la aceptación es un problema frecuente en las demandas (Kiani & Sheikhzadi, 2009; Hashemipour et al., 2013; Requena & Alvarado, 2021).

Los odontólogos deben prestar mucha atención no sólo al consentimiento del paciente, sino a cómo los pacientes han comprendido sus explicaciones. En esta línea, un interesante estudio realizado en Japón en 2021, que aborda la mala praxis y los litigios de médicos y dentistas, confirma la importancia del consentimiento informado. En concreto, señala la necesidad de prestar atención a las explicaciones que pide el paciente y que él considera importantes. Por ejemplo, habrá pacientes que estarán interesados en la estética y otros en la masticación (Hamasaki & Hagihara, 2021). Ya que la información inadecuada se correlaciona con errores graves, la falta de sinceridad del dentista es un factor directamente relacionado con el comportamiento comunicativo y demuestra su relación con las decisiones judiciales. El reconocimiento, por parte del dentista, de que dicha actitud influye en la responsabilidad legal, puede ayudar a mejorar la comunicación entre el dentista y el paciente (Abel, 2006).

Según Abel (2006) *“el reconocimiento ético y jurídico del paciente adulto y competente como agente moral autónomo ha supuesto el progreso más importante en la relación clínica del pasado siglo XX”*. La literatura coincide en que es necesario informar al paciente o a sus familiares del diagnóstico de la enfermedad que padece, del pronóstico que se espera de su tratamiento y de los riesgos que lleva asociado. Conviene recordar que el consentimiento informado es un término que implica tanto la información al paciente como su consentimiento. Por eso, la

presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada. El paciente debe saber lo que consiente y las repercusiones que puede tener para él. En este sentido, *“cuidar la comunicación con el paciente y mantenerla activa es, con diferencia, la mejor manera de evitar problemas legales”* (Masalitin et al., 2008)

Sin embargo, como se aludía en líneas anteriores, el consentimiento informado debe considerarse como algo mucho más amplio que un simple requerimiento legal o jurídico, o un instrumento de defensa del odontólogo, ya que debería implicar una relación humana de diálogo. Si la relación entre odontólogo y paciente es bien conducida con informaciones adecuadas durante todo el tratamiento, la protección legal y jurídica que supone el consentimiento informado acabará siendo algo secundario (Maluf et al., 2014). Recientes estudios insisten en profundizar en la teoría alrededor del consentimiento informado para asegurar la buena relación odontólogo-paciente. Es obvio que el odontólogo juega un papel fundamental en el cumplimiento del consentimiento informado, por su capacidad de influir positiva o negativamente, de acuerdo a la calidad ética que tenga (Sánchez et al., 2015). El consentimiento informado debe ser consecuencia de una buena relación odontólogo paciente. El objetivo es que el paciente pueda decidir en base a sus propios valores y prioridades, de forma libre y sin manipulación o coacción, ya que el derecho a la autonomía del paciente se reconoce a través del consentimiento informado (Ferro et al., 2009). Cuando la información es completa y asumida, la toma de decisiones compartidas permite que un médico y un paciente participen conjuntamente en la toma de decisión de salud, después de haber valorado las opciones y sus beneficios o daños y de haber considerado los valores, preferencias y circunstancias del paciente (Hoffmann et al., 2014). Todo esto implica, por parte del paciente, la aceptación responsable de las decisiones que se

tomen, convirtiéndole en protagonista de la intervención odontológica. De ahí la trascendencia de que el documento sea un reflejo de la convergencia de dos voluntades que pretenden el mismo objetivo: el bien del paciente (Roqué-Sánchez, 2007).

1.4 - La satisfacción del paciente odontológico

El cuidado de los elementos citados más arriba conecta directamente con un concepto intrínseco al tratamiento clínico: la satisfacción del paciente. El término “satisfacción” parece muy pobre, no describe en su totalidad lo que debe ser la relación odontólogo-paciente en el que ambos están implicados en una tarea conjunta. Una visión reduccionista del término nos puede abocar a una idea del paciente como cliente y como usuario de un servicio. El concepto de satisfactorio tiene un rango superior, no exclusivamente como algo que ha resultado útil, eficaz y provechoso, sino también como algo beneficioso o bueno para mí.

De aquí se desprende que una de las motivaciones más importante para acudir a la consulta dental esté basada principalmente en una relación de confianza. De hecho, cuando entre odontólogo y paciente se genera dicha actitud, esta actúa verdaderamente como motor de decisión para acudir a la consulta dental. Y se observan dos tipos de consecuencias. Por una parte, lo que se podría denominar consecuencias directamente positivas en cuanto que hay una mayor participación del paciente en la decisión del tratamiento a seguir, un incremento en las visitas al odontólogo, una actitud colaborativa por parte del paciente, una mejora en la prevención de enfermedades orales, en la salud dental y global y, por último, una mayor satisfacción con el tratamiento dental. Por otra parte, conlleva

consecuencias indirectamente positivas, tales como, la disminución de incidencias y reclamaciones.

Existen muy pocas publicaciones en España (López, 2012) sobre el estudio de la satisfacción de los pacientes debida a las relaciones de empatía con el odontólogo. Los escasos cuestionarios y escalas desarrolladas y validadas en otros países implican idiomas y culturas diferentes a la nuestra, lo que impide su aplicación directa en nuestro país sin haber realizado una adaptación lingüística y cultural previa (Skaret et al., 2004). A su vez esto obliga a realizar los estudios oportunos sobre su validez y fiabilidad en el nuevo contexto. No consta ningún cuestionario validado de satisfacción en odontología que aborde exclusivamente el factor relacional y la comunicación, y de cómo influye el factor relacional en la satisfacción del paciente.

Todo ello nos lleva a plantear la importancia de investigar la satisfacción del paciente durante todo el tratamiento -desde el primer contacto con la clínica hasta su alta médica-, no solo en sus dimensiones clínicas sino también en su dimensión relacional. Para ello, se hace imprescindible plantear la necesidad de habilidades específicas en los profesionales, habilidades que se relacionan directamente con la ética de la profesión.

1.5 - Las habilidades éticas de los profesionales

La situación descrita más arriba demanda un debate ético sobre el ejercicio profesional de la Odontología. El énfasis de la educación dental se ha orientado en los últimos años hacia la incorporación de habilidades técnicas, pero se percibe la necesidad de incluir la ética dentro de los programas de formación (Torres-Quintana, 2006). Por esta razón, a las Facultades de Medicina y Odontología de

hoy día se les presenta la oportunidad de hacer una apuesta original y diferenciadora en el diseño de los objetivos docentes e investigadores en la formación universitaria, mediante la integración de las materias humanistas en los currícula (Buck et al., 2015)

La ética debe tener un papel muy importante en las prácticas formativas de los profesionales de la salud. Los resultados del estudio realizado por González-Martínez et al., (2015) aconsejan incorporar en los currículos de Odontología la materia de Ética, debido a que “la incorporación de una formación específica sobre la dimensión ética en el Postgrado de la FOUNLP contribuyó al perfeccionamiento de procesos de enseñanza y aprendizaje, y a un mejor conocimiento y desempeño clínico-profesional” (González-Martínez et al., 2015).

En esta misma línea, Callahan señala:

“una relación fecunda y sólida con el paciente es una necesidad fundamental y es el punto de partida de la educación médica para la comprensión del paciente como persona, cambiando el enfoque reduccionista y científico de la salud que puede darse en la academia por uno que introduzca rápidamente al estudiante en el trato con los pacientes y en la familiarización con las humanidades, lo cual permitiría entender el marco humano y cultural de su profesión y disciplina” (Callahan, 2005).

La implementación de esta formación específica ha sido uno de los grandes objetivos de la educación superior en Europa. Ciertamente, como ponen de manifiesto algunos autores (Buendía & Álvarez, 2006), en otras partes del mundo

también existe una preocupación importante por el tema de la bioética, como ocurre en América Latina, pero se observa una disparidad amplia entre la docencia de esta materia en las diferentes facultades de esta área geográfica.

En este sentido, la normativa de aplicación en España de los objetivos europeos se realizó a través del Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. El Real Decreto hace referencia, en su Introducción, a las diferentes normativas que supusieron el despliegue del Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores en nuestro país y sus posteriores modificaciones. También se justifica la necesidad de la actual normativa por un principio de seguridad jurídica en el funcionamiento del sistema universitario español. Concretamente, se establece en la página 119537:

“Una sociedad en permanente mutación demanda a la Universidad una respuesta cada vez más rápida y flexible de las necesidades de formación de profesionales acorde con esas mudanzas. Al mismo tiempo, demanda que esos y esas profesionales surgidos de las universidades sean capaces de liderar dichas transformaciones para construir colectivamente una sociedad abierta al cambio, económica y medioambientalmente sostenible, tecnológicamente avanzada, socialmente equitativa, sin ningún tipo de discriminación por cuestiones de género, origen nacional o étnico, edad, ideología, religión o creencias, enfermedad, clase social, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, y claramente alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A la par, unas sociedades en mutación

requieren de nuevos conocimientos científicos, tecnológicos, humanísticos y artísticos que se transfieran al estudiantado durante el proceso de enseñanza y aprendizaje, permitiendo obtener una formación integral” (Real Decreto 822/2021).

En referencia a las competencias transversales, el RD establece en la página 119539, lo siguiente:

“Esta norma introduce una modificación significativa al cambiar la adscripción de los títulos de Grado y Máster de las cinco ramas del conocimiento a los denominados ámbitos del conocimiento. Esta modificación tiene un doble objetivo. En primer lugar, estos ámbitos de conocimiento son los que aportan las asignaturas que conforman sustancialmente la formación básica que se desarrolla en los Grados, garantizando así una formación transversal y reforzando el carácter generalista de este ciclo. En segundo lugar, al no ser los ámbitos del conocimiento espacios tan extraordinariamente genéricos y amplios como lo eran las cinco ramas, permiten que, garantizando la transversalidad, la oferta de asignaturas tenga mayor coherencia formativa, lo que finalmente beneficia nitidamente al estudiantado” (Real Decreto 822/2021).

En su artículo 14, en referencia a las directrices generales para el diseño de los planes de estudios de las enseñanzas de Grado, establece:

“4. Los planes de estudios de 240 créditos incluirán un mínimo de 60 créditos de formación básica. De ellos, al menos la mitad estarán vinculados al mismo ámbito de conocimiento en el que se inscribe el título, y el resto estarán relacionados con otros ámbitos del conocimiento diferentes al que se ha adscrito el título y deberán concretarse en materias o asignaturas con un mínimo de 6 créditos cada una, que asimismo deberán ser ofertadas en la primera mitad del plan de estudios. Los créditos restantes, deberán estar configurados por otras materias o asignaturas que refuercen la amplitud y solidez de competencias y conocimientos del proyecto formativo que es el Grado. En los títulos de Grado de 300 y 360 créditos la formación básica incluirá un mínimo de 75 y 90 créditos, respectivamente” (Real Decreto 822/2021).

Como se desprende de lo anterior, uno de los principales objetivos de la normativa que regula los estudios universitarios es la formación integral del alumno, en el sentido de adquirir habilidades que no están directamente relacionadas con los contenidos propios de la titulación, y que les permitirá afrontar situaciones en su vida personal y profesional, tales como el liderazgo, las habilidades de comunicación, el trabajo en equipo, la resiliencia, el compromiso social y ético, entre otras.

Cuando se titularon los primeros graduados en Odontología según el plan nuevo de Bolonia, tanto la Conferencia de Decanos de España como la Association for Dental Education in Europe (ADEE), valoraron los resultados. Se observó que se habían introducido mejoras debido, en parte, a las competencias transversales,

pero que había una competencia que había quedado relegada: la formación ética y bioética. Concretamente, la ADEE editó una monografía en la que se exponían los resultados de la situación actual de la enseñanza de la bioética en las facultades de odontología europeas y las propuestas para mejorar en este aspecto. En esta monografía, publicada en la revista *European Journal European Education*, se desarrollaron cuatro ejes de trabajo, que dieron lugar a cuatro artículos relacionados con el área de las competencias transversales (Field et al., 2017a; 2017b; 2017c; Gallanher & Field, 2017). Dichos artículos analizan cómo el profesional se relaciona con el paciente en particular y con la sociedad de forma global.

Todas estas aportaciones hicieron que las facultades de Odontología de España tomaran conciencia de la necesidad de profundizar en este tema. Algunas de las facultades, por ideario o por especial sensibilidad de sus autoridades académicas ya lo habían introducido, pero con escasa profundidad. Los contenidos en este apartado se incluían en otras materias, pero quedaban fuera de la observación de los temas de un currículo académico en la web, lo que ponía sobre aviso que este aspecto, en España, no se le ha dado la relevancia que merece.

2. HIPÓTESIS

Como ha quedado reflejado más arriba, la importancia de las dimensiones éticas en la praxis odontológica y su relación con la satisfacción del paciente requiere una investigación más atenta. En consecuencia, se hace imprescindible un estudio transversal y de carácter interdisciplinar que conjugue aspectos de la ciencia odontológica, de la reflexión humanística y la deontología. Dicho estudio debe plantearse, principalmente, desde la perspectiva de los principios éticos y antropológicos, especialmente desde los bienes destacados en la relación, como pueden ser la comunicación, el diálogo o la confianza. En concreto, se trataría de investigar la influencia del factor relacional odontólogo-paciente en la satisfacción con el plan de tratamiento, profundizando en la comunicación y la confianza como ejes vertebrales que deben estar presentes en esa relación.

Para ello, se cuenta con herramientas específicas del campo de la psicología y en la literatura científica se han encontrado multitud de artículos que hacen referencia a los criterios de satisfacción de los pacientes. Sin embargo, no se ha hallado ningún cuestionario, en el ámbito odontológico español, que evalúe el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la comunicación y al factor relacional o la empatía entre odontólogo-paciente.

En consecuencia, elaboramos las siguientes hipótesis que permitirán abordar de manera concreta y específica la investigación:

2.1 - El grado de satisfacción global del paciente durante un tratamiento en la Clínica Universitaria de Odontología puede calibrarse a partir del análisis de las incidencias y reclamaciones de carácter no-clínico (calidad de la empatía, cuidado

en el trato, adecuación de la praxis) en un periodo concreto. Dicho análisis permite determinar aspectos relacionales y de comunicación entre odontólogo y paciente.

2.2 – El análisis detallado de la opinión de los pacientes sobre los diversos aspectos que estructuran la relación odontólogo-paciente en el marco de un plan de tratamiento puede ser evaluada a partir de un cuestionario específico válido y fiable.

2.3 – La integración de las dimensiones éticas en la praxis clínica de los futuros profesionales debe fundamentarse en la reestructuración de los programas académicos en el grado de Odontología.

Todos estos planteamientos han cristalizado en los objetivos de la presente investigación.

3. OBJETIVOS

3.1 - Analizar las incidencias y reclamaciones que tengan su origen en errores determinados por la dimensión relacional y comunicativa con el paciente, registradas en la Clínica Universitaria de Odontología de la Universitat Internacional de Catalunya, desde enero de 2017 hasta diciembre de 2018. El análisis debe focalizarse en aquellos errores que podrían haberse solventado con una base ética adecuada.

3.2 - Diseñar un cuestionario específico FO-UIC, válido y fiable, para poder evaluar la satisfacción del paciente en relación a la comunicación y factor relacional odontólogo-paciente. Dicho cuestionario debe ser capaz de detectar fenómenos no-clínicos en el trato con el paciente, susceptibles de mejora.

3.3 - Analizar el factor relacional odontólogo-paciente en la satisfacción con el plan de tratamiento a partir de los resultados del cuestionario en una muestra representativa de pacientes. El análisis debe proporcionar datos para reflexionar y profundizar en las dimensiones más humanísticas de las relaciones sanitarias, como pueden ser la comunicación o la confianza.

3.4 – Proponer orientaciones dirigidas a establecer un plan de mejoras que incluyan herramientas facilitadoras de la relación paciente-odontólogo, con distintas finalidades: mejorar la satisfacción en la relación de paciente-odontólogo, reducir incidencias y reclamaciones, e implementar el aprendizaje de dimensión humanística en el plan de estudios del Grado de Odontología y de los Másteres de las diferentes especialidades.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 - Ámbito de la investigación

La Universidad Internacional de Catalunya (UIC Barcelona) es una universidad privada sin ánimo de lucro, que inicia oficialmente su actividad académica en octubre de 1997 (<https://www.uic.es/es/universidad/uic-barcelona/portal-de-transparencia>). En el curso 1997-1998 se iniciaron los estudios de la licenciatura de Odontología dependiente de la Facultad de Ciencias de la Salud. En fecha 28 de mayo de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya la creación de la Facultad de Odontología. No fue hasta el curso 2009-2010 que se implantó el actual Grado en Odontología, publicándose el plan de estudios en el Boletín Oficial del Estado (BOE) a fecha 7 de febrero de 2011.

El plan de estudios de grado que se ha implantado en la facultad enfatiza las ciencias básicas, con el objetivo que los estudiantes se gradúen con una formación científica sólida y afronten los retos prácticos antes de graduarse. Concretamente, la titulación abarca el conocimiento de la estructura y la función bucodentales, la biomecánica del aparato dental normal y el patológico, y también las técnicas y los procedimientos más innovadores para el tratamiento de estas afecciones. Asimismo, el plan de estudios cuenta con asignaturas de Antropología y Ética en el primer curso y con la asignatura de Bioética aplicada en el segundo curso.

Uno de los principales objetivos de la Facultad es el asesoramiento integral del estudiante en su trayectoria universitaria, con el fin de dotar al alumnado de todos los conocimientos, habilidades y aptitudes para que saque el máximo

rendimiento de los estudios universitarios escogidos y afronte con garantías el mundo profesional. Todo ello sin olvidar una formación en valores fundamentados en el humanismo cristiano, que pone a la persona (paciente, alumno) en el centro de la vida universitaria. De igual modo, existe un *proyecto de Mentoring*, mediante el cual algunos alumnos de 5º prestan asistencia y ayuda a los alumnos de 3º en su práctica clínica. También se fomenta la educación interprofesional, que supone la cooperación entre distintas titulaciones para la realización de estudios de investigación conjuntos entre diferentes ciencias sanitarias. Dicha cooperación permite la detección de patologías poco visibles en los pacientes, como por ejemplo la detección de hipertensión no diagnosticada en pacientes que acuden al dentista. En esta línea, se ha creado una comisión profesional para el desarrollo de las competencias en educación profesional entre las diferentes titulaciones del campus, con el fin de encontrar los espacios comunes idóneos de formación en este ámbito.

La Facultad de Odontología ofrece, entre su propuesta formativa, el grado en odontología, másteres oficiales, másteres propios, residencias clínicas, postgrados y cursos de formación continua. La mayoría de los Másteres que se imparten en la Facultad implican para el alumno una dedicación a tiempo completo y tienen una duración de 2 o 3 años. Las residencias clínicas tienen una duración de 1 curso académico y son de dedicación parcial.

Los alumnos de la Facultad de Odontología realizan sus prácticas sobre paciente, bajo la supervisión de profesores en la Clínica Universitaria de Odontología (CUO), que depende de la Facultad de Odontología. Cada semana, unos 600 alumnos se incorporan a la CUO para llevar a cabo los tratamientos. En total se realizan más de 80.000 visitas anuales. Los alumnos deben ser capaces

de utilizar con eficiencia los avances en el conocimiento y en la tecnología, así como entender el papel central del paciente en la toma de decisiones terapéuticas, con habilidades clínicas que incluyen desde el diagnóstico hasta la planificación y conclusión del tratamiento, desde los casos más sencillos hasta los más complejos. Es en las prácticas de la clínica donde se puede observar la eficacia del plan docente en los alumnos, así como sus carencias. Los alumnos, en la CUO, muestran su capacidad clínica, comunicativa y relacional con el paciente.

La Facultad de Odontología de UIC Barcelona está inmersa, desde hace varios años, en un proceso de digitalización. Los alumnos de grado adquieren las competencias en la toma de impresiones digitales y manejo radiológico para sustituir el uso de los materiales convencionales. Ello supone un avance en la eficacia y seguridad en los tratamientos de los pacientes, asegurando el éxito en los mismos. La CUO constituye un centro de referencia que cuenta con 88 boxes dentales y que aglutina la mejor calidad desde el punto de vista docente y de investigación, con la enseñanza en el manejo de nuevas tecnologías, CAD-CAM, 3D y sedación.

Desde el inicio de la Clínica Universitaria Odontológica estuvo dotada de diversos organismos de control que velan por los intereses del paciente. Concretamente, existen tres órganos especializados en el trato ético y la seguridad del paciente. En primer lugar, la Oficina de Atención al Paciente, una de cuyas misiones principales es recoger todas las quejas, incidencias y reclamaciones escritas de los pacientes, sin diferenciar las que son producidas por problemas técnicos de las producidas por errores humanos, aspectos relacionales o de comunicación. En segundo lugar, el Comité de Ética Asistencial, compuesto por diferentes miembros internos y externos a la universidad -según prescribe el

reglamento sanitario en Catalunya (Abel, 2006)- que se reúnen mensualmente para revisar y proponer, entre otras cuestiones, una respuesta a las incidencias derivadas de la Oficina de Atención al Paciente y establecer criterios de actuación en la Clínica Universitaria de Odontología. En tercer lugar, el Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) que, entre otras cuestiones, garantiza la ética de las investigaciones “in vivo” con pacientes, tanto en la Clínica como en los centros sanitarios que están dentro de su ámbito de actuación. El nexo común de todos estos comités es velar por el trato ético al paciente.

Todas las incidencias quedan registradas y son motivo de revisión en el Comité Ético Asistencial, separando las que son puramente clínicas -fallo de un tratamiento, fractura de una prótesis- de las que están relacionadas con la atención o trato al paciente -periodos largos de tiempo sin avisar por un tratamiento, pacientes que han tenido la sensación de una comunicación inadecuada, divergencias entre el tratamiento presupuestado y el recibido-, incidencias que, mayoritariamente, se deben a un déficit de comunicación o de diligencia por parte del profesor de clínica, del personal o del alumno. Estas incidencias de relación con el paciente forman parte de la dimensión ética asistencial y son estudiadas a fondo, para diferenciar unas incidencias de otras, observar su frecuencia, proponer soluciones y diseñar acciones de mejora.

Es aquí donde se focaliza nuestra investigación, dada la necesidad de diseñar herramientas que evalúen todos estos fenómenos. Concretamente, se trata de determinar cuáles son las principales cuestiones que los pacientes valoran, desde el punto de vista relacional, y que se hallan vinculadas a su satisfacción con el tratamiento dental.

Como punto de partida se ha realizado, para este objetivo, una revisión de la literatura científica sobre los estudios que hagan referencia a los criterios de satisfacción de los pacientes en relación a su plan de tratamiento, en la que la empatía aparezca como factor determinante. A continuación, se han analizado el origen de las incidencias habituales en las diferentes áreas clínicas en las que se detecte el factor relacional como desencadenante. Por último, se ha elaborado un cuestionario, dirigido al paciente, que aborde directamente todos los aspectos de un tratamiento susceptibles de verse afectado por el factor relacional. Su diseño ha constituido el trabajo de campo de nuestra investigación.

4.2 - Primera fase: revisión bibliográfica sobre la satisfacción con el tratamiento dependiente del factor relacional

Se ha revisado la literatura en las bases de datos Pubmed, Cinhal, PsycINFO, Scopus y WOS, seleccionando los estudios más recientes (últimos 10 años) del ámbito odontológico, dada la celeridad con que se incorporan las nuevas tecnologías y se modifican las dinámicas de trabajo. Esto puede comprobarse al observar la escasez de estudios anteriores a este periodo en las bases de datos. Se ha utilizado el algoritmo: *satisfaction* AND *dent** AND *empath**. A partir de los resultados obtenidos, se ha analizado el texto de los trabajos seleccionados, poniendo especial interés en el método y en las conclusiones, siendo el criterio de inclusión la existencia del factor empatía como determinante de la satisfacción, así como estudios que utilicen escalas o cuestionarios centrados en la calidad de la relación odontólogo-paciente.

4.3 - Segunda fase: estudio observacional transversal retrospectivo de las incidencias y reclamaciones

Se han estudiado todas las reclamaciones interpuestas por escrito contra la Clínica Universitaria de Odontología, así como todas las incidencias que constan en el sistema informático de la referida clínica (sistema CUOSOFT), durante el período comprendido entre enero de 2017 a diciembre de 2018, con el objetivo de establecer las causas de dichas incidencias y cómo ha influido la relación odontólogo-paciente en las mismas. Se han recogido aquellas incidencias y reclamaciones que están originadas por un factor relacional del paciente con el odontólogo o con la clínica. En concreto, de cada incidencia se ha registrado la siguiente información:

a) Área de trabajo afectada (cirugía, prótesis, periodoncia, clínica integrada, odontopediatría, ortodoncia, restauradora, endodoncia, etc.)

b) Tipo de incidencia (en el aspecto económico, en el trato personal, en la praxis realizada, etc.)

Dos investigadores (ES y IM) han analizado cada una de las incidencias y han seleccionado por separado aquellas en las que el factor relacional es determinante, clasificándolas por áreas de trabajo y por tipología de la incidencia. Previamente se describieron con detalle la tipología de cada error, de manera que el criterio de clasificación fuese convergente. Después se han comparado los resultados de ambos investigadores y se han consensuado los dudosos. Las áreas de trabajo establecidas por la Oficina de Atención al Paciente son las siguientes: especialidades de Grado (Integrada), de Máster (Endodoncia, Periodoncia, Ortodoncia, Cirugía, Restauradora y Odontopediatría), Residencias clínicas, Gestión económica y Atención al paciente. A partir de la lectura de cada una de las

incidencias y reclamaciones, se han clasificado según el criterio previamente establecido, que puede variar desde la desatención al paciente hasta la exigencia de devolución del importe.

Estos datos se han registrado en una base de datos en forma de tabla de doble entrada (área afectada/tipo de error) y se han analizado con el software SPSS 22.0. En primer lugar, se han mostrado todas frecuencias absolutas de cada una de las variables cualitativas registradas y su número total. Posteriormente se han analizado las relaciones entre las distintas variables mediante un test de contingencia, a través de la prueba de chi-cuadrado, para evaluar la significación de los factores relacionados con los errores y posibles agrupaciones según la dimensión ética que comporten.

4.4 - Tercera fase: elaboración de un cuestionario específico FO-UIC

El cuestionario FO-UIC tiene como uno de sus objetivos principales convertirse en un instrumentos válido y fiable que evalúe la satisfacción del paciente con su plan de tratamiento, según la comunicación y su relación con el odontólogo, de manera que pueda convertirse en un *patient reported experience measure* (PREM), es decir, una medición de la experiencia informada por el paciente. Profundizar en esta relación odontólogo paciente desde el punto de vista humanístico incidirá directamente en los resultados clínicos.

La experiencia informada por los pacientes mide las opiniones de los pacientes sobre su calidad de vida relacionada con la salud. Con el creciente interés y uso de las PREM en el mundo se pretende la implementación de una herramienta de mejora de la calidad, junto con la oportunidad de ayudar a impulsar

cambios en la prestación de atención médica. El proceso de implementación de las PREM involucra al personal multidisciplinario de la sala o de la clínica para transformar el proceso en una rutina de trabajo. Los métodos de recolección y uso difieren de un área clínica a otra y requieren una adaptación cultural en cada área.

En este sentido, diversos autores destacan el valor de estas herramientas. Black et al. (2014), en su estudio sobre la relación entre la experiencia reportada por el paciente (PREMs) y los resultados reportados por los pacientes (PROMs) en cirugía electiva, concluyeron que *“el aspecto de la experiencia más fuertemente asociado con un mejor resultado fue el nivel de comunicación con su médico y la confianza en él”*. Para Santana et al. (2015) las medidas de resultados comunicadas por los pacientes (PROM) se definen como cualquier informe sobre el estado de salud del paciente que provenga directamente de él, sin que un clínico o cualquier otra persona interprete la respuesta del paciente. Las PROM incluyen cuestionarios validados que evalúan el impacto de la enfermedad y el tratamiento desde la perspectiva del paciente. Alonso-Caballero & Ferrer-Fores (2017) señalan:

“los PREMs (PatientReported Experience Measures), miden aspectos relevantes de la calidad percibida de los procesos de atención sanitaria y complementan el valor de los PROs. Los PREMs típicamente recogen la experiencia sobre la atención, los tratamientos y el soporte recibido, aspectos todos ellos relevantes para la mejora de la calidad de los servicios. Y sus puntuaciones son en buen parte independientes de la salud percibida. Aunque su desarrollo métrico actual es más limitado que el de los PROs, los PREMs representan otro elemento

imprescindible en la medicina y la investigación centrada en los pacientes” (Alonso-Caballero & Ferrer-Forés, 2017).

También Perazzo et al. (2020), ponen de manifiesto que las medidas de resultados informados por el paciente (PROM) y las medidas de experiencia informada por el paciente (PREM) proporcionan medios para medir los datos desde la perspectiva del paciente, y permiten evaluar los sentimientos y las funciones relacionadas con la salud. Para Perazzo, algunos constructos centrados en el paciente son especialmente relevantes para los ensayos clínicos dentales, como la calidad de vida relacionada con la salud oral, el dolor/malestar, la estética y la satisfacción en relación con el tratamiento y los servicios. La incorporación de estas medidas a la vida diaria de un profesional no sólo representa una mejora en el desempeño profesional, sino que también responde a una preocupación humanitaria. Por último, Grossman et al. (2020) concluyen, a partir de un estudio llevado a cabo en el Departamento de Cirugía Oral del Royal London Dental Hospital, que las mediciones de la experiencia y los resultados comunicados por los pacientes (PREMs y PROMs) son herramientas útiles para evaluar la calidad de un servicio y la atención que proporciona. Dicho estudio concluía que las PREM y las PROM pueden utilizarse para la evaluación comparativa y la gestión de la prestación de servicios. Existe, por tanto, la posibilidad de desarrollar medidas integrales para su uso en entornos dentales.

El cuestionario se dirige a evaluar la satisfacción del paciente con su plan de tratamiento en relación a la comunicación y factor relacional odontólogo-paciente. Para ello se han explorado las posibles preguntas a plantear, partiendo de la revisión bibliográfica descrita en el apartado 4.2 y que incluye el análisis de

otros cuestionarios y del análisis de incidencias del apartado 4.3 (Lamata, 1998; Barrasa & Aibar, 2003). En este sentido, resulta ilustrativa la información proporcionada por López (2012) en la que se cita un informe de medicina general, señalando aspectos especialmente valorados por el paciente, como son:

“la información al paciente antes de la intervención; el personal de enfermería acude o no cuando se le llama; seguridad del médico; interés mostrado por el médico ante las opiniones que le plantea el paciente; resolución de todas las dudas del paciente por parte del personal; seguimiento por parte del médico del historial del paciente; entrega de informes médicos; limpieza del instrumental; rapidez en el diagnóstico; citación atendiendo a las necesidades del paciente; comprensión de las explicaciones dadas por el médico” (Del Llano et al., 1998).

Posteriormente, en función de lo hallado en la bibliografía y de las reflexiones y deducciones del análisis de las incidencias clínicas con dimensión ética, se han desarrollado una serie de cuestiones que se consideran esenciales. En este cuestionario se han incluido preguntas sobre distintas variables que hacen referencia al grado de satisfacción con la comunicación, empatía y relación odontólogo paciente, como son:

a) La información recibida (comprensión sobre el diagnóstico de su enfermedad bucal, opciones de tratamiento adaptados a su diagnóstico, opinión respecto al tratamiento propuesto, comprensión de la duración del plan de tratamiento, etc.)

b) Factores relacionales odontólogo-paciente (confianza, respeto, empatía, información, etc.)

c) Elementos de la satisfacción del paciente referidos al trato recibido en el inicio, desarrollo y finalización del tratamiento.

Todas las preguntas referentes a este constructo se han evaluado según una escala de Likert de 5 puntos, con una graduación que oscila entre “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”.

4.5 - Cuarta fase: análisis psicométrico del cuestionario.

Para la validez y fiabilidad del estudio se han seguido las directrices de construcción, análisis de validez y fiabilidad de la guía COSMIN o “Consensus based standars for the selection of health measurement instrument” (Mokkink et al., 2016).

El procedimiento implica analizar diferentes indicadores psicométricos de validez -la Validez de Contenido y la Validez del Constructo-, así como los indicadores de fiabilidad -la Consistencia Interna, la Capacidad de Discriminación y la Estabilidad Temporal.

4.5.1. Primera etapa: análisis de la validez de contenido del cuestionario

Para evaluar la validez del contenido del cuestionario se ha buscado un consenso basado en la opinión de expertos, a través de sus respuestas a un cuestionario previamente elaborado. En primer lugar, se ha definido el objetivo de la consulta, identificando las dimensiones que deben explorarse y las posibles fuentes de información. A continuación, se ha configurado el grupo de informantes, solicitando la participación de expertos en odontología localizados en España y se

ha sometido el cuestionario al juicio de expertos mediante el método Delphi. La aportación de la evaluación por parte del panel de expertos ha permitido determinar la validez de contenido del cuestionario mediante el empleo de un doble análisis cualitativo y cuantitativo de las respuestas aportadas en las hojas de registro.

Se ha creado un grupo formado por tres perfiles de profesionales relacionados con el tema de estudio: odontólogos con dedicación exclusiva a la carrera académica, odontólogos con dedicación exclusiva al ejercicio clínico y odontólogos que tengan dedicación académica y ejerzan como clínicos. Con esta composición del panel de expertos se garantiza la heterogeneidad necesaria para abordar el objetivo de la consulta. Para valorar la idoneidad del panel de expertos se ha empleado el Biograma del Experto en el que, a modo de informe, se ha recogido información sobre la experiencia profesional, producción científica, campos de estudio e implicación laboral. Con esta herramienta se ha obtenido el nivel de experticia de cada uno de ellos, calculando el Coeficiente de Competencia Experta o “Coeficiente K”, tal y como describen Cabero & Infante (2014). Esta metodología está siendo utilizada en diferentes ámbitos (Cuesta & Godinez, 2008; Góngora et al., 2009; Herrera et al., 2010; Mengual, 2011; Zayas, 2011).

El cálculo del “Coeficiente de competencia experta K” se desarrolla teniendo en cuenta la opinión del experto sobre su nivel de conocimiento acerca del problema que se investiga, así como de las fuentes con las que se argumenta el criterio establecido. En dicho coeficiente se promedian dos factores, el Coeficiente de Conocimiento (Kc) y el Coeficiente de Argumentación (Ka). El Kc se calcula en base a la información que el propio experto presenta del objeto de estudio, mediante un proceso de autovaloración en una escala 0 a 10, multiplicado por un factor 0,1. En la autovaloración el valor 10 implicaría el pleno conocimiento de la

problemática objeto de estudio y el valor 0 el nulo conocimiento de la misma. En cuanto al coeficiente Ka, valora la fundamentación de la opinión del experto a partir del sumatorio de valores ponderados, teniendo en cuenta una serie de factores establecidos por el investigador: experiencia obtenida a través de su actividad y práctica, conocimiento del estado de la cuestión a nivel nacional e internacional, intuición sobre el tema abordado y conocimiento sobre trabajos y publicaciones sobre el tema. Se ha establecido, como criterio objetivo, la criba de aquellos expertos que en el Coeficiente de Competencia Experta no alcancen el nivel crítico exigible establecido como 0.8, tal y como indican Cabero & Barroso (2013).

El coeficiente se obtiene mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$K = \frac{1}{2} (Kc + Ka)$$

Kc= “Coeficiente de conocimiento” o información que el propio experto presenta del objeto de estudio, mediante un proceso de autovaloración en una escala 0 a 10, multiplicado por un factor 0,1.

Ka= “Coeficiente de argumentación” o fundamentación de la opinión del experto a partir del sumatorio de valores ponderados, teniendo en cuenta una serie de factores establecidos por el mismo.

En la Tabla 1 se muestran las puntuaciones empleadas para la valoración de las fuentes de argumentación, teniendo en cuenta el estudio de diversos autores (García & Fernández, 2008; Blasco et al., 2010; Cabero & Infante, 2014).

Tabla 1: Puntuaciones de las fuentes de argumentación

Fuentes de Argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados	0,3	0,2	0,1
Experiencia obtenida por su actividad	0,5	0,4	0,2
Trabajos de autores nacionales que conoce	0,05	0,04	0,03
Trabajos de autores extranjeros que conoce	0,05	0,04	0,03
Conocimientos propios sobre la materia	0,05	0,04	0,03
Su intuición sobre el tema abordado	0,05	0,04	0,03

Fuente: elaboración propia

Con los valores finales obtenidos, se pueden clasificar los expertos en tres grandes grupos:

a) Si K es mayor o igual a 0,8: hay influencia alta de todas las fuentes.

b) Si K es mayor o igual que 0,5 y menor a 0,8: hay influencia media de todas las fuentes.

c) Si K es menor a 0,5: hay influencia baja de todas las fuentes.

Las preguntas formuladas para la obtención de “Coeficiente de competencia experta”, inspiradas en Cabero & Infante (2014), son las siguientes:

1) *En la escala que se presenta (de 1 a 10), en donde el 10 corresponde a la máxima calificación, marque con una “x”, el grado de conocimiento que usted considera tener acerca del tema que se evalúa.*

0									10

2). *¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus conocimientos? Marque con una X.*

	Bajo	Medio	Alto
Ánisis teóricos realizados por usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su experiencia científica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajos de autores nacionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajos de autores extranjeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su propio conocimiento sobre el estado actual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su intuición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Posteriormente, se han realizado las rondas de consulta a los expertos seleccionados, a los que se les pregunta sobre el cuestionario previamente elaborado. A cada experto se le ha enviado la hoja de registro mediante un formulario vía online con los ítems propuestos del cuestionario. La adecuación de cada uno de los ítems se ha valorado en una escala Likert ordinal en un rango de 1 a 5, siendo 1 la puntuación asignada para el valor más bajo posible “Totalmente en desacuerdo”, 2 para el valor “En desacuerdo”, 3 para el valor “Indiferente”, 4 para el valor “De acuerdo” y 5 para el valor “Totalmente de acuerdo”. Además, se ha añadido un apartado de comentarios a cada ítem para que se puedan aportar sugerencias o posibles modificaciones si se considera oportuno. A partir de dicha puntuación, se ha elaborado el índice CVC o Coeficiente de Validez de Contenido de cada ítem, rechazando aquellos que no superen el 0,8. El CVC permite valorar el grado de acuerdo de los expertos respecto a cada uno de los diferentes ítems. Su fórmula es $Mx/Vmax$, donde Mx representa la media del elemento en la puntuación dada por los expertos y $Vmax$ la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar (Hernández-Nieto, 2002).

Asimismo, se les ha pedido una valoración sobre la adecuación global del cuestionario en relación con su claridad de planteamiento, número de preguntas, adecuación a los destinatarios, claridad del contenido introductorio e instrucciones que acompañan al cuestionario.

Se ha llevado a cabo un proceso iterativo, es decir, una vez obtenidas las respuestas en una primera ronda, las preguntas donde no haya consenso serán nuevamente formuladas. El proceso se repitió tantas veces como hiciese falta, hasta llegar a un acuerdo. El investigador ha sido el encargado de liderar el feedback controlado, y ha sido el responsable de analizar las respuestas recibidas

y producir una nueva consulta, poniendo énfasis en la adecuación con el objetivo del trabajo y asegurando la representación de todas las opiniones.

Finalmente, se ha analizado la información de la última ronda y se ha elaborado el informe de devolución final. Asimismo, el investigador ha calculado el grado de consenso para cada ítem y ha recogido las razones principales de disenso. Con el objetivo de evitar una posible influencia y/o sesgos derivados de la experiencia de algunos de los miembros del equipo, la identidad de los expertos se ha mantenido en el anonimato.

Una vez obtenida la versión consensuada por los expertos, se ha llevado a cabo un proceso de validación cognitiva para asegurar que todos los ítems propuestos son comprensibles para personas de diferente índole. Dicha validación también recibe el nombre de “viabilidad”, que determina la claridad y facilidad real para realizar el test. La intención de la validación cognitiva es minimizar las fuentes de error de medición al detectar aspectos de las preguntas o de las respuestas que son difíciles de comprender por el entrevistado. La nueva versión del cuestionario es probada por un total de 5 personas a los que se les ha realizado una entrevista semiestructurada para conocer si han tenido dificultad en la interpretación de alguno de los ítems. En el caso de que sugieran modificaciones de redacción, se incluyen en el cuestionario y se presentan nuevamente a los expertos para que valoren la idoneidad de los cambios y obtener una versión final.

4.5.2. Segunda etapa: análisis de la fiabilidad del cuestionario

Una vez está diseñada la versión final del cuestionario, se ha distribuido entre una muestra de pacientes. Se han incluido en el estudio pacientes de la clínica universitaria de odontología a los que se les ha ofrecido contacto con los

investigadores para resolver dudas relacionadas con el estudio. En el cálculo del tamaño de muestra para el análisis de fiabilidad, se han utilizado las fórmulas desarrolladas por Zou (2012). En ambos casos, en base a los artículos que analizan la fiabilidad de cuestionarios del mismo grupo, se establece como parámetros un nivel de concordancia esperado de 0.850 y no inferior a 0.750. De forma que con un nivel de confianza del 5% y una potencia del 80% se estima un número necesario de individuos de 78. Considerando la posibilidad de pérdidas de un máximo del 5% el tamaño final es de, al menos, 79 individuos. Se han recogido variables sociodemográficas de edad, sexo, nivel de estudios y todas las que se desprenden de cada uno de los ítems del cuestionario. La versión se realizó de forma presencial en la clínica.

El cuestionario se ha administrado en dos ocasiones. La primera medición se ha realizado en una primera visita del paciente en la clínica y la segunda medición se hizo en la segunda o siguiente visita, siempre y cuando se asegure un lapso de tiempo mínimo de 24 horas entre ambas mediciones, con el fin de no repetir respuestas de modo rutinario o memorísticas. Según Serra-Mayoral & Peña-Casanova (2006), el periodo de tiempo puede oscilar entre 2-4 semanas, y este ha sido el margen temporal elegido para realizar la segunda encuesta. En el tratamiento de los datos se ha utilizado el programa SPSS v. 22.0.

Previamente al análisis de los datos, se han establecido los criterios de valoración de las respuestas y de las “no respuestas” a cada ítem. En este sentido, se establece que los datos vacíos se integrarán a través de la media de los valores del ítem. Asimismo, también se debe comprobar que la mayoría de respuestas presentan un patrón compatible con lo que hemos imaginado que sería el proceso

de respuesta. En caso contrario (patrones anómalos de respuesta) se deben eliminar, al menos en algunos análisis.

Para el análisis estadístico de la fiabilidad del cuestionario se han mostrado, en primer lugar, los estadísticos descriptivos de los porcentajes por categorías y, dependiendo del tipo de distribución (parámétrica o no- paramétrica) se realizará el cálculo de medidas centrales (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación, varianza, rango intercuartílico).

Para la evaluación de la consistencia interna del cuestionario se ha calculado el coeficiente de correlación α de Cronbach, para el que se establecen como umbrales del grado de consistencia: si $\alpha \geq 0.9$ la consistencia interna es excelente; si $0.8 \leq \alpha < 0.9$ es buena; si $0.7 \leq \alpha < 0.8$ 0.7 es aceptable; si $0.6 \leq \alpha < 0.7$: es cuestionable; si $0.5 \leq \alpha < 0.6$ es pobre y si $\alpha < 0.5$ es inaceptable.

Para la evaluación de la capacidad de discriminación se ha utilizado el índice de homogeneidad corregido o corrected ítem-total correlation (correlación ítem-total corregido). En este caso, se considera que valores superiores a 0.2 son interpretados como ítems que están midiendo aspectos homogéneos.

Para la evaluación de la estabilidad temporal se ha calculado el índice de concordancia intraclass (ICC) entre las dos intervenciones, siendo su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Para determinar el umbral de fiabilidad se han seguido los criterios de Fleiss et al. (2004): si $ICC > 0.8$, la fiabilidad se considera excelente; si $0.6 < ICC \leq 0.8$, la fiabilidad se considera buena; si $0.4 < ICC \leq 0.6$, la fiabilidad se considera moderada y si $ICC \leq 0.4$, la fiabilidad se considera débil o pobre. Asimismo, se ha realizado el gráfico de Bland y Altman para cada una de los ítems. En el eje de abscisas se ha representado la media de la puntuación total de las dos intervenciones y en el de ordenadas la diferencia entre ellas, indicando el límite

inferior y superior del intervalo de error (diferencia entre las dos valoraciones ± 1.96 x desviación estándar de esta).

4.5.3. Tercera etapa: análisis de la validez del constructo

En cuanto a la validez del constructo, que ha examinado la estructura interna del cuestionario. Se ha realizado una primera aproximación a través de la matriz de correlaciones entre las cuestiones o ítems. Posteriormente, una evaluación más precisa del constructo se ha llevado a cabo a través de la prueba de esfericidad de Barlett y el test KMO, para evaluar si el cuestionario es susceptible de una reducción de dimensiones y, en ese caso, realizar un análisis de componentes principales (Lloret-Segura et al., 2014).

4.6 - Consideraciones éticas

Este proyecto se ha realizado de acuerdo con las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki. Todos los expertos han sido informados del objetivo del estudio y del procedimiento que se llevará a cabo y darán consentimiento por escrito (Anexo 5). De acuerdo con el Comité de Ética de Investigación de la Universitat Internacional de Catalunya y debido a que no es un estudio experimental con pacientes, se concluye que no es necesario realizar el consentimiento informado para los expertos. Todos los participantes en el estudio han recibido una hoja de información y deberán firmar el consentimiento informado para la participación en el estudio (Anexo 6 y 7). Asimismo, se solicitó autorización a la Junta de la Facultad de Odontología de la UIC. Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los participantes cumpliendo la ley de protección de datos 15/1999, y normativa aplicable en esta materia, de manera que el acceso

a cualquier documento o archivo obtenido durante el transcurso del estudio estará restringido a toda persona ajena a la investigación. Los datos personales de los participantes se han codificado con un número y en ningún momento se ha revelado su identidad.

El Comité de Ética de Investigación certificó la validez de este estudio, como consta en el Anexo 3. La autora certifica que no existe conflicto de intereses.

5. RESULTADOS

5.1 - Estudio bibliográfico preliminar

El resultado de la revisión bibliográfica muestra un pequeño número de estudios que tratan directamente aspectos, cuestiones y problemas de la empatía en los tratamientos odontológicos. Debe tenerse en cuenta que no se trata de una revisión sistemática sino una exploración de los trabajos que han tratado el tema como objetivo primordial, obviando los que lo abordan de manera colateral. En total se hallaron 54 artículos, publicados en los últimos 10 años (2012-2021), en las 5 bases de datos citadas. Una vez eliminados los estudios repetidos, se seleccionaron aquellos que cumplían el criterio de inclusión, es decir, que tratan directamente el factor relacional o empático en el tratamiento odontológico, por lo que tuvo que analizarse el texto en todos ellos. En total fueron seleccionados 17 artículos por el texto, considerando que afrontaban directamente la temática propuesta. A ellos se añadieron otros 6 procedentes de otras fuentes.

Goetz et al. (2013) investiga, a través del cuestionario EUROPEP-Dental, cómo el factor atención personal y su calidad adquiere cada vez mayor importancia en la satisfacción global del paciente, por encima de la calidad técnica. Kalsi & Hemmings (2013) revelan la importancia de la toma de decisiones por parte del paciente, basada en la buena comunicación con el odontólogo, que permite elegir tratamientos que no son clínicamente excelentes, pero sí son más satisfactorios para el paciente. Tsiantou et al. (2013), a partir de la escala Toronto Composite Empathy Scale (TCES), detectó la dimensión emocional y la cognitiva dentro del factor relacional, algo que se muestra en las puntuaciones en estudiantes y en pacientes. Reid et al. (2014) también analizaron las virtudes éticas que se esperan

en un odontólogo, a través de un cuestionario, y demuestran que es la confiabilidad el elemento más esperado. Jones & Huggins (2014) plantean la necesidad de establecer la empatía como marco de referencia en la satisfacción odontológica e implantarlo en los programas educativos. También González-Martínez et al. (2015), a través de la escala Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), establecen la medida de la empatía en sus análisis de satisfacción y la necesidad de incorporar aprendizajes académicos en esta línea.

Raja et al. (2015) utilizan la encuesta narrativa para detectar la empatía con el paciente y los elementos deshumanizantes que encuentran los pacientes. Ebn Ahmady et al. (2015) analizan el servicio y la relacionalidad en clínicas universitarias y las dimensiones de la empatía comunes a todas ellas. También Macdonald et al. (2015) incide en la valoración de los odontólogos por parte del paciente, donde se analizan las virtudes y competencias ideales del odontólogo, así como sus deficiencias en el ejercicio de la profesión. Tuononen et al. (2016) analiza el liderazgo del odontólogo a la hora de integrar su profesión en el servicio al paciente. Yarborough (2015) realiza una reflexión sobre la calidad asistencial y los valores que afloran en un programa de voluntariado. Scambler et al. (2016) realiza una revisión sistemática sobre el concepto Patient-Centred Care (PCC), donde refleja la ausencia de estudios empíricos sobre la atención centrada en el paciente.

Yee et al. (2017) ensaya un sistema digital para valorar la satisfacción de los niños, aunque el resultado fue poco significativo. Rocha et al. (2017) utiliza SERVQUAL para valorar la calidad del servicio y proporciono ideas para la elaboración del cuestionario que analice la relación con el paciente. Dopeykar et al. (2018) también elabora un estudio de satisfacción del paciente, teniendo en

cuenta la empatía y confianza con el profesional, detectando las carencias principales. También usa el test SERVQUAL, con resultados similares a los de Rocha. Watanabe et al. (2018) analiza los resultados con simulaciones, pero siempre referidos a los profesionales y no a los pacientes. Partido & Stafford (2018) utilizan el Emotional Quotient Self-Assessment Checklist (EQSAC) para determinar la importancia de la inteligencia emocional en el rendimiento clínico de los estudiantes y la empatía con los pacientes, aunque no llega a realizar ensayos con estos últimos. Rai et al. (2020) proporciona las primeras sugerencias para la elaboración de un cuestionario que abarque la empatía con el paciente, a partir de un estudio en Colorado. Kruse et al. (2020) ensaya de nuevo el uso de simulaciones, descubriendo que los profesionales mayores comunican mejor, aunque los jóvenes empatizan mejor. Rajput et al. (2021) explora un cuestionario en el que analiza la empatía en el trato con el paciente y descubre elementos de interés, como el concepto CARE (consultation and relational empathy), indicador del malestar del odontólogo en situaciones de stress. Otro estudio de Rajput et al. (2020) también valora la empatía entre profesionales, pero no aborda la satisfacción del paciente. Javed et al. (2021) ofrece una perspectiva de la relación estudiante-instructor, donde aparecen las incongruencias de las clínicas universitarias, si bien no abordan los resultados de satisfacción con pacientes. Amini et al. (2021) plantea la eficacia de la simulación en el aprendizaje de la empatía para valorar pacientes con diversidad de problemas. Yoshida et al. (2021) introducen una escala de medida para estudiantes, si bien reconocen que no hay diferencias significativas después del aprendizaje. Las cuestiones planteadas permiten perfilar un cuestionario que aborde estos problemas.

5.2 - Estudio observacional transversal. Análisis de las incidencias y reclamaciones

Los primeros elementos de discusión se refieren al análisis observacional. Como se comentó en líneas anteriores, el primer paso fue el establecimiento de los criterios de clasificación de los diferentes errores detectados en clínica, que fueron los siguientes: desatención del paciente por parte del profesional; insuficiente organización del tratamiento; exigencia de devolución del pago realizado, por diversas razones; información proporcionada al paciente insuficiente; trato personal poco adecuado; praxis inapropiada en la realización del tratamiento; y peticiones de negociación sobre tratamiento o el importe.

A continuación, se describen cada una de los tipos de acción o error cometido en las que se desglosa las reclamaciones e incidencias:

a) Se entiende por *desatención del paciente* aquellas actitudes que el paciente interpreta como falta de atención en algún momento de un tratamiento, de manera que el profesional se ausenta de forma repetida o permanente, sin acabar el tratamiento iniciado. En ese caso, otro profesional deberá finalizar el tratamiento.

b) La *insuficiente organización* se corresponde con situaciones en las que no se han previsto, por negligencia, poca atención o inexperiencia, todos los elementos del tratamiento y sus circunstancias, resultando un menoscabo en la agenda del paciente, en la coordinación de las intervenciones o en la financiación del tratamiento.

c) La *exigencia de devolución* concentra situaciones diversas en las que el paciente ha quedado insatisfecho y no considera justificado el desembolso

realizado. Aunque no se especifica dónde se concentra su malestar y recoge muchas posibilidades, se suele solucionar por la vía económica.

d) La *información insuficiente* implica errores en la comunicación de diagnóstico y presupuestos, por lo que supone un dato importante para valorar cómo se implementan los consentimientos informados y la financiación, ya que suelen ser fuente de desacuerdo.

e) *El trato personal poco adecuado* incluye las acciones de aparente rechazo al paciente que consideramos deliberadas -por lo que implica mayor significación moral-, como son desprecios, enfados, discriminaciones o indiferencias. Sin duda, es el mejor indicador de la importancia de fomentar la relación empática con el paciente. En ocasiones, la falta de herramientas educativas necesarias para implementar esta dimensión puede provocar déficits de atención evidentes.

f) En cuanto a la *praxis inapropiada* hace referencia a aquellas acciones no directamente relacionadas con el trato, sino con actuaciones que pueden considerarse perjudiciales para el paciente por inexperiencia, prisas, por falta de interés, por falta de atención, etc.

e) Por último, las *solicitudes de negociación* incluyen las solicitudes de compensación por fracaso en el tratamiento inicial, que incluye un cambio de tratamiento, completar una intervención, añadir un servicio, compensar con otro tratamiento, etc.

A continuación, se presenta la distribución de las incidencias y reclamaciones provocadas por intervenciones en las que el factor relacional está presente, distribuidos según el área de trabajo y el error profesional cometido (Tabla 2).

La distribución de incidencias y reclamaciones, tal como aparece en los diagramas de frecuencias absolutas refleja lo siguiente:

a) El número de intervenciones realizadas en la CUO durante el periodo estudiado se cifra en unas 77.000 (año 2017) y 84.000 (año 2018). El total de incidencias registradas en el CUOSOFT fueron 2.467 y el número de reclamaciones fueron 236. Puede deducirse que la proporción de incidencias (173) y reclamaciones (224) de carácter relacional producidas en CUO durante dos años de intervenciones es moderadamente baja.

b) El mayor número de errores se concentran en la insuficiente organización del tratamiento, el trato personal poco adecuado y la praxis inapropiada. Aun así, se detectan diferencias significativas según se trate de incidencias o reclamaciones (Figuras 1 y 2). Así como en las Reclamaciones resulta destacado la frecuencia de errores en las áreas de Integrada y Recepción, entre las Incidencias destaca la correspondiente al área de Restauradora.

c) A la hora de valorar las diferencias entre grado y máster, se observa en el test de contingencia que no es significativa ni en reclamaciones ni en incidencias, pero sí resulta significativa en el área de Recepción o en Gestión económica donde

Tabla 2: Distribución de incidencias y reclamaciones según las áreas de especialización y tipo de incidencia

RECLAMACIÓN	Desatención al paciente	Insuficiente organización	Exigencia de devolución	Información insuficiente	Trato personal poco adecuado	Praxis inapropiada	Solicitud de negociación
GRADO Integrada+PVE	3	12	1		13	10	12
MÁSTER Endodoncia		6			1	6	2
MÁSTER Cirugía (IMOS)		5			6	1	2
MÁSTER Restaurativa (MORE)	2	7		2	5	11	4
MÁSTER Odontopediatría (ODP)	1	4	1		2	1	2
MÁSTER Ortodoncia		2		1	13	1	3
MÁSTER Periodoncia	4	1		4	2		
RESIDENCIAS Clínicas	2	9	1		1	1	1
Gestión Económica			17	2		2	1
Atención Recepción		2			16	2	4
Atención Telefónica					10		10
	12	48	20	9	69	35	31
							224

INCIDENCIA	Desatención al paciente	Insuficiente organización	Exigencia de devolución	Información insuficiente	Trato personal poco adecuado	Praxis inapropiada	Solicitud de negociación
GRADO Integrada+PVE	2	11	4	5	3	23	4
MÁSTER Endodoncia	2	1	1			3	
MÁSTER Cirugía (IMOS)	2	2	1	2		7	1
MÁSTER Restaurativa (MORE)	2	20	4	4	1	19	4
MÁSTER Odontopediatría (ODP)			1	1		1	
MÁSTER Ortodoncia		2	1			2	5
MÁSTER Periodoncia			1	2		6	
RESIDENCIAS Clínicas	1	5	1	2		8	1
Gestión Económica	1		3				
Atención Recepción			1				
Atención Telefónica							
	10	41	18	16	4	69	15
							173

las incidencias son mínimas. Por ello entendemos que no deben mezclarse estos datos.

d) Si valoramos el grado de voluntariedad o deliberación del error cometido, observamos que las diferencias no se producen en las áreas clínicas sino en las administrativas.

En cuanto al desglose de los posibles errores cometidos según la tipología del error, los resultados son los siguientes:

a) *Desatención del paciente*: su incidencia es baja, aunque es un fenómeno que se produce ocasionalmente. Tanto en el grado como en el máster, se trata de hechos que pueden calificarse como aislados.

b) *Insuficiente organización*: su presencia es mayor. Son semejantes en número las reclamaciones y las incidencias, si bien las incidencias se acumulan sobre todo en el área de Restauradora.

c) *Exigencia de devolución*: no suele ser muy frecuente, pero está presente en todas las áreas cuando se trata de incidencias, pero se concentra en el área de Gestión cuando se trata de reclamaciones genéricas.

d) *Información insuficiente*: no es habitual en la praxis clínica, ni se traduce en reclamaciones frecuentes. Se distribuye en todas las áreas, tanto en incidencias como en reclamaciones.

e) *Trato personal poco adecuado*: supone la mayoría de las reclamaciones que se han presentado en los dos años. En el ámbito de las incidencias, prácticamente no aparecen, por lo que suponemos que las incidencias de trato personal poco adecuado no quedan reflejadas en CUOSOFT porque pasan directamente al registro de reclamaciones.

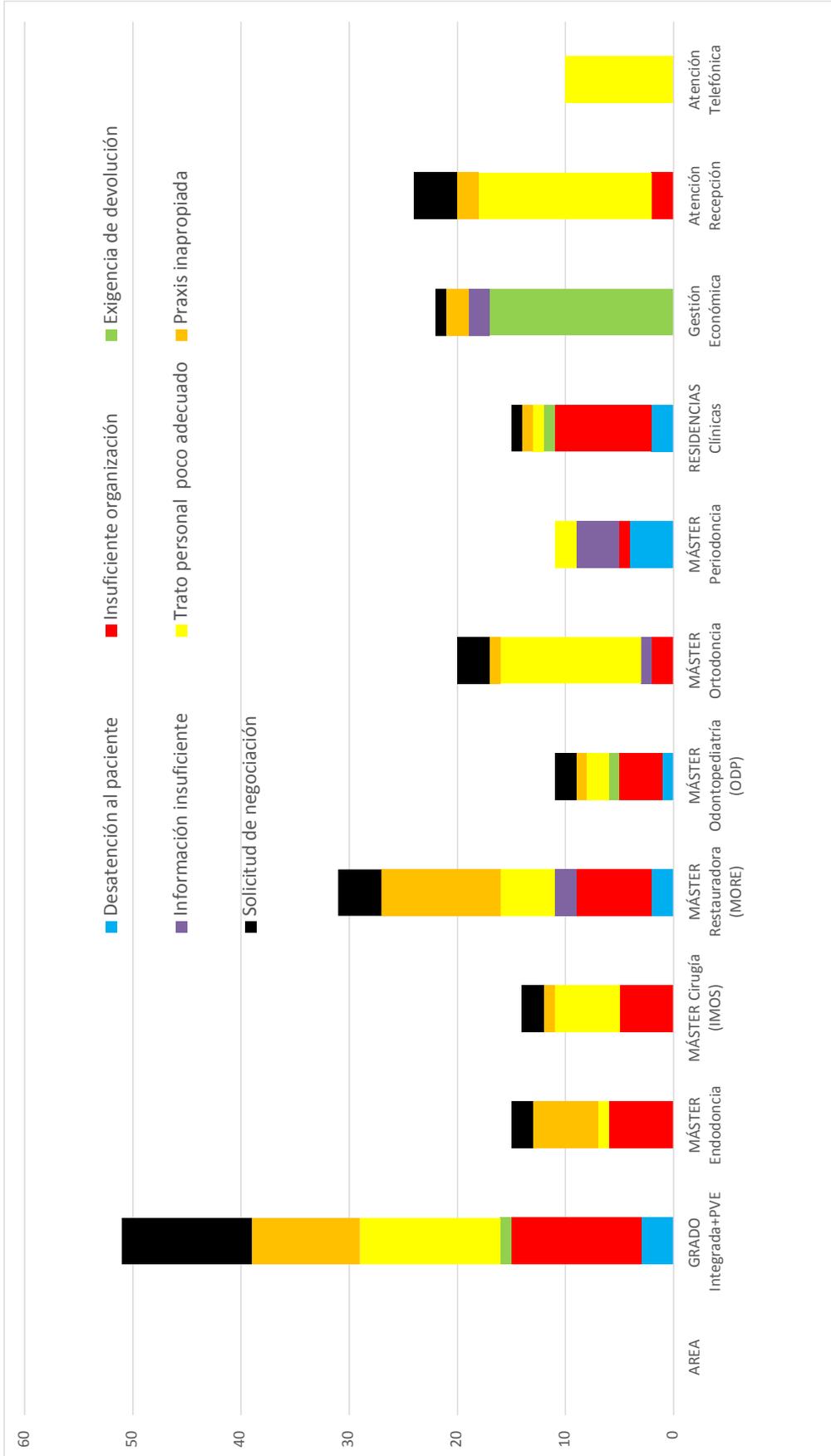


Figura 1: Diagrama de distribución de las reclamaciones

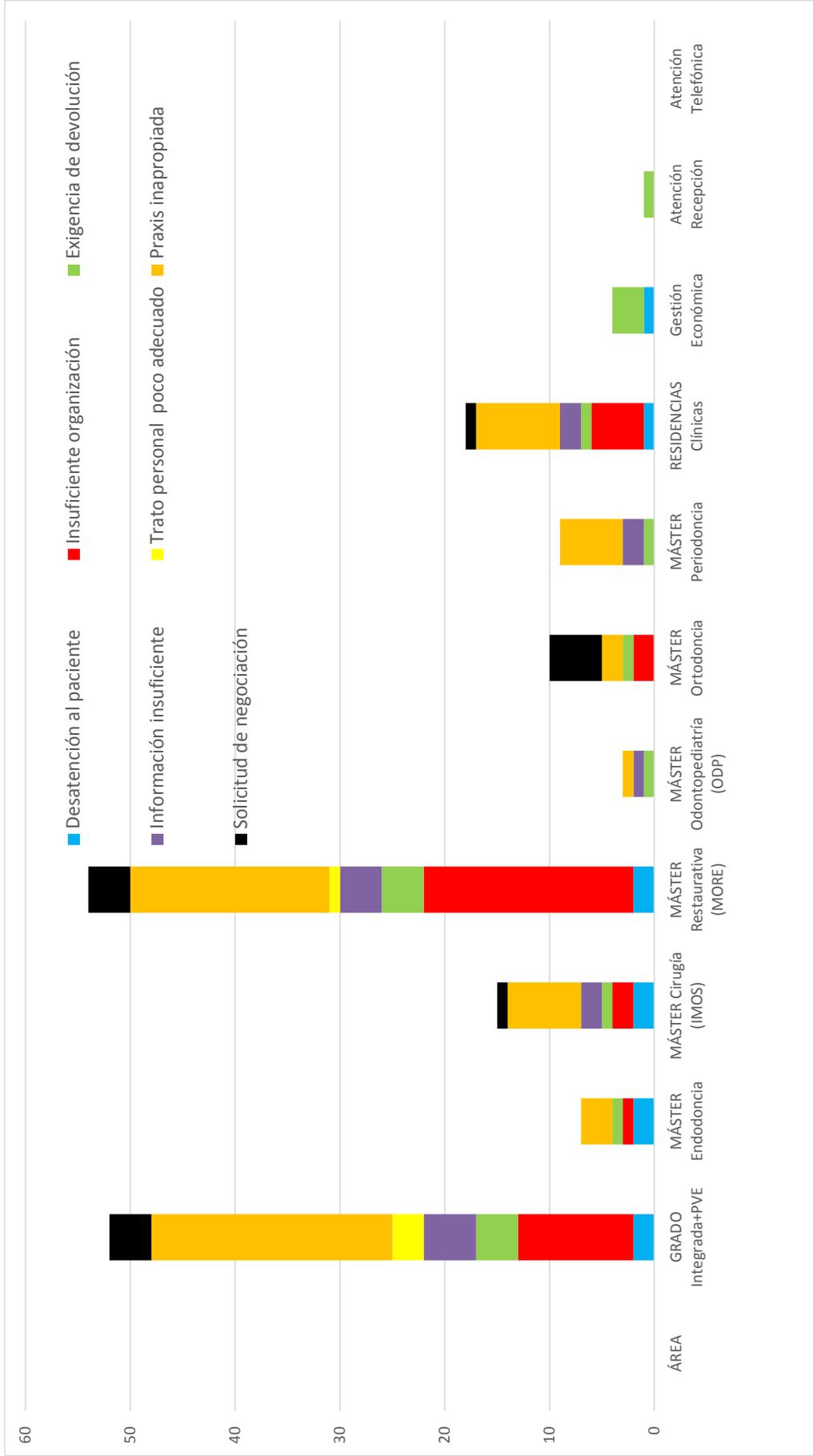


Figura 2: Diagrama de distribución de las incidencias

f) *Praxis inapropiada*: se invierten las proporciones, de manera que se detectan un gran número de Incidencias y un bajo número de Reclamaciones, quizás porque la mayoría son solucionables dentro de la clínica.

g) *Solicitudes de negociación*: suelen materializarse en forma de reclamaciones. Se producen con frecuencia en el grado y menos en el máster, posiblemente por su relación con la experiencia clínica de los profesionales.

Por otro lado, estas acciones erróneas también pueden agruparse según la voluntariedad (y su consiguiente responsabilidad) con la que se hayan realizado por parte del profesional -estudiante o profesor-, pudiendo diferenciarse en acciones intencionadas o deliberadas (voluntarias) o simplemente negligentes o no deliberadas (involuntarias). Conviene precisar, que la diferencia que se establece aquí, entre acciones voluntarias e involuntarias, se basa en la clásica teoría aristotélica, que sigue siendo fundamento de muchos estudios actuales. Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, distingue dos grandes grupos de acciones, las voluntarias y las involuntarias. Las acciones voluntarias, o deliberadas, son las que el agente elige libremente y su fin depende de él. Las acciones involuntarias son aquellas que se realizan por ignorancia, de modo no deliberado, no hay ninguna colaboración por parte del agente que desconoce las circunstancias, el fin de la acción o el objeto, y le causan pesar y arrepentimiento (Aristóteles, 1998).

Hemos calificado como errores deliberados la desatención al paciente, el trato personal poco adecuado y la praxis inapropiada; y como errores no deliberados la insuficiente organización, las exigencias de devolución, la información insuficiente y las peticiones de negociación. Dicha agrupación ofrece el resultado que aparece en la Tabla 3.

Tabla 3: Distribución de incidencias y reclamaciones según su voluntariedad

	Errores deliberados	Errores no deliberados	
Reclamaciones			
Grado	26	25	51
Máster	66	36	102
Residencias C.	4	11	15
Gestión E.	2	20	22
Atención	28	6	34
	126	98	224
Errores deliberados			
Errores no deliberados			
Incidencias			
Grado	28	24	52
Máster	45	53	98
Residencias C.	9	9	18
Gestión E.	1	3	4
Atención	0	1	1
	83	90	173

Fuente: elaboración propia

El análisis de contingencia realizado a través de la prueba de Chi- cuadrado permite analizar si el tipo de especialidad influye o no en el carácter deliberado de las acciones. Se observa que el p value para las reclamaciones es altamente significativo ($p < 0,001$) mientras que, para las incidencias, el p value no lo es ($p = 0,612$). Una observación más detallada de las frecuencias absolutas refleja que la diferencia entre ambas se centra no tanto en las especialidades clínicas (integrada, restauradora, ortodoncia, etc..) sino en los servicios administrativos (recepción, gestión económica, etc.)

5.3 - Elaboración de los ítems del cuestionario

El punto de partida del diseño fueron los datos de la literatura y el juicio de los expertos. El planteamiento inicial del diseño consiste en una serie de

cuestiones que responden al proceso temporal de un tratamiento estándar en cualquier clínica odontológica. Se inicia con las preguntas sobre la calidad de la atención en la recepción y finaliza con cuestiones sobre la valoración del resultado.

El cuestionario elaborado por el autor consta finalmente de 20 preguntas. Teniendo en cuenta la secuencia de las preguntas, podemos observar que los tres primeros ítems hacen referencia a la atención en la entrada y sala de espera en la clínica. Asimismo, se pueden identificar los ítems 4 a 8 con el proceso de acogida del paciente por parte del odontólogo. Los ítems 9 a 13 se focalizan en el desarrollo de la intervención clínica, mientras que los ítems del 14 al 19 tienden a valorar las expectativas y el proceso de finalización del tratamiento. El ítem 20 trata de recoger una valoración global de todo el proceso (Figura 3).

A continuación, se presenta una pequeña descripción de cada uno de ellos:

1. *La atención telefónica fue ágil y precisa: determina el modo en que se desarrollará el primer contacto con el paciente:* aquí se tienen en cuenta el interés por la situación concreta del paciente y los ratos de espera en el auricular, que en centros muy masificados representa un discomfort.

2. *La atención en la Recepción de la clínica fue amable y escucharon mi problema sin prisas:* la percepción de acogida por parte del personal de Recepción marca la siguiente fase de satisfacción, que espera ser recibido de forma personalizada, algo que no siempre se consigue en los centros, dependiendo del tamaño del centro o la concentración excesiva de pacientes.

3. *En la sala de espera, recibí información regularmente cuando había retrasos o imprevistos:* esta cuestión trata de analizar la atención recibida durante un periodo de tiempo, a veces prolongado, en el que el paciente se halla a la

expectativa en la sala de espera, de modo que la falta de información provoca desconcierto.

1	La atención telefónica fue ágil y precisa
2	La atención en la Recepción de la clínica fue amable y escucharon mi problema sin prisas
3	En la sala de espera, recibí información regularmente cuando había retrasos o imprevistos
4	Una vez en el box comprobé que todo estaba a punto para empezar a trabajar (instrumental, higiene, ventilación, etc..)
5	Cuando comencé a explicar mi situación, el odontólogo o profesional que me atendía me prestó atención y me dejó hablar sin interrupciones, generando un clima de confianza
6	En la primera exploración el odontólogo o el profesional que me atendió me explicó mi situación de forma clara, con un lenguaje fácil y accesible
7	Cuando el odontólogo o profesional que me atendía me planteó la solución a mi problema, me expuso una o varias posibilidades de manera comprensible, con sus ventajas e inconvenientes, ofreciéndome la información que yo requería (tiempo, precio orientativo, posibles molestias, etc..)
8	Tuve la posibilidad de manifestar mi opinión sobre los tratamientos propuestos, me aclararon todas las dudas y pude elegir el tratamiento más adecuado a mi situación
9	El odontólogo o profesional que me atendía se preocupaba por mí, antes, durante y después de la intervención, preguntando con frecuencia por mi estado.
10	En todo el proceso, el odontólogo o profesional que me atendía no manifestó ninguna confusión y se le veía seguro.
11	No escuché comentarios sobre otras personas ni conversaciones fuera de lugar mientras me estaban atendiendo
12	Cuando me comunicaban alguna incidencia imprevista lo hacían de forma positiva y ofreciendo la solución más adecuada o pidiendo disculpas
13	En toda la clínica se notaba un ambiente de trabajo, profesionalidad y seriedad
14	Durante todo el tratamiento percibí la coordinación de los diferentes equipos de profesionales que me atendieron
15	El tratamiento se desarrolló según me habían explicado y si notaba algún tipo de molestia podía avisar inmediatamente
16	La duración total del tratamiento fue la prevista inicialmente y si hubo retrasos el odontólogo o profesional que me trataba supo explicármelo
17	En el momento de concretar el tratamiento y el presupuesto final, lo recibí por escrito y estuve de acuerdo con todo lo previsto
18	Cuando tuve que manifestar un desacuerdo y/o algo que no me pareció adecuado, me explicaron las incidencias con paciencia y se disculparon por los posibles errores cometidos
19	Durante las semanas y meses posteriores al tratamiento realizado he recibido los avisos previstos de la persona que me atendió y he notado su interés por mi situación
20	Estoy satisfecho/a con mi tratamiento y el trato recibido

Figura 3: Cuestionario inicial de 20 preguntas

4. *Una vez en el box comprobé que todo estaba a punto para empezar a trabajar (instrumental, higiene, ventilación, etc.): se evalúa el primer contacto con el entorno clínico. Si dicho entorno es acogedor, el paciente se relaja, pero un ambiente descuidado, provoca tensión.*

5. *Cuando comencé a explicar mi situación, el odontólogo o profesional que me atendía me prestó atención y me dejó hablar sin interrupciones, generando un clima de confianza: se valora el primer contacto con la persona que va a intervenir al paciente, por lo que la comunicación debe ser tal que se genere confianza inmediatamente.*

6. *En la primera exploración el odontólogo o el profesional que me atendió me explicó mi situación de forma clara, con un lenguaje fácil y accesible: se evalúa la veracidad con la que el profesional transmite su diagnóstico, de forma que permita tomar las decisiones adecuadas al paciente.*

7. *Cuando el odontólogo o profesional que me atendía me planteó la solución a mi problema, me expuso una o varias posibilidades de manera comprensible, con sus ventajas e inconvenientes, ofreciéndome la información que yo requería (tiempo, precio orientativo, posibles molestias, etc.): se analiza de nuevo la veracidad con la que plantean las soluciones, sin ocultar los inconvenientes que puede implicar cada una de ellas.*

8. *Tuve la posibilidad de manifestar mi opinión sobre los tratamientos propuestos, me aclararon todas las dudas y pude elegir el tratamiento más adecuado a mi situación: se evalúa el respeto a la autonomía del paciente a la hora de tomar una decisión, no siempre concordante con el parecer del profesional.*

9. *El odontólogo o profesional que me atendía se preocupaba por mí, antes, durante y después de la intervención, preguntando con frecuencia por mi estado:*

la cuestión analiza la continuidad de la atención, teniendo en cuenta la iatrogenia que van asociadas a muchas intervenciones.

10. *En todo el proceso, el odontólogo o profesional que me atendía no manifestó ninguna confusión y se le veía seguro:* se valora la profesionalidad del odontólogo a la hora de cuidar la integridad con la que se aborda el tratamiento.

11. *No escuché comentarios sobre otras personas ni conversaciones fuera de lugar mientras me estaban atendiendo:* se evalúa la discreción con la que se trata a los pacientes y el cuidado en respetar su intimidad, así como el secreto profesional inherente a la actuación.

12. *Cuando me comunicaban alguna incidencia imprevista lo hacían de forma positiva y ofreciendo la solución más adecuada o pidiendo disculpas:* se valora la capacidad de resolver las soluciones complicadas, sin ocultar los posibles errores que frecuentemente pueden producirse.

13. *En toda la clínica se notaba un ambiente de trabajo, profesionalidad y seriedad:* se analiza el clima de profesionalidad del entorno, que transmite serenidad al paciente, sobre todo en intervenciones de especial gravedad.

14. *Durante todo el tratamiento percibí la coordinación de los diferentes equipos de profesionales que me atendieron:* trata de determinar la eficiencia con la se aborda un tratamiento particularmente laborioso y que requiere varios profesionales.

15. *El tratamiento se desarrolló según me habían explicado y si notaba algún tipo de molestia podía avisar inmediatamente:* se analiza si la praxis habitual contemplaba el diálogo con el profesional durante la intervención, de manera que no se produzcan errores por falta de comunicación.

16. *La duración total del tratamiento fue la prevista inicialmente y si hubo retrasos el odontólogo o profesional que me trataba supo explicármelo:* se evalúa la eficiencia con la que se abordan los retrasos inherentes a cualquier tratamiento.

17. *En el momento de concretar el tratamiento y el presupuesto final, lo recibí por escrito y estuve de acuerdo con todo lo previsto:* la cuestión analiza la precisión con la que se establecen y comunican los tratamientos, de modo que no aparezcan dudas sobre el consentimiento.

18. *Cuando tuve que manifestar un desacuerdo y/o algo que no me pareció adecuado, me explicaron las incidencias con paciencia y se disculparon por los posibles errores cometidos:* aquí se evalúa la reacción y la adecuada comunicación con el paciente ante cambios de orientación de los tratamientos.

19. *Durante las semanas y meses posteriores al tratamiento realizado he recibido los avisos previstos de la persona que me atendió y he notado su interés por mi situación:* se analiza el interés por la salud del paciente y la coordinación ante tratamientos de larga duración

20. *Estoy satisfecho/a con mi tratamiento y el trato recibido:* se pregunta por una perspectiva global de todo el proceso odontológico y del funcionamiento del centro.

5.4 - Análisis de la validez y fiabilidad del cuestionario

5.4.1 Análisis de validez de contenido

Una vez elaborado el cuestionario inicial, se somete a un proceso de validación siguiendo el método Delphi. El resultado del proceso Delphi ha comportado los siguientes resultados:

a) Elaboración del panel de expertos, en las que han sido seleccionados 10 de los 13 expertos consultados (puntuación de K superior a 0.8), como queda reflejado en la Anexo 1.

b) Incorporación de las aportaciones de los expertos al cuestionario y segunda ronda de consultas y elaboración de la versión cuasi definitiva del cuestionario. Las modificaciones fueron de carácter sintáctico, especialmente a la hora de corregir expresiones o aclarar actitudes.

c) Cálculo del CVC de cada ítem. Se rechazarán aquellos que no superen el 0,8 (Tabla 4).

d) Proceso de validación cognitiva, por el que 5 personas no expertas evaluaban la comprensión del cuestionario, también denominado “viabilidad”. Todos los entrevistados coincidieron en que el cuestionario era comprensible y ninguna pregunta generaba dudas de interpretación. En cuanto a la opinión de los pacientes, señalaron algunos elementos que dificultaban ligeramente la viabilidad de la encuesta, como son la longitud de algunas preguntas -produce cierto cansancio al leerlas-, la disposición vertical de la hoja -que obliga a girarla en algunos momentos- y la respuesta a preguntas sobre aspectos biográficos - edad, sexo, estudios-, que en muchos casos han quedado vacíos. Consideramos que dichas dificultades no eran significativas.

f) Edición del cuestionario definitivo (Figura 4)

Una vez elaborado el cuestionario, se distribuyó entre una muestra de 89 pacientes (en previsión de posibles errores de muestreo), a los que se les entregó el cuestionario en dos ocasiones. En la segunda entrevista se descartaron 9 cuestionarios por irregularidades en las respuestas o abandonos.

Tabla 4: Índice CVC de cada ítem

EXPERTO	1	2	3	4	5	6	7	10	12	13	Me día	Ma x imo	CVC
1. La atención telefónica fue ágil y precisa.	5	4	5	5	5	5	3	3	5	5	4,50	5,00	0,90
2. La atención en Recepción de la clínica fue la que esperaba y pude explicar mi problema sin prisas.	5	4	5	5	5	5	3	3	5	5	4,50	5,00	0,90
3. El tiempo que pasé en la sala de espera fue el adecuado y, cuando hubo retrasos, recibí información regularmente.	4	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,60	5,00	0,92
4. Una vez en el box comprobé que todo estaba a punto para empezar a trabajar y que se tomaban escrupulosamente todas las medidas de seguridad e higiene antes de comenzar la visita.	5	5	5	5	2	5	3	5	5	5	4,50	5,00	0,90
5. Cuando comencé a explicar mi situación, el odontólogo o profesional que me atendía dedicó tiempo a escucharme y noté que me había entendido, generando un clima de confianza.	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	4,70	5,00	0,94
6. La primera exploración fue minuciosa y el odontólogo o profesional que me atendió me explicó mi situación de forma clara.	5	4	5	3	5	5	3	5	5	5	4,50	5,00	0,90
7. Cuando el odontólogo o profesional que me atendía me planteó la solución a mi problema, me expuso una o varias posibilidades de manera comprensible, con sus ventajas e inconvenientes, incluido el precio.	5	4	5	4	5	5	3	5	5	5	4,60	5,00	0,92
8. Tuve la posibilidad de manifestar mi opinión sobre los tratamientos propuestos, me aclararon todas las dudas y pude elegir el tratamiento más adecuado a mi situación.	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	4,70	5,00	0,94
9. Cuando comenzó la intervención, el odontólogo o profesional que me atendía me preguntaba por mi estado en cada acción que realizaba.	5	5	5	2	5	3	3	5	3	5	4,10	5,00	0,82
10. En todo el proceso, el odontólogo o profesional que me atendía no manifestó ninguna confusión y se le veía seguro.	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,80	5,00	0,96
11. No escuché comentarios sobre otras personas ni conversaciones fuera de lugar mientras me estaban atendiendo.	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,80	5,00	0,96
12. Cuando me comunicaban alguna incidencia imprevista lo hacían de forma positiva y ofreciendo la solución más adecuada o pidiendo disculpas.	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,80	5,00	0,96
13. En toda la clínica se notaba un ambiente de trabajo, profesionalidad y seriedad.	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	4,70	5,00	0,94
14. En toda la clínica se notaba un ambiente de trabajo, profesionalidad y seriedad.	5	4	5	5	5	5	3	5	5	4	4,60	5,00	0,92
15. Durante todo el tratamiento no me hicieron daño y, si notaba algún tipo de molestia, podía avisar inmediatamente, ya que me lo preguntaban con frecuencia.	4	4	5	4	1	4	3	5	5	5	4,00	5,00	0,80
16. La duración total del tratamiento no se retrasó respecto a lo previsto inicialmente por una causa imputable al odontólogo o profesional que me trataba.	4	5	5	4	5	4	3	5	5	4	4,40	5,00	0,88
17. En el momento de concretar el tratamiento y el presupuesto final, no me llevé ninguna sorpresa y todo fue según lo previsto.	5	4	5	1	5	4	3	5	5	5	4,20	5,00	0,84
18. Cuando tuve que manifestar un desacuerdo y/o algo que no me pareció adecuado, pude reclamar sin ningún inconveniente. Me argumentaron las incidencias imprevistas con paciencia y se disculparon por los posibles errores cometidos.	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	4,70	5,00	0,94
19. Durante las semanas y meses posteriores al tratamiento realizado, he seguido recibiendo avisos de la persona que me atendió y he notado su interés por mi situación.	3	4	5	4	5	4	3	3	5	5	4,10	5,00	0,82
20. Estoy satisfecho/a con mi tratamiento y el trato recibido.	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,80	5,00	0,96
													0,91

Encuesta de satisfacción pacientes

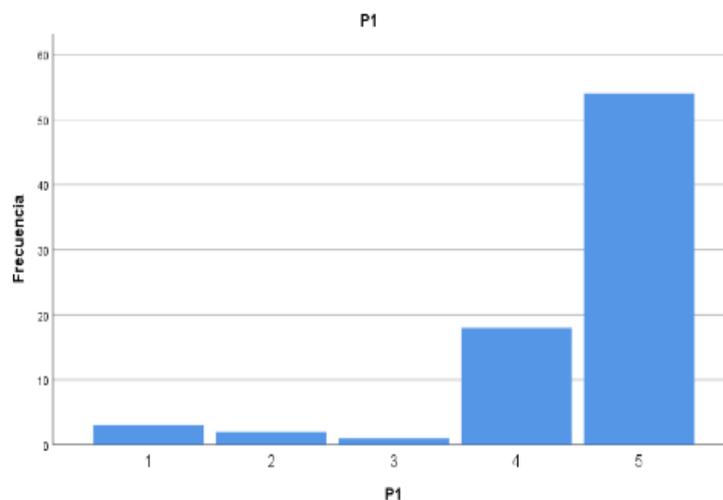
Nombre y apellidos								
DNI								
Edad								
Sexo (marcar con una X)			Hombre		Mujer			
Nivel de estudios (marcar con una X)			SIN ESTUDIOS	PRIMARIOS (EGB, ESO)....	FORMACIÓN PROFESIONAL	BACHILLERATO UNIVERSITARIOS		
ENCUESTA			1	2	3	4	5	Si lo desea, puede añadir un comentario en este espacio
			Totamente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Indiferente	Parcialmente de acuerdo	Totamente de acuerdo	
1	La atención telefónica fue ágil y precisa							
2	La atención en la Recepción de la clínica fue amable y escucharon mi problema sin prisas							
3	En la sala de espera, recibí información regularmente cuando había retrasos o imprevistos							
4	Una vez en el box comprobé que todo estaba a punto para empezar a trabajar (instrumental, higiene, ventilación, etc..)							
5	Cuando comencé a explicar mi situación, el odontólogo o profesional que me atendía me prestó atención y me dejó hablar sin interrupciones, generando un clima de confianza							
6	En la primera exploración el odontólogo o el profesional que me atendió me explicó mi situación de forma clara, con un lenguaje fácil y accesible							
7	Cuando el odontólogo o profesional que me atendía me planteó la solución a mi problema, me expuso una o varias posibilidades de manera comprensible, con sus ventajas e inconvenientes, ofreciéndome la información que yo requería (tiempo, precio orientativo, posibles molestias, etc..)							
8	Tuve la posibilidad de manifestar mi opinión sobre los tratamientos propuestos, me aclararon todas las dudas y pude elegir el tratamiento más adecuado a mi situación							
9	El odontólogo o profesional que me atendía se preocupaba por mí, antes, durante y después de la intervención, preguntando con frecuencia por mi estado.							
10	En todo el proceso, el odontólogo o profesional que me atendía no manifestó ninguna confusión y se le veía seguro.							
11	No escuché comentarios sobre otras personas ni conversaciones fuera de lugar mientras me estaban atendiendo							
12	Cuando me comunicaban alguna incidencia imprevista lo hacían de forma positiva y ofreciendo la solución más adecuada o pidiendo disculpas							
13	En toda la clínica se notaba un ambiente de trabajo, profesionalidad y seriedad							
14	Durante todo el tratamiento percibí la coordinación de los diferentes equipos de profesionales que me atendieron							
15	El tratamiento se desarrolló según me habían explicado y si notaba algún tipo de molestia podía avisar inmediatamente							
16	La duración total del tratamiento fue la prevista inicialmente y si hubo retrasos el odontólogo o profesional que me trataba supo explicármelo							
17	En el momento de concretar el tratamiento y el presupuesto final, lo recibí por escrito y estuve de acuerdo con todo lo previsto							
18	Cuando tuve que manifestar un desacuerdo y/o algo que no me pareció adecuado, me explicaron las incidencias con paciencia y se disculparon por los posibles errores cometidos							
19	Durante las semanas y meses posteriores al tratamiento realizado he recibido los avisos previstos de la persona que me atendió y he notado su interés por mi situación							
20	Estoy satisfecho/a con mi tratamiento y el trato recibido							

Figura 4: Cuestionario definitivo FO-UIC

La respuesta a cada una de las cuestiones permite establecer una primera valoración de los diferentes compartimentos que configuran la satisfacción del paciente. La distribución de las frecuencias de las respuestas en cada uno de los ítems se corresponde con una distribución asimétrica negativa (inclinada hacia la derecha), de manera que la respuesta más frecuente a las afirmaciones que se proponían en los ítems sobre la satisfacción del tratamiento solían ser “Totalmente de acuerdo”.

El resultado se corresponde con el tipo de servicio que se presta, donde lo habitual y previsible es que el grado de satisfacción sea alto.

El test de normalidad (Kolmogorov-Smirnoff) de cada uno de los ítems proporciona un p valor significativo ($p < 0.05$), por lo que descartamos la hipótesis nula y consideramos la distribución no-normal o no paramétrica de las respuestas. Todo ello condicionará los siguientes indicadores estadísticos. En la Figura 5 presentamos algunas de dichas distribuciones en la primera intervención.



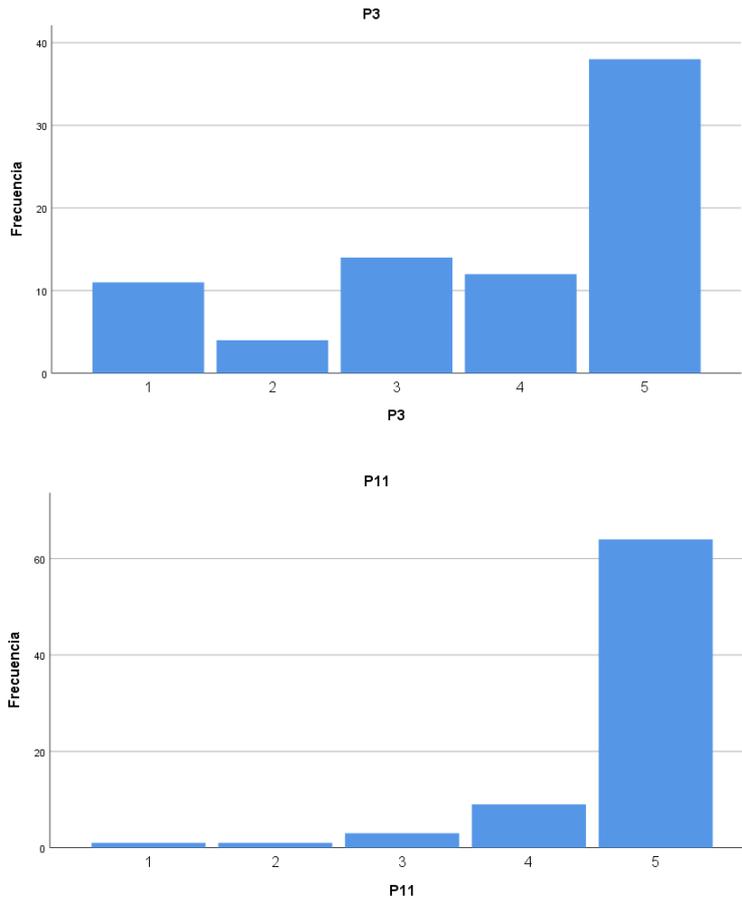


Figura 5: Distribución del número de pacientes según tipo de respuesta al cuestionario en P1, P3 y P11.

5.4.2 Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems

Se ha calculado la satisfacción global de cada paciente, sumando la puntuación de los 20 ítems para cada uno de ellos (máximo de 100 puntos y un mínimo de 20), tal como aparece en el Anexo 2, columna I1. La representación de esta puntuación en un histograma, para los 80 pacientes, confirma la distribución asimétrica negativa, donde también se observa una mayor acumulación de respuestas en el tramo de mayor puntuación 90-100, equivalentes a puntuaciones de 4,5-5 (Figura 6).

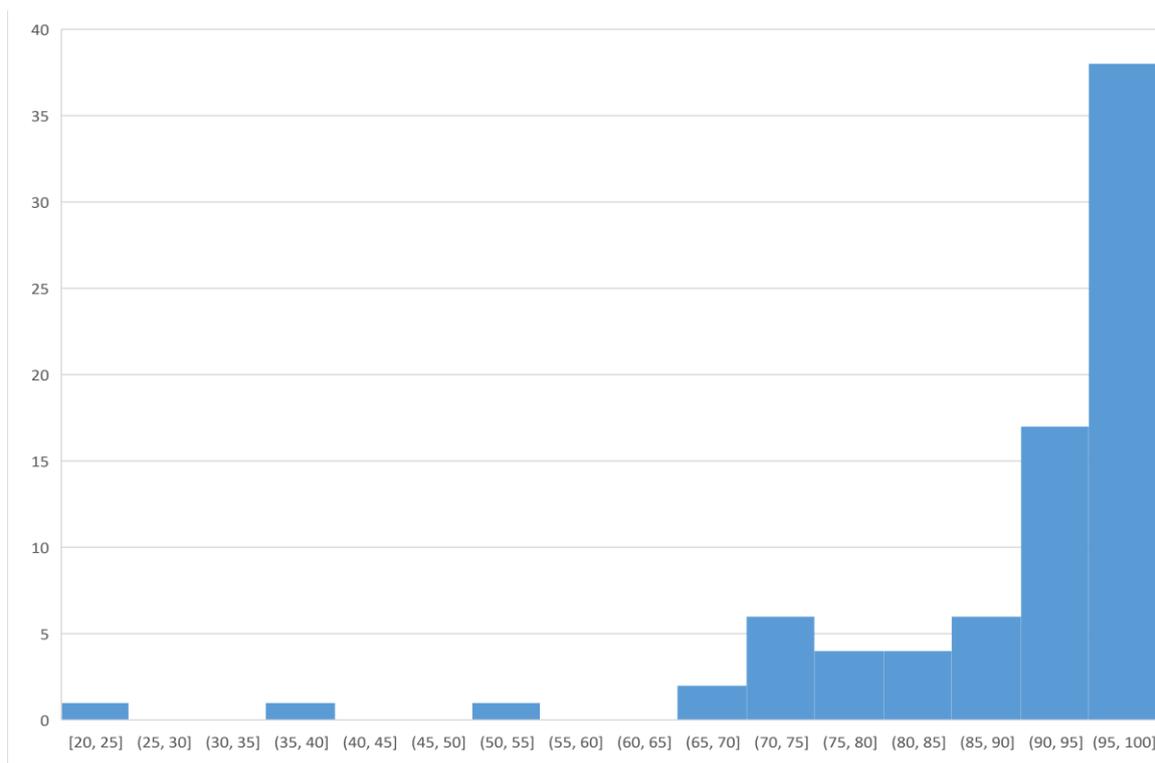


Figura 6: Distribución de los pacientes según la puntuación global del cuestionario

Dicha puntuación varía de manera poco significativa con los variables sociodemográficas, que solo pudieron evaluarse en los pacientes que proporcionaban estos datos (Tabla 5). La puntuación media de las mujeres es ligeramente mayor (92,2) que en hombres (89,7). La edad tampoco parece un factor confuso pues en los tres tramos (<45, 46-65, >66) solo se observa una puntuación mayor en el grupo 46-65. En referencia al nivel académico, la mayor puntuación corresponde a los pacientes con estudios secundarios (94). En ninguna de las variables se observaron diferencias significativas ($p > 0,05$).

En cuanto a las medidas centrales y de dispersión, por tratarse de una distribución no paramétrica, se deberían utilizar la mediana y el rango intercuartílico. Dado su excesivo sesgo a la derecha, resulta poco significativo el cálculo de la mediana y el rango, por lo que nos limitamos al cálculo del porcentaje por categorías de las respuestas a cada cuestión: muy en desacuerdo (1), en

desacuerdo (2), indiferente (3), de acuerdo (4) o muy de acuerdo (5). Es llamativo que la categoría de respuestas 1, 2 y 3 aparezcan en una gran proporción en el ítem P3 y en la P16 y la categoría 5 aparezca en muy baja proporción en ambas preguntas (Tabla 6).

Tabla 5: Análisis de variables sociodemográficas

Variable	Media	Desviación Mediana	Mínimo	Máximo	p-value
Sexo					0,894*
Hombre	89,7	16,7	94,0	20,0	100,0
Mujer	92,2	9,2	95,1	59,6	100,0
Edad					0,347**
Menos de 46	90,5	17,2	94,0	20,0	100,0
de 46 a 65	93,8	8,4	97,0	72,0	100,0
Más de 65	93,5	13,5	99,5	59,6	100,0
Estudios					0,853**
Primarios o menos	89,7	12,5	97,0	59,6	100,0
Secundarios	94,0	7,5	96,0	73,0	100,0
Universitarios	91,2	16,7	94,0	20,0	100,0

* Prueba U de Mann-Whitney ** Prueba Kruskal-Wallis

Fuente: elaboración propia

5.4.3 Análisis de fiabilidad

La Fiabilidad del cuestionario incluye la evaluación de la Consistencia interna, la Capacidad de discriminación y la Estabilidad temporal.

a) Consistencia interna. La consistencia entre las respuestas a los ítems es alta, siendo el alfa de Cronbach de 0.953. Por tanto, se concluye que las puntuaciones de la encuesta son fiables y consistentes, es decir, los ítems (las preguntas) miden un mismo constructo. Si repetimos el cálculo eliminando cada vez uno de los ítems, la consistencia de la escala se mantiene, por lo que deducimos que todos los ítems son independientes y necesarios para la consistencia, no habiendo ítems asociados que distorsionen la consistencia.

Tabla 6: Distribución de frecuencias relativas de respuestas a cada ítem.

	Categoría "Respuestas"				
	1	2	3	4	5
P1	3,80	2,60	1,30	23,10	69,20
P2	2,53	1,27	0,00	10,13	86,08
P3	13,92	5,06	17,72	15,19	48,10
P4	5,06	3,80	2,53	21,52	67,09
P5	2,53	0,00	1,27	12,66	83,54
P6	2,56	0,00	1,28	16,67	79,49
P7	2,53	0,00	1,27	21,52	74,68
P8	2,60	0,00	2,60	16,88	77,92
P9	1,27	1,27	6,33	13,92	77,22
P10	2,53	1,27	2,53	24,05	69,62
P11	1,28	1,28	3,85	11,54	82,05
P12	3,80	2,53	0,00	18,99	74,68
P13	1,28	1,28	2,56	16,67	78,21
P14	2,60	2,60	1,30	20,78	72,73
P15	3,85	1,28	1,28	11,54	82,05
P16	8,97	5,13	3,85	17,95	64,10
P17	3,85	2,56	0,00	11,54	82,05
P18	3,90	1,30	3,90	15,58	75,32
P19	2,60	1,30	7,79	22,08	66,23
P20	2,53	2,53	3,80	12,66	78,48

b) Capacidad de discriminación. En cuanto a la capacidad de discriminación, se calcula a través del índice de homogeneidad corregido (IHc) o corrected ítem-total correlation, que refleja valores superiores a 0,2, por lo que se interpreta que

los ítems están midiendo aspectos homogéneos y proporciona fiabilidad al cuestionario (Tabla 7).

Tabla 7: Índice de homogeneidad (corrected ítem-total correlation) de cada ítem

Índice de homogeneidad corregido	
P1	0,493
P2	0,630
P3	0,346
P4	0,603
P5	0,720
P6	0,726
P7	0,719
P8	0,673
P9	0,730
P10	0,600
P11	0,531
P12	0,593
P13	0,743
P14	0,699
P15	0,646
P16	0,751
P17	0,731
P18	0,579
P19	0,559
P20	0,718

c) Estabilidad temporal. Una primera aproximación a la Estabilidad temporal puede visualizarse a través de la relación entre la puntuación total de cada uno de los 20 ítems o cuestiones (suma de las puntuaciones de todos los pacientes

encuestados en cada ítem) en los dos instantes (primera entrevista A, al inicio del tratamiento y segunda entrevista B, realizada 2-4 semanas después). Hay que tener en cuenta que, de los 89 pacientes de la primera encuesta, algunos no contestaron o contestaron de forma anómala, con muchas respuestas inválidas, por lo que el análisis se realizó finalmente con 80 pacientes (Tabla 8). La tabla de puntuaciones permite visualizar una fuerte concordancia entre ambas entrevistas, aunque las pequeñas desviaciones sugieren ligeras divergencias en las cuestiones que convendría analizar en detalle.

Tabla 8: Distribución de las puntuaciones totales de cada ítem en las dos entrevistas

	Instante A	Instante B
P1	351	341
P2	364	364
P3	300	307
P4	341	352
P5	370	372
P6	363	366
P7	362	367
P8	352	367
P9	358	367
P10	354	362
P11	353	365
P12	353	361
P13	363	362
P14	354	350
P15	359	356
P16	328	328
P17	350	361
P18	344	357
P19	335	332
P20	359	354

Si representamos estas puntuaciones totales otorgadas a cada ítem en los dos instantes (A y B) en un gráfico de dispersión, se dibuja una nube de puntos en

la que los ítems se alinean de manera variable sobre la diagonal imaginaria formada entre el ítem más valorado (P5) y el menos valorado (P3). Llama la atención que las preguntas P3 y P16 sean las menos valoradas en las dos entrevistas o intervenciones (Figura 7).

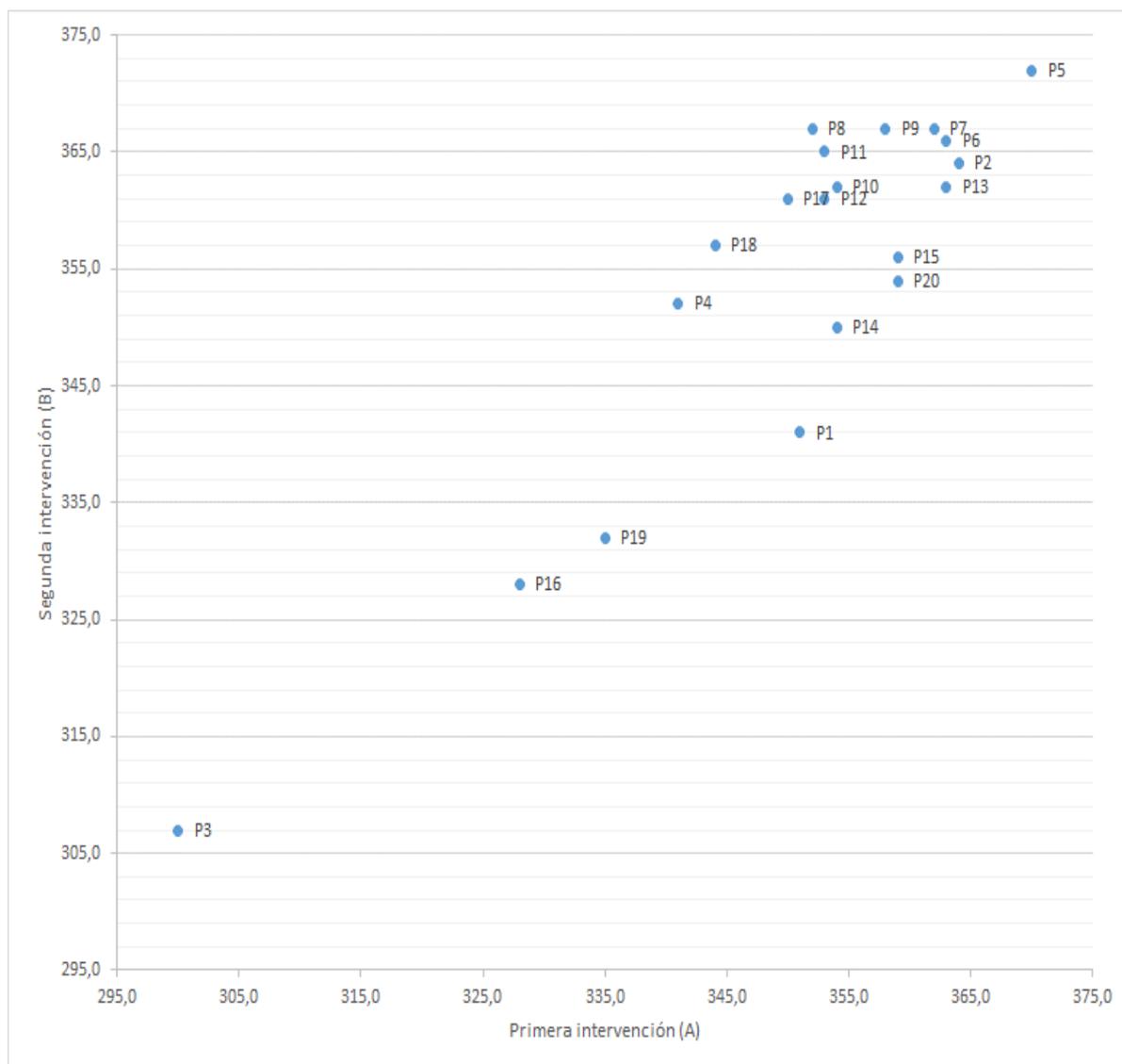


Figura 7: Gráfico de dispersión de los ítems según las puntuaciones totales obtenidas en las dos entrevistas.

El gráfico de dispersión de la suma de los 20 ítems de cada uno de los 80 pacientes (medida de satisfacción global de cada paciente: máximo 100, mínimo

20) otorgada en cada una de las dos entrevistas, permite visualizar la concentración de pacientes en los niveles altos de satisfacción (Figura 8). Este resultado era esperable, si bien existe un grupo de pacientes que manifiestan una satisfacción menor según el instante de la entrevista.

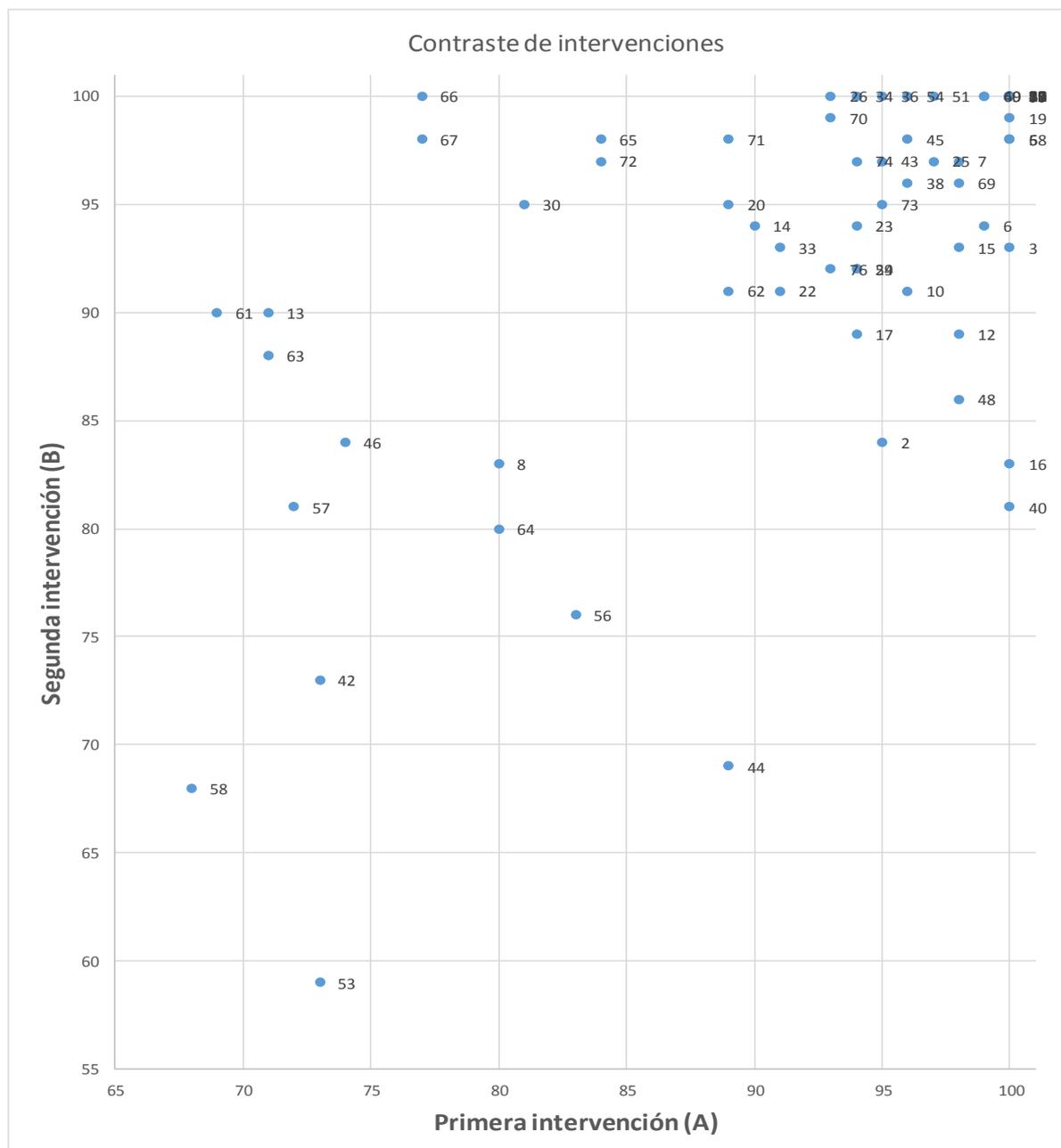


Figura 8: Gráfico de dispersión de los pacientes según las puntuaciones totales de los ítems en cada una de las entrevistas o intervenciones.

Una medida más precisa para la evaluación de la Estabilidad temporal y la eficacia de la encuesta viene dada por el índice de concordancia intraclase (ICC) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%), que se calcula tras la recogida de las segundas entrevistas, comparando las encuestas realizadas en los dos instantes diferentes (instante A e instante B) del tratamiento. Como ya se ha comentado, para determinar el umbral de fiabilidad se seguirán los criterios de Fleiss et al. (2004). El resultado final del ICC es el siguiente (Tabla 9):

Tabla 9: Índice de concordancia intraclase de los 20 ítems (p<0,05, en negrita)

Item	ICC	Intervalo 95%	p-value
P1	0,580	0.406 < ICC < 0.713	<0,001
P2	0,774	0.663 < ICC < 0.852	<0,001
P3	0,634	0.478 < ICC < 0.752	<0,001
P4	0,570	0.394 < ICC < 0.706	<0,001
P5	0,300	0.081 < ICC < 0.492	0.004
P6	0,127	-0.102 < ICC < 0.344	0.138
P7	0,484	0.290 < ICC < 0.639	<0,001
P8	0,353	0.136 < ICC < 0.538	<0,001
P9	0,368	0.156 < ICC < 0.547	<0,001
P10	0,177	-0.05 < ICC < 0.387	0.0624
P11	0,174	-0.056 < ICC < 0.386	0.0687
P12	0,396	0.188 < ICC < 0.57	<0,001
P13	0,122	-0.107 < ICC < 0.339	0.147
P14	0,442	0.238 < ICC < 0.608	<0,001
P15	0,755	0.638 < ICC < 0.838	<0,001
P16	0,670	0.522 < ICC < 0.779	<0,001
P17	0,931	0.893 < ICC < 0.956	<0,001
P18	0,691	0.549 < ICC < 0.794	<0,001
P19	0,283	0.054 < ICC < 0.484	0.008
P20	0,654	0.503 < ICC < 0.766	<0,001

Se observa que la correlación intraclase es BUENA para los ítems P2-P3, P15-P18 y P20; es MODERADA para P1, P4, P7 y P14; y es DÉBIL para los ítems P5-P6, P8-P13 y P19. También se observa que la correlación no es significativa en los ítems P6, P10, P11 y P13.

El último indicador de estabilidad temporal viene dado por la concordancia de las puntuaciones totales de cada ítem en los dos instantes, elaborando un gráfico de Bland y Altman (Figura 9). Se representa en el eje de abscisas la media de la Puntuación Total de cada ítem en los dos instantes (A y B), y en el de ordenadas la diferencia de la Puntuación Total de cada ítem en los mismos instantes. El límite inferior y superior del intervalo de error vendrá indicado por la media de todas las diferencias de Puntuaciones totales $\pm 1.96 \times$ Desviación estándar de esta. Una de las condiciones es que las varianzas de las dos medidas sean similares. La media de las diferencias de las puntuaciones totales entre el instante A y el instante B es de 3,9 (considerado como el sesgo entre el instante A y el B) y los límites de concordancia están entre 9,8 y 17,6. El gráfico Bland-Altman permite observar que todos los ítems están dentro del intervalo de error, excepto el ítem 1, que aparece en el límite superior.

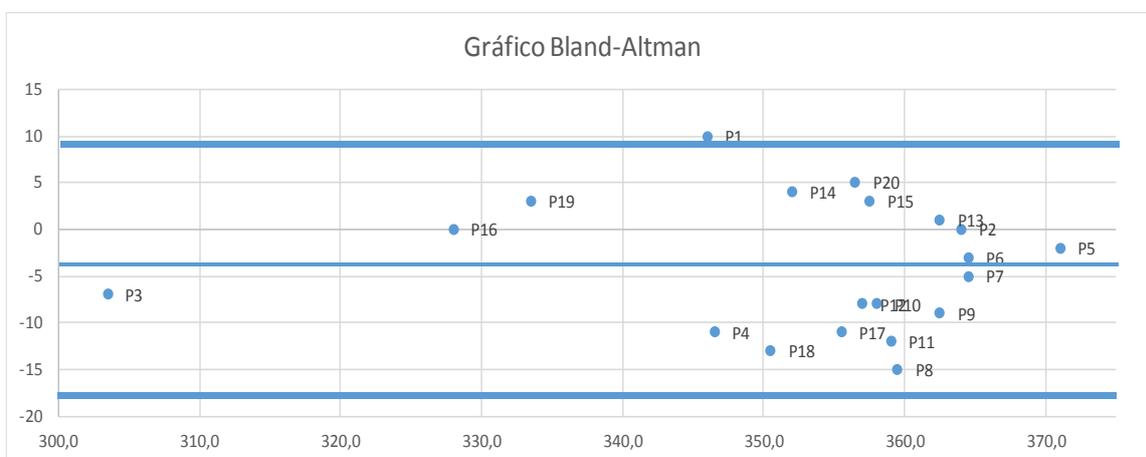


Figura 9: Gráfico de Bland-Altman de los 20 ítems

Obviamente, los indicadores solo proporcionan una aproximación psicométrica sobre su eficacia. Conviene recordar el comentario de Cardemil: *“los límites de concordancia informan valores, pero estos no deben ser considerados como un criterio para definir si la diferencia máxima es aceptable o no. La principal utilidad de los límites de concordancia es evaluar si la concordancia entre las mediciones es buena o no, lo que se hace evaluando la dispersión de los puntos, pero no establece hasta qué rango es aceptable. No existe ningún método que permita establecer esto, sólo el juicio clínico y el análisis de los resultados de esta estimación”* (Cardemil, 2017).

5.4.4. Análisis de validez del constructo (estructura interna)

Una primera aproximación sobre la estructura interna viene dada por la matriz de correlaciones -correlación de Spearman- entre las cuestiones o ítems. El resultado aparece en la Tabla 10.

Como referencia exploratoria, se han señalado las correlaciones mayores de 0,5. Se observa una mayor correlación entre las cuestiones comprendidas entre P4 a P8 y entre P15 y P19, y en menor medida entre las cuestiones que van de la P9 a la P14. De este modo se visualiza una posible interconexión entre las cuestiones que pueden indicar una determinada dimensión o tendencia dentro de la estructura del cuestionario.

Una evaluación más precisa del constructo se lleva a cabo por medio de la prueba de esfericidad de Barlett y el test KMO en SPSS, resultando la prueba significativa (0,83). En consecuencia, el cuestionario presenta interconexiones entre las diferentes cuestiones que son susceptibles de estudiar según una reducción de dimensiones (Tabla 11).

Tabla 10: Índice de correlación de Spearman de los 20 ítems

ítem	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
P1	1,000																			
P2	0,477	1,000																		
P3	0,338	0,237	1,000																	
P4	0,385	0,487	0,519	1,000																
P5	0,409	0,629	0,300	0,626	1,000															
P6	0,490	0,636	0,355	0,587	0,756	1,000														
P7	0,467	0,382	0,410	0,391	0,638	0,686	1,000													
P8	0,330	0,375	0,328	0,510	0,613	0,592	0,748	1,000												
P9	0,271	0,405	0,174	0,431	0,459	0,437	0,352	0,374	1,000											
P10	0,463	0,365	0,267	0,364	0,605	0,604	0,565	0,414	0,528	1,000										
P11	0,202	0,363	0,397	0,375	0,335	0,427	0,523	0,415	0,455	0,375	1,000									
P12	0,271	0,362	0,257	0,372	0,478	0,383	0,504	0,438	0,682	0,559	0,534	1,000								
P13	0,374	0,501	0,363	0,544	0,730	0,712	0,653	0,651	0,495	0,619	0,510	0,596	1,000							
P14	0,451	0,509	0,188	0,281	0,511	0,514	0,545	0,461	0,457	0,578	0,448	0,484	0,483	1,000						
P15	0,345	0,491	0,196	0,356	0,513	0,514	0,345	0,419	0,730	0,503	0,435	0,514	0,395	0,595	1,000					
P16	0,386	0,465	0,382	0,512	0,370	0,377	0,447	0,400	0,604	0,446	0,394	0,499	0,267	0,426	0,484	1,000				
P17	0,393	0,574	0,212	0,322	0,391	0,510	0,554	0,507	0,553	0,320	0,412	0,356	0,436	0,478	0,528	0,668	1,000			
P18	0,417	0,399	0,275	0,411	0,522	0,506	0,624	0,563	0,620	0,597	0,479	0,573	0,637	0,473	0,513	0,549	0,445	1,000		
P19	0,434	0,374	0,491	0,301	0,271	0,416	0,445	0,345	0,531	0,435	0,401	0,496	0,390	0,258	0,504	0,555	0,521	0,610	1,000	
P20	0,350	0,441	0,291	0,442	0,585	0,458	0,448	0,460	0,711	0,542	0,409	0,713	0,566	0,506	0,637	0,542	0,434	0,604	0,471	1,000

Tabla 11: prueba de KMO y esfericidad de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	0,830
Prueba de esfericidad de Aprox. Chi-cuadrado	1365,849
Bartlett	
gl	190
Sig.	0,000

Seleccionamos el análisis de componentes principales para llevar a cabo la reducción. Para ello, se establece un análisis en el que se extraerán los autovalores superiores a 1, con rotación varimax y reemplazando los valores perdidos por valores medios.

La comunalidad o varianza explicada por cada ítem supera 0.5. Los autovalores superiores a 1 corresponden a los 4 primeros ítems, que concentran el 74% de la varianza (Tabla 12). Esta observación permite deducir que existen cuatro componentes que explican la mayor parte de la variabilidad de la encuesta.

La rotación de los ejes proporciona los resultados tabulados a continuación, donde destacan tres grupos de preguntas: la componente 1 explica los grupos de cuestiones 1-2 y 5-8. La componente 2 explica las cuestiones 15-19 y la componente 3 las cuestiones 10-13. La componente 4 parece explicar la cuestión 3. Algunas cuestiones (P4, P9, P14, P20) presentan una situación más ambigua, situándose en los límites de los grupos (Tabla 13).

Por último, el chequeo de la guía COSMIN Risk of bias checklist proporcionó la confirmación de la fiabilidad y validez del cuestionario, en la que la mayoría de las diez cajas (boxes) se verificaron como “muy buena” (Anexo 4).

Tabla 12: Autovalores (“eigenvalues”) de los 20 ítems

Varianza total explicada			
	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	10,303	51,516	51,516
2	2,129	10,647	62,163
3	1,310	6,551	68,714
4	1,105	5,525	74,240
5	0,936	4,681	78,920
6	0,720	3,599	82,519
7	0,565	2,827	85,346
8	0,544	2,722	88,067
9	0,418	2,092	90,159
10	0,363	1,815	91,974
11	0,329	1,646	93,620
12	0,307	1,536	95,156
13	0,240	1,199	96,355
14	0,182	0,912	97,267
15	0,153	0,765	98,031
16	0,130	0,651	98,682
17	0,096	0,480	99,162
18	0,075	0,377	99,539
19	0,062	0,308	99,847
20	0,031	0,153	100,000

Tabla 13: Valores de las cuatro componentes rotadas

Matriz de componente rotado				
	1	2	3	4
P1	0,742	0,342	0,096	-0,082
P2	0,801	0,470	0,014	0,080
P3	0,242	0,068	0,035	0,794
P4	0,546	0,147	0,246	0,547
P5	0,864	0,109	0,316	0,211
P6	0,855	0,165	0,215	0,239
P7	0,799	0,141	0,319	0,302
P8	0,749	0,170	0,283	0,331
P9	0,164	0,610	0,624	0,092
P10	0,307	0,123	0,781	0,115
P11	0,203	0,328	0,449	0,413
P12	0,012	0,497	0,558	0,445
P13	0,518	0,196	0,663	0,166
P14	0,435	0,509	0,487	-0,211
P15	0,179	0,710	0,344	0,041
P16	0,215	0,751	0,139	0,361
P17	0,471	0,751	0,016	0,080
P18	0,268	0,618	0,427	0,027
P19	0,131	0,602	0,144	0,484
P20	0,157	0,588	0,595	0,087

6. DISCUSION

6.1 - Análisis de las reclamaciones e incidencias

En análisis observacional permite profundizar y valorar las actuaciones realizadas en la CUO distribuidas en áreas clínicas y en tipologías. Se han consignado un total de 173 incidencias y 224 reclamaciones en la clínica, respecto a un total de 161.000 visitas realizado durante el período analizado.

Es evidente que el área de Integrada, correspondiente a estudiantes de Grado, recibe el mayor número de reclamaciones, especialmente por insuficiente organización, trato personal poco adecuado o praxis inapropiada, así como solicitudes de negociación. En este caso, es conveniente tener en cuenta la inexperiencia propia de los estudiantes. Cuando se analiza el número de incidencias, se observa que los errores se acumulan en aspectos que hemos denominado praxis inapropiada y insuficiente organización. Este puede ser un punto de partida para establecer protocolos de habilidades, ya que se trata de personas en periodo formativo (Watanabe et al. 2018).

En cuanto a las incidencias, el Máster de Restauradora es el más afectado, quizás por la tipología de las intervenciones. Rajput et al. (2020) comentan este fenómeno, que puede producirse cuando las visitas son numerosas y el cansancio puede generar actitudes menos pertinentes. En cuanto a las Residencias clínicas, solo aparecen errores puntualmente, reflejando que son programas focalizados en aspectos clínicos. Por lo que se refiere a los servicios administrativos, Recepción y Gestión económica, son las que cuentan con más reclamaciones, algo que sugiere futuras investigaciones.

Obviamente, son dos áreas en las que no se producen apenas incidencias, pues estas suelen ocurrir durante las intervenciones clínicas y no alcanzan, salvo excepciones, a las áreas no-clínicas.

El análisis observacional transversal nos lleva a plantear el trasfondo que subyace en las reclamaciones e incidencias, que no son más que manifestación de la insatisfacción por no haber sido tratado como se esperaba (Ebn Ahmady et al., 2015). A este respecto, pueden plantearse dos posibilidades: la insatisfacción por el trato recibido antes, durante y después de la intervención, y la insatisfacción por el resultado final de la intervención. Llama la atención que la mayor parte de las quejas se concentren en tres tipos de error: la insuficiente organización, el trato poco adecuado o la praxis inapropiada, aspectos más relacionados con el trato y empatía con el paciente que con el resultado clínico. Esta podría ser una de las explicaciones posibles cuando se detectan diferencias significativas entre las acciones que hemos considerado como deliberadas o no deliberadas. Si bien las reclamaciones detectan un número significativo de acciones deliberadas respecto a las incidencias, la causa parece concentrarse en las acciones administrativas, que implican la recepción del paciente o a su gestión económica, y no a la intervención clínica en sí (Inglehart et al., 2016). Es decir, los datos sugieren que el paciente percibe un trato menos adecuado fuera del box dental que dentro de él. El origen de dicho conflicto parece estar relacionado con la empatía en la acogida, una deficiente comunicación o la sensación de no ver cumplidas las expectativas, sugiriendo una problemática que tiene que ver con la manera de tratar al paciente (Kalsi & Hemmings, 2013; Rai et al., 2019). Es posible que se perciba un trato no fundamentado en el beneficio del mismo paciente (Goetz et al., 2013, Reid et al., 2014), sino únicamente en el correcto cumplimiento de unos

protocolos sanitarios (control de higiene, consentimiento informado, equilibrio precio/resultado, eficacia de los procedimientos, etc.)

Este análisis dicotómico (errores deliberados y no deliberados) dejaría fuera acciones que se denominan voluntario *in causa*, en las que algunas intervenciones que no son elegidas en sí misma, pero de las que se sigue un resultado previsto y aceptado. Este tipo de acciones no es posible detectarlas por la vía empírica del registro de incidencias, por lo que se omitió su análisis.

6.2 - Análisis del cuestionario FO-UIC

El análisis de la encuesta directa al paciente sugiere los elementos específicos en los que se debe enfatizar y concretar los conceptos anteriores y que, en cierto modo, certifican algunas de los hallazgos aludidos más arriba. Efectivamente, una vez detectado los resultados reportados por los profesionales (odontólogos y personal administrativo), el cuestionario se convierte en una herramienta de análisis que localiza con precisión los aspectos no-clínicos manifestados directamente por los pacientes, así como el momento en que se producen, permitiendo ajustar y determinar el origen de dichos errores. Es lo que podría denominarse PREMs (medida de la experiencia reportada por los pacientes) que “recogen la experiencia sobre la atención, los tratamientos y el soporte recibido”. Los PREs, junto a los PROs -resultados reportados por los pacientes-, “representan otro elemento imprescindible en la medicina y la investigación centrada en los pacientes” (Alonso & Ferrer, 2017).

Para comenzar, conviene analizar tanto la estructura del cuestionario como su eficacia a la hora de detectar la satisfacción del paciente o las habilidades del profesional:

a) El primer dato a estudiar procede de los valores de los estadísticos descriptivos, en este caso los porcentajes de cada categoría de respuestas. La interpretación que podemos dar a los resultados de cada ítem es ilustrativa. La mayoría de los ítems proporcionan una puntuación mayoritaria superior al 90% en la suma de las categorías 4 (“parcialmente de acuerdo”) y 5 (“totalmente de acuerdo”), que son indicadoras de satisfacción elevada. Esto no ocurre en cuatro preguntas. Concretamente, en la P3 (“En la sala de espera, recibí información regularmente cuando había retrasos o imprevistos”) y P16 (“La duración total del tratamiento fue la prevista inicialmente y si hubo retrasos el odontólogo o profesional que me trataba supo explicármelo”), no alcanzan el 85 %. De manera análoga, las preguntas P4 (“Una vez en el box comprobé que todo estaba a punto para empezar a trabajar”) y P19 (“Durante las semanas y meses posteriores al tratamiento realizado he recibido los avisos previstos de la persona que me atendió y he notado su interés por mi situación”), solo llegan al 88 % y la suma de las categorías que reflejan mayor insatisfacción –categorías 1, 2 y 3- superan el 11%. Estos datos coinciden con la posición de estas preguntas en el gráfico Bland Altman (Figura 9) y la posición de las mismas en el gráfico de puntuaciones totales de las dos intervenciones (Figura 7). Su posición sugiere que son preguntas referidas al inicio (previo a la acogida por parte del odontólogo) y al final del tratamiento (tras evaluar los resultados), tanto en la primera y en la segunda intervención, y que muestran un cierto disconfort a la hora de evaluar esas fases del servicio. Es significativo que en algunas de estas preguntas se concentre el mayor número de comentarios negativos, registrados en el cuestionario, por parte de algunos pacientes, como se muestra a continuación:

Pregunta 16: *“Algunas veces, retrasos”; “Burocracia por pedir informes al médico de cabecera”; “Se tarda mucho”*

Pregunta 3: *“Una vez vine en vano porque no estaba apuntada la cita”*

Pregunta 19: *“Nunca he recibido avisos por parte de alumnos”*

Pregunta 18: *“Al manifestar con evidentes llagas, la catedrática contesta: esta prótesis está perfecta”*

Junto con las cuestiones P1, P14 y P18, los ítems P3, P4, P16 y P19 destacan por su baja puntuación global en el gráfico de dispersión (Figura 7).

Resulta, por tanto, de gran interés prestarles una especial atención a dichas cuestiones, por su relación directa con la desatención y, de forma indirecta, con la insatisfacción: la sala de espera (P3), la valoración del box (P4), la duración del tratamiento (P16) y la atención en las semanas posteriores (P19). En el otro extremo del gráfico, aparecen las cuestiones mejor puntuadas y que se refieren a la Acogida del paciente (P2, P5) y a las Expectativas finales (P15, P17), en las que las sumas de las puntuaciones de las categorías 4 y 5 es alta, así como en su puntuación global, precisamente en los dos momentos temporales específicos, y que los convierten en elementos de satisfacción (Rocha et al., 2017). Llama la atención que se valore especialmente bien la atención en Recepción, (P2) aunque existan varias reclamaciones en esa área y algún comentario en la encuesta (Pregunta 2: “Mucho tiempo, demasiado”).

b) Otro elemento a analizar corresponde a la divergencia entre la primera entrevista y la segunda. Una interpretación posible al análisis de la estabilidad temporal es que existen preguntas especialmente susceptibles de variar la respuesta entre una visita y otra, por lo que presentan menos concordancia, como son las preguntas que se concentran en el desarrollo de la intervención.

Concretamente, las cuestiones que presentan mayor divergencia son la P10 (“En todo el proceso, el odontólogo o profesional que me atendía no manifestó ninguna confusión y se le veía seguro”), la P11 (“No escuché comentarios sobre otras personas ni conversaciones fuera de lugar mientras me estaban atendiendo”) y la P13 (“En toda la clínica se notaba un ambiente de trabajo, profesionalidad y seriedad”), que pueden reflejar un cambio de actitud del personal sanitario fácil de detectar (Watanabe, et al., 2018). Más difícil de valorar es las diferencias de la pregunta 6 (“En la primera exploración el odontólogo o el profesional que me atendió me explicó mi situación de forma clara, con un lenguaje fácil y accesible”), de la que se esperaba cierta homogeneidad.

c) Un tercer elemento de análisis es la estructura secuencial del cuestionario, que parece verse confirmada por el análisis de componentes, y que sugiere la agrupación de las cuestiones en bloques temporales. De algún modo, esta distribución confirma la hipótesis inicial en el momento en que se diseñó la encuesta, posteriormente certificado por el análisis de componentes principales, y que muestra la existencia de 4 componentes:

1) La componente 1 parece concentrar la variabilidad (y, por tanto, la capacidad de valorar) de la satisfacción en la acogida inmediata del paciente, tanto por parte del personal administrativo como del profesional que le va a atender. Especialmente quedan reflejadas en el tramo de cuestiones de P5 a P8. Las cuestiones P1 y P2 parecen analizar la acogida del paciente por parte del servicio clínico, sin contacto directo con los profesionales.

2) La componente 2 parece reflejar el grado de satisfacción con las expectativas del paciente y su cumplimiento, que también podríamos interpretar

como evaluación de resultados y su seguimiento. Aparecen vinculadas al tramo de cuestiones de P15 a P19.

3) La componente 3 refleja, de una manera más difusa, el grado de satisfacción con el desarrollo de la intervención en sí misma, independientemente del trato recibido o las expectativas de curación. Se corresponden con el tramo de cuestiones entre P10 a P13

4) La componente 4 parece centrarse en la pregunta 3, referida al proceso de atención en sala de espera, desconectada de la componente 1 y 2.

Los resultados del análisis de componentes principales manifiestan cierta concordancia con la matriz de correlaciones de Spearman, por lo que se puede interpretar que cada componente analiza alguna dimensión común en el conjunto del cuestionario y permite agrupar las cuestiones según unas fases o bloques temporales: Acogida y explicación del tratamiento (P1-P2 y P5-P8, sugerido por la componente 1); Desarrollo de la intervención (P10-P14, sugerido por la componente 3); Expectativas y finalización del tratamiento (P15-P19, sugerido por la componente 2). La componente 4 recoge la variabilidad de la cuestión P3 que, de nuevo, sugiere un aspecto aislado y puntual de todo el proceso, especialmente relacionado con la atención recibida en la sala de espera. El gráfico de dispersión de las componentes 1-2 y 2-3 permite apoyar estas sugerencias: los ítems del bloque Acogida (P1-P2 y P5-P8) y el bloque Expectativas (P15-P19) se hayan relativamente concentrados, mientras que el bloque de Desarrollo (P10-P14) se hayan más dispersos (Figura 10 y 11).

La existencia de 4 componentes permitiría asignar a cada paciente una puntuación factorial, un valor para cada componente. De este modo pueden distribuirse los 80 pacientes en un gráfico de dispersión donde los dos ejes de

coordenadas se corresponden, por ejemplo, con los aspectos asociados a cada componente.

Esto permite representar en el plano, por ejemplo, las dos primeras componentes (componente 1 -ACOGIDA-, y componente 2 -EXPECTATIVAS-) y observar la distribución de los pacientes. El resultado refleja la concentración de

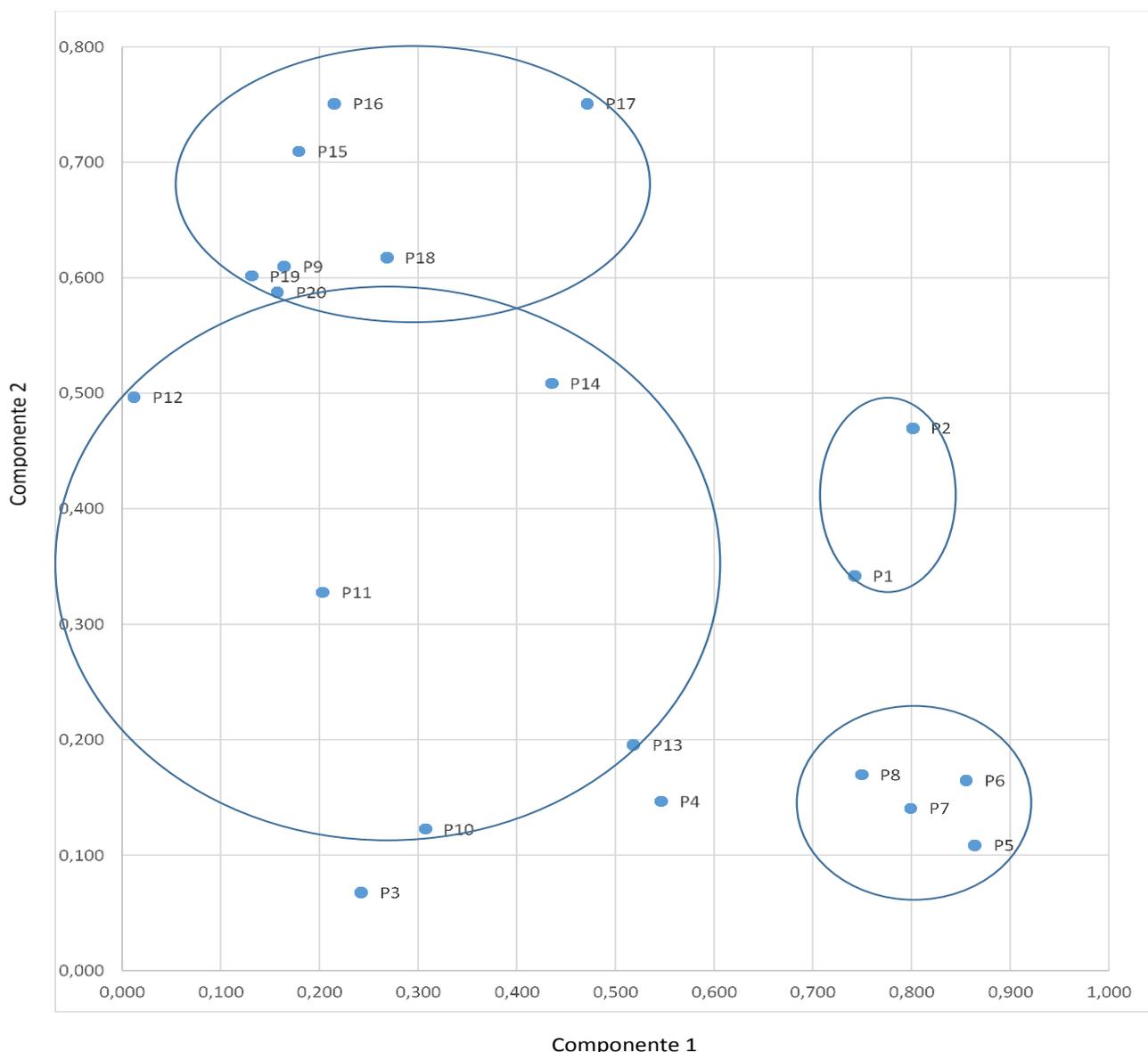


Figura 10: Distribución de los ítems según los valores rotados para las componentes 1 y 2

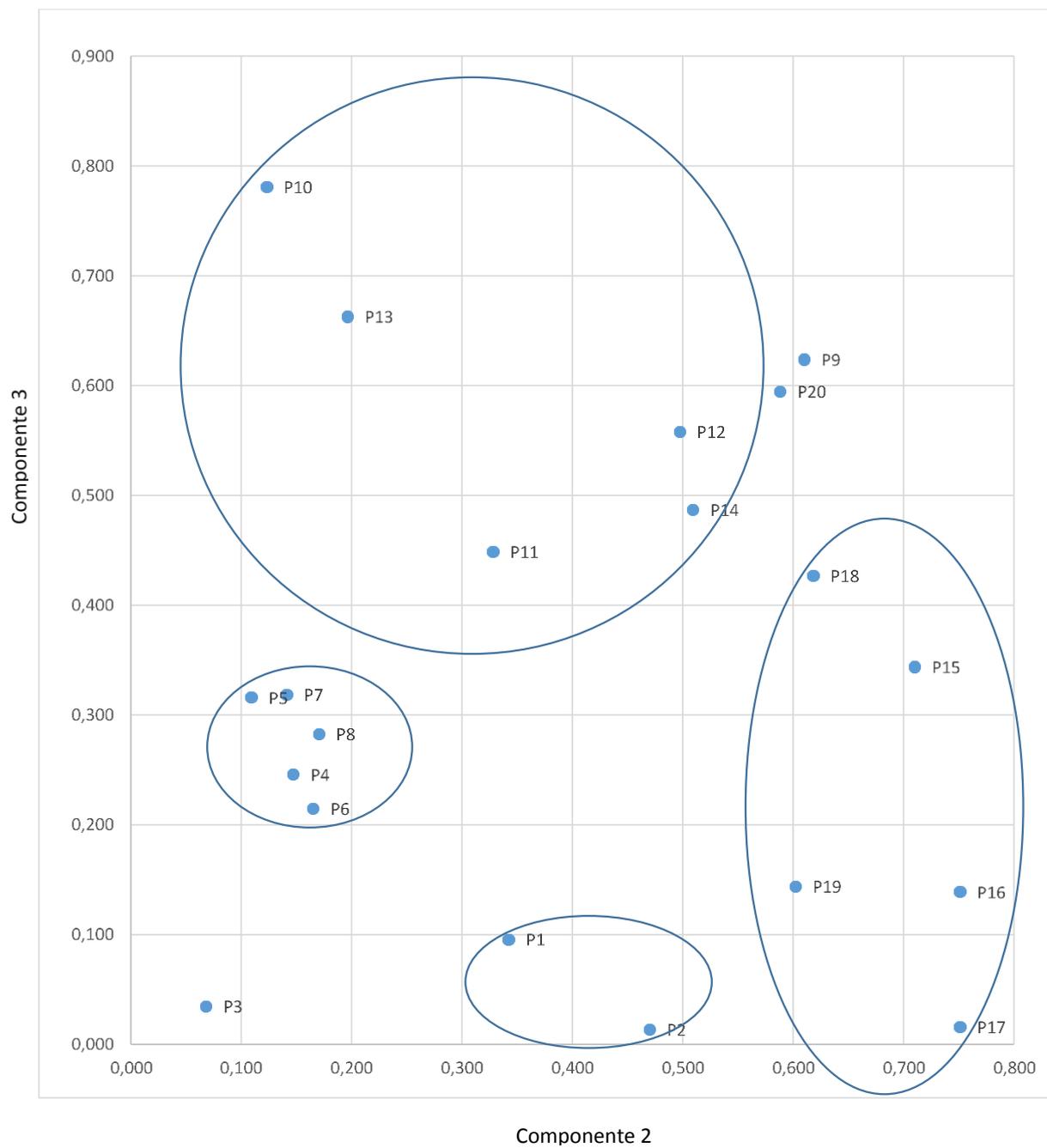


Figura 11: Distribución de los ítems según los valores rotados para las componentes 2 y 3

la mayoría de los pacientes en la zona positiva de ambos factores, mostrando de forma destacada a aquellos pacientes que valoran de manera negativa un factor u otro (Figura 12).

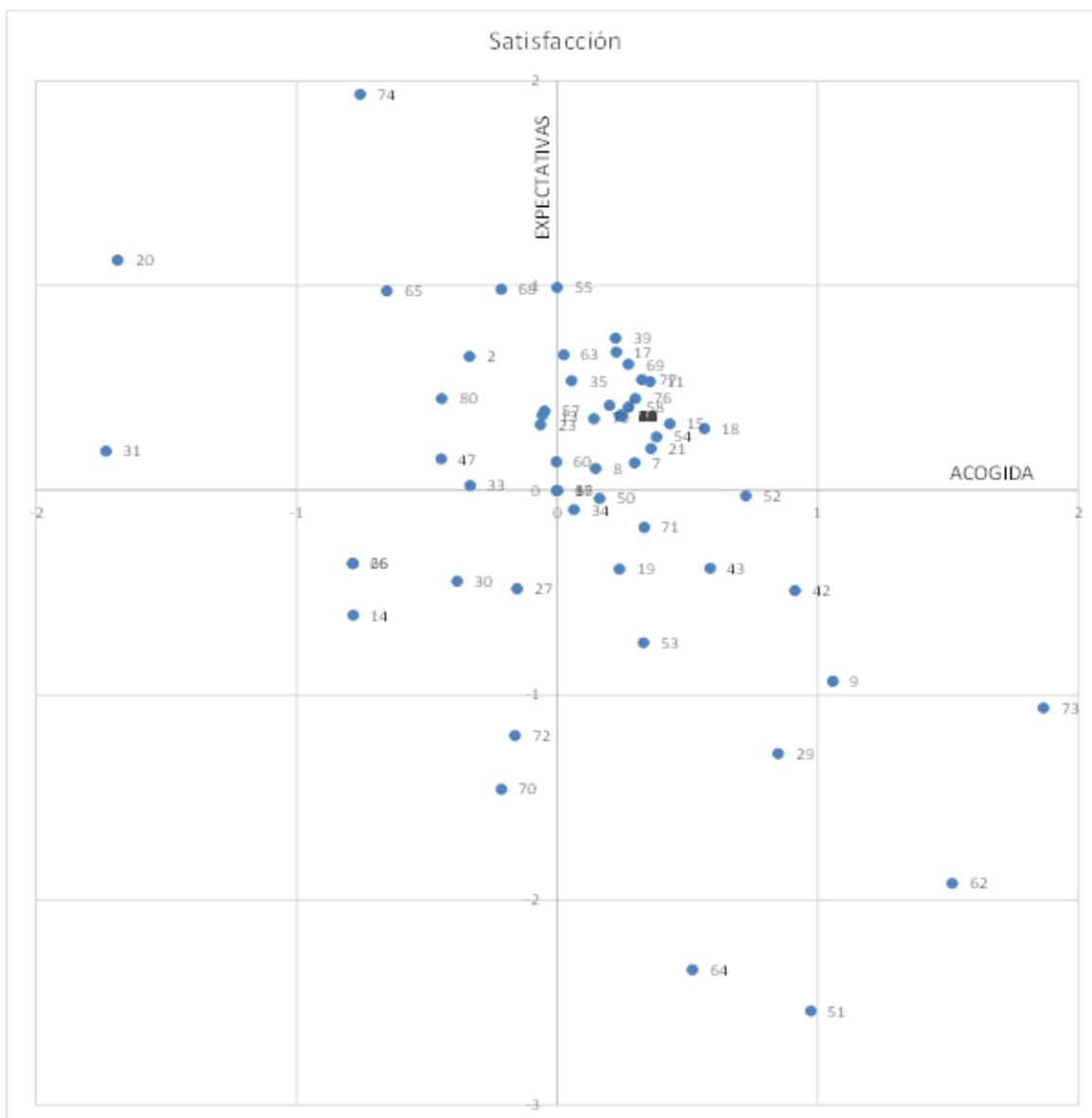


Figura 12: Distribución de los pacientes según sus valores en la componente 1 (ACOGIDA) y 2 (EXPECTATIVAS)

El cuestionario parece eficaz a la hora de valorar la satisfacción, de manera que permitiría ágilmente valorar tanto el grado de satisfacción de los pacientes como detectar en qué aspectos se ha optimizado el servicio o en qué aspectos se

debe mejorar o vigilar. Esto queda reflejado, como hemos comentado, en los gráficos de dispersión de los 80 pacientes tanto de las puntuaciones globales de las dos entrevistas (Figura 8) como en el gráfico de las componentes principales (Figura 12), ofreciendo una visión rápida de la situación de la satisfacción de la muestra empleada a partir de dos criterios de distribución: la satisfacción acumulada, en el primer caso (Figura 8) y las causas de la satisfacción, en el segundo (Figura 12). En el caso de la distribución por componentes, resulta sencillo observar que un total de 32 pacientes, sobre 80, no alcanzan los óptimos de satisfacción, por déficit de Acogida (9), de Expectativas (11), o de ambos (6).

Asimismo, esta interpretación permite agrupar las 20 cuestiones en tres bloques (Figura 13) que se asemejan moderadamente bien a los bloques de preguntas de estructura temporal inicialmente sugeridas, en la que las cuestiones estudian la satisfacción del paciente siguiendo el proceso habitual de un tratamiento. Los límites entre los supuestos bloques o grupos son difusos, por lo que algunas preguntas (P4, P9, P14) presentan cifras similares en dos componentes y no quedan enmarcadas con exactitud en un bloque u otro, por lo que parecen reflejar áreas de tránsito entre ellos.

En cuanto a la pregunta 20, que analiza la satisfacción global del paciente, podría situarse cercano al bloque de Expectativas. Su mayor correlación con la pregunta 9 y la 12 puede indicar que el mayor grado de satisfacción radica en el trato adecuado y personalizado con el profesional, más que los resultados finales del tratamiento o la recepción. En cuanto a la extrema posición de la pregunta 3 (valores bajos en las componentes 1, 2 y 3 y elevados en la componente 4) parece sugerir una mayor vinculación con la insatisfacción generada por el periodo en que

se permanece en la sala de espera, que aparece desvinculada del resto de la estructura del constructo.

ACOGIDA	1	La atención telefónica fue ágil y precisa
	2	La atención en la Recepción de la clínica fue amable y escucharon mi problema sin prisas
ESPERA	3	En la sala de espera, recibí información regularmente cuando había retrasos o imprevistos
ACOGIDA	4	Una vez en el box comprobé que todo estaba a punto para empezar a trabajar (instrumental, higiene, ventilación, etc)
	5	Cuando comencé a explicar mi situación, el odontólogo o profesional que me atendía me prestó atención y me dejó hablar sin interrupciones, generando un clima de confianza
	6	En la primera exploración el odontólogo o el profesional que me atendió me explicó mi situación de forma clara, con un lenguaje fácil y accesible
	7	Cuando el odontólogo o profesional que me atendía me planteó la solución a mi problema, me expuso una o varias posibilidades de manera comprensible, con sus ventajas e inconvenientes, ofreciendome la información que yo requería (tiempo, precio orientativo, posibles molestias, etc)
	8	Tuve la posibilidad de manifestar mi opinión sobre los tratamientos propuestos, me aclararon todas las dudas y pude elegir el tratamiento más adecuado a mi situación
DESARROLLO	9	El odontólogo o profesional que me atendía se preocupaba por mí, antes, durante y después de la intervención, preguntando con frecuencia por mi estado.
	10	En todo el proceso, el odontólogo o profesional que me atendía no manifestó ninguna confusión y se le veía seguro.
	11	No escuché comentarios sobre otras personas ni conversaciones fuera de lugar mientras me estaban atendiendo
	12	Cuando me comunicaban alguna incidencia imprevista lo hacían de forma positiva y ofreciendo la solución más adecuada o pidiendo disculpas
	13	En toda la clínica se notaba un ambiente de trabajo, profesionalidad y seriedad
EXPECTATIVAS	14	Durante todo el tratamiento percibí la coordinación de los diferentes equipos de profesionales que me atendieron
	15	El tratamiento se desarrolló según me habían explicado y si notaba algún tipo de molestia podía avisar inmediatamente
	16	La duración total del tratamiento fue la prevista inicialmente y si hubo retrasos el odontólogo o profesional que me trataba supo explicármelo
	17	En el momento de concretar el tratamiento y el presupuesto final, lo recibí por escrito y estuve de acuerdo con todo lo previsto
	18	Cuando tuve que manifestar un desacuerdo y/o algo que no me pareció adecuado, me explicaron las incidencias con paciencia y se disculparon por los posibles errores cometidos
	19	Durante las semanas y meses posteriores al tratamiento realizado he recibido los avisos previstos de la persona que me atendió y he notado su interés por mi situación
GLOBAL	20	Estoy satisfecho/a con mi tratamiento y el trato recibido

Figura 13: Interpretación de los bloques de ítems sugeridos por el análisis de componentes principales.

d) La encuesta plantea una nueva pregunta: ¿por qué la satisfacción es alta al inicio de la sesión y disminuye a lo largo del tratamiento? Al observar los porcentajes de las categorías y las puntuaciones globales en las dos intervenciones en cada bloque, suman una puntuación mayor el bloque de “Acogida” (P5-P8) que las mostradas en el bloque de “Desarrollo” (P10-P13) y estas, a su vez, son mayores que la puntuación de “Expectativas” (P15-P18), sugiriendo que la satisfacción disminuye conforme se desarrolla el tratamiento. La explicación puede ser, sucintamente, que la percepción de empatía está vinculada a la misma praxis de intervención, de modo que a medida que se recibe el tratamiento, la sensación de bienestar disminuye (Rocha et al., 2017). Consideramos que no es por falta de pericia de los profesionales, por lo que solo podemos elucubrar la existencia de una correcta comunicación en la acogida del paciente, generando el elemento clave de la confianza, y un progresivo deterioramiento de esa confianza, por ausencia de una correcta comunicación al final del proceso. El análisis de estos resultados sugiere estudiar con detalle estas dimensiones humanas, vinculadas al factor relacional, que pueden explicar gran parte de las observaciones (Ebn Ahmady et al., 2014).

6.3 - Análisis del elemento “comunicación”

Fones et al. (1998) señala que las cualidades humanísticas del médico son especialmente valiosas para los pacientes, y la comunicación forma parte de estas cualidades. Una de las mayores necesidades del paciente es ser comprendido y reconocido y su traducción en el ámbito de las competencias profesionales es la necesidad de que los médicos adquieran facilidad para mostrar preocupación por sus pacientes (Tates & Meeuwesen, 2001; Tsiantou et al. 2013). Como se exponía

al inicio de la investigación, la relación de empatía marca la futura satisfacción y el primer elemento de dicha empatía es la capacidad de comunicar.

El hecho es que las preguntas iniciales hacen referencia a la capacidad de comunicación - P1 a P3, P5 a P9 y P12-, y se corresponde con una mayor puntuación global en la encuesta. Aunque no todas las preguntas de este bloque presentan una correlación clara con la pregunta 20, la P9 y P12 son las que presentan correlación mayor. Coincide con el momento en que el paciente valora las explicaciones y el trato verbal recibido, antes de iniciar cualquier intervención. Esto podría explicar que la satisfacción se manifieste más alta al inicio del tratamiento y decaiga en su desarrollo posterior.

El factor comunicación se revela crucial en este ámbito (Epstein et al., 1993). Según Jones & Huggins (2014) la diferencia entre la comunicación instrumental (o mera información) de la comunicación afectiva (emocional) es importante, siendo la clave de la empatía. Esta última consigue incrementar la satisfacción del paciente, su adhesión al tratamiento y una motivación para el mantenimiento posterior de la salud oral. Ciertamente, una buena comunicación es muy importante para conseguir la motivación de los pacientes. Para ello los odontólogos deben formarse en esta habilidad, pues, cuanto mejor formación se tenga en este ámbito mejor se podrán tratar todas las situaciones en clínica tanto positivas como negativas. Además, debe tenerse en cuenta, como señalan algunos autores, que las decisiones de los pacientes están más influidas por la relación con su dentista que por factores como el tiempo, el acceso y el coste (Rouse & Hamilton 1990; Kalsi & Hemmings 2013; Scambler et al., 2016).

Estos autores señalan la necesidad de reforzar el valor de la comunicación para mejorar las actitudes de los pacientes hacia el mantenimiento de su salud oral, por ser la base de la odontología centrada en el paciente (Rouse & Hamilton 1990; Kalsi & Hemmings 2013; Scambler et al., 2016). No es extraño, dadas las consecuencias bien conocidas de la ausencia de comunicación. Una de estas consecuencias es la falta de adherencia terapéutica, es decir, la falta de confianza del paciente en su propio tratamiento y su curación. Britten et al. (2000), muestran que la falta de adhesión terapéutica por parte del paciente se origina en este déficit de comunicación, que incluye la incomprensión del diagnóstico y del tratamiento establecido. También señalaban la falta de exploración de las expectativas de los pacientes y que las conjeturas y supuestos estaban relacionados con dicha falta de adhesión al tratamiento (Macdonald et al., 2015). En esta misma línea, Wong et al. (2018) investigaron los factores que influyen en la satisfacción en relación con el tratamiento de ortodoncia en adultos, destacando que la comunicación efectiva fue el tema más dominante. Las explicaciones durante el tratamiento y la capacidad de los profesionales para hacer que los pacientes se sientan involucrados en su propio cuidado fueron cuestiones relacionadas con este aspecto. Según otro estudio (Masahiro et al., 2007), los resultados del análisis de decisiones indicaron que la "comunicación con el dentista" era el factor más importante para la satisfacción general. Por ello, la formación en materia de comunicación del personal implicado resulta de especial importancia. Se puede dar la paradoja de que el deseo de buscar el bien del paciente por parte del odontólogo sea real y objetivo, pero por una deficiente comunicación puede no traducirse en un clima de confianza.

Esto nos lleva a plantear la imperante necesidad de implementar estrategias educativas sobre la comunicación con el paciente (Hamasaki et al., 2011), pues los protocolos de las entrevistas clínicas resultan claramente insuficientes. Como señala Hernández-Torres et al. (2006):

“La anterior situación, enfatiza la necesidad de una enseñanza formal y sistematizada en comunicación; por otra parte, basándonos en la premisa de que la comunicación puede ser enseñada, y que es una función central que no debiera ser relegada por más tiempo, debemos encaminarnos hacia una comprensión más profunda de ella, para tratar de acompañar responsablemente al paciente durante todas las fases que implican la recuperación y conservación de su salud. Es probable que para el logro de esta tarea educativa se requiera más que una simple capacitación técnica, seguramente se requiere de toda una filosofía y abordaje desde diversas perspectivas del saber humano para poder obtener un compromiso más real y responsable del médico con su paciente”.

El objetivo final de dicha comunicación no puede ser otro que crear un elemento vinculado a la benevolencia y la comunicación, es decir, generar el clima de confianza imprescindible para la eficacia del tratamiento odontológico (Yarborough, 2015). Este análisis no tendría fundamento si no se relacionase con aquellos hábitos que se orientan hacia el bien de la persona, es decir, la virtud, que en el ámbito de la comunicación se concreta en el desarrollo de la prudencia, la veracidad y la paciencia.

6.4 - Análisis del elemento “confianza”

Otro conjunto de preguntas hace referencia al trato recibido durante la intervención, donde la comunicación es menos relevante. Se trata de las preguntas P10, P11, P13 y P14. Su correlación con la P20 es moderada, mientras su puntuación global proporciona unos valores intermedios. Presentan cierta correspondencia con el bloque de “Desarrollo”, en la que el paciente pasa a ser un elemento pasivo y solo puede esperar el buen hacer del odontólogo, su habilidad. De todo lo anterior se desprende que la base de cualquier intervención clínica y su éxito también se fundamenta en la confianza en dicha pericia. En este sentido, la literatura indica que esa dimensión, la confianza, está relacionada con el aumento del grado de satisfacción del paciente y el profesional, así como con los buenos resultados clínicos (González Martínez et al., 2015)

¿En qué consiste la confianza? La pregunta resulta pertinente ya que para algunos equivale a simpatía, o empatía (González Martínez et al., 2015) y, si bien puede incluir estos aspectos, la confianza tiene mayor calado antropológico y ético. La confianza está relacionada con la constitucional vulnerabilidad o limitación humana. Nadie puede dominar por completo las situaciones que se presentan en la vida, determinada por una serie de condiciones que no han sido elegidas. Confiar es un acto humano libre referido a las personas, es abandonarse a alguien no a las cosas. Nos fiamos del cirujano, no del bisturí (Martínez et al., 2017).

La confianza es algo natural en el hombre. Ante la autonomía absoluta defendida hoy en día, la confianza no es un invento, sino un rasgo y una actitud imprescindibles en la vida humana. De ahí que se pueda afirmar -como explica Spaemann- que todos los hombres dependen de la cooperación (Spaemann, 2000). Lo que se aprende no es la confianza sino la desconfianza. Más aún, en

esta línea de argumentación, Spaemann dirá que todos los hombres -al menos en cierta medida- deberían ser considerados dignos de confianza, y la desconfianza debería ser considerado un daño. En realidad, el ser humano debe su supervivencia y desarrollo a la confianza en las personas, instituciones y sociedades. Cuando falta, aparece la búsqueda de soluciones compensatorias en forma de prestaciones que precisan ser justificadas.

Si bien la confianza es un fenómeno personal, se observa en la literatura de ciencias sociales que el tema ha adquirido una significativa atención, debido a su crisis en organizaciones políticas, sociales y económicas. La confianza, en este ámbito, es una característica que aglutina a la sociedad, formando grupos sociales en los que los individuos alcanzan fines comunes. Es un hecho básico para la vida social y sin ella no seríamos capaces de construir vínculos y relaciones que mantienen el equilibrio y estabilidad de los ciudadanos y de las organizaciones. Desde esta perspectiva, crear confianza es crear eficiencia (Fukuyama, 1996; Escribano, 2008; Luhmann, 2016).

Pues bien, ante los beneficios y gratificaciones que aporta la confianza, surgen diversas cuestiones: ¿cómo conseguir esta confianza entre odontólogo y paciente?, ¿en qué se basa?, ¿qué perfil debe tener el dentista y cómo influye su formación ética y deontológica en ello? Luhmann, habla de cuatro condiciones para que se dé la confianza, condiciones que pueden considerarse como un refuerzo en la relación odontólogo paciente y un debilitamiento si no están presentes. La primera, el mutuo compromiso, que debe ponerse a prueba por ambas partes. La segunda, deben ser bien conocidas las situaciones en las que se va a poner a prueba tal compromiso. La tercera, la confianza solo puede ser ofrecida, nunca exigida, es decir, es siempre voluntaria. La cuarta, la confianza se gana con riesgo,

es decir, una de las partes acepta la oferta de confianza, lo que entraña una decisión por ambas partes (Luhmann, 2016).

Todas estas fases parecen tener su reflejo en el análisis de incidencias y en la encuesta de satisfacción: el deseo de bien y la buena comunicación generan el clima de confianza que es imprescindible en toda relación odontólogo- paciente. En el análisis de la encuesta no existe una medida de esta dimensión, pero parece quedar reflejada en los ítems que se relacionan y correlacionan con la cuestión 20. Las correlaciones implicadas se corresponden con las preguntas sobre el desarrollo de la intervención (P10, P11, P13, P14), posiblemente por estar vinculadas a los instantes en los que la confianza con el odontólogo se hace más patente, porque es lo único que se puede hacer en ese momento: confiar. De ahí que sea necesario fomentar hábitos que inclinen a generar dicha confianza, como son la afabilidad, la constancia y el deseo de justicia.

6.5. - Análisis del elemento “benevolencia”

La relación odontólogo paciente debe mostrar que la dimensión puramente clínica de un tratamiento es insuficiente, aunque el resultado clínico sea excelente, y debe poner mayor atención en la relación de subjetividad recíproca que se establece y que va más allá de lo meramente técnico. Este fenómeno es el que parece detectarse en las preguntas del bloque “Expectativas”, que hacen referencia a la valoración de lo recibido. Son las preguntas P15 a P19, en las que se pregunta por la concordancia entre lo prometido y lo realizado y, sobre todo, si la preocupación por el paciente se mantiene en el tiempo. Es decir, si realmente se desea el bien del paciente.

Implícitamente se detecta un problema conceptual sobre el bien del paciente, que puede no estar bien representado al iniciar o al terminar un tratamiento. Es el elemento que denominamos benevolencia, elemento que se presupone en cualquier profesión sanitaria, pero que puede resultar oscurecido ante la necesidad de la eficacia clínica, es decir, por los resultados. Es un concepto clave que configura su *ethos* más esencial, si bien se puede encontrar descrito como beneficencia o benevolencia. Ambos términos, hacer el bien (*bene facere*) y querer el bien (*bene volum*) difieren entre sí en cuanto acto externo y acto interno. La beneficencia es la ejecución de la benevolencia relacionada directamente con la justicia. Sin ella no podría existir, pero no se agota en la mera justicia. Es común afirmar que la benevolencia ha de ser una característica de la personalidad del médico, pues predispone al paciente a colaborar con el médico, confiando en lo que él le propone hacer, para llegar al diagnóstico y establecer el tratamiento. Los pacientes aprecian y reclaman esta actitud en los médicos, les induce a asumir una obligación moral, en un doble sentido, en cuanto competencia técnica, desde el punto de vista de conocimientos y habilidades específicas, y en cuanto compromiso moral de servir bien al paciente (Roqué-Sánchez, 2007). Cuando el paciente no encuentra en el profesional ese rasgo característico de la relación, hay una alta probabilidad de que se vea comprometida la confianza.

Conviene recordar que, a través de la historia de la asistencia sanitaria, el compromiso de beneficencia y benevolencia del profesional médico se ha mantenido por encima de las diferentes culturas y conflictos sociales, económicos, políticos e ideológicos hasta el siglo XVIII. A partir de entonces, la beneficencia fue considerada como una dominación moral por parte del médico que debía ser sustituida, o al menos contrarrestada, por la autonomía del enfermo. En la

actualidad, este concepto de beneficencia ha perdido contenido y es entendida como la obligación moral de actuar en beneficio de otros (Roqué- Sánchez, 2007; Arango-Restrepo, 2009). En este caso, la satisfacción sugerida en la pregunta 20, aparece correlacionada moderadamente con las preguntas del bloque final, P15-P19.

Para poder tratar a cada paciente de modo personalizado es necesario que el médico reúna unas condiciones precisas y las exprese a través de actitudes de benevolencia, beneficencia, veracidad, confianza y cooperación (Laín Entralgo, 1964), como características de la amistad médica. De ahí que el trato personal poco adecuado o la praxis inapropiada se produzca en todas las áreas clínicas, si bien los datos aportados por las especialidades de Integrada y de Restauradora ofrecen valores más elevados, tanto en reclamaciones como en incidencias. Las incidencias del grado de Integrada parecen más fáciles de explicar, por la inexperiencia del estudiante, pero no es así de evidente en el caso del máster de Restauradora. Una posible explicación tiene que ver con el mayor número de alumnos en los programas de máster y, en consecuencia, mayor número de visitas atendidas y de incidencias, quizás debida al cansancio, como comentamos más arriba. También hay que tener en cuenta que, los casos clínicos de Restauradora son más largos, por lo que se generan una serie de expectativas, por parte de los pacientes, en cuanto a resultados estéticos y funcionales que no siempre son alcanzados. Esto produce fatiga al paciente y a veces al propio clínico, por lo que la relación puede deteriorarse.

Todo ello sugiere que los hábitos asociados al deseo del bien al paciente se relacionan con la sabiduría de entender lo que es el ser humano, su dignidad, por encima de las inclinaciones o intereses personales (Andorno, 1998).

Una mayor frecuencia de incidencias y reclamaciones relacionadas con estos tres aspectos -comunicación, confianza y benevolencia- reflejarían el no haber asumido con hechos que el fundamento de cualquier intervención es buscar y desear el bien del paciente. Pensamos, por tanto, que es la competencia fundamental a reforzar en los estudiantes de Grado y Máster, a pesar de que el porcentaje de incidencias y reclamaciones sea muy bajo en relación a las visitas del mismo período. Aquí, los hábitos que acompañan al deseo de bien se relacionan más con la sabiduría de entender lo que es el ser humano, sus dimensiones, por encima de las inclinaciones o intereses personales.

6.6 - El factor relacional como elemento de satisfacción

En el proceso de análisis de las incidencias y de las respuestas al cuestionario se abre paso la idea de que el factor relacional entre odontólogo paciente adquiere dimensiones de mayor trascendencia que hasta ahora no estaban totalmente determinadas. Y es en estas dimensiones (benevolencia, comunicación, confianza) donde la ética de la profesión puede aportar todo su potencial (Rocha et al. 2017). Por ejemplo, la observación de que parte de las quejas procedan de ámbito administrativo conduce a la conclusión de que es un área de mejora permanente y que afecta a la dimensión relacional, por ser el primer y último contacto con el paciente. La observación de que la praxis inapropiada por parte de los estudiantes, tanto de máster como de grado, sugiere otro campo de mejora que no acepta dilaciones, y este hace referencia a la dimensión de benevolencia que se espera de todo profesional sanitario (Kruse et al., 2020). El hecho de que el cuestionario detecte una etapa de insatisfacción en el transcurso de un tratamiento y que se concentra en la sala de espera, también lleva a

plantearse posibles mejoras en la acogida del paciente y que hace referencia a la presencia o ausencia de una correcta comunicación. La observación gráfica de que el 33% de los pacientes puedan considerarse insatisfechos por la Acogida o por las Expectativas o por ambas, nos inclina a establecer medidas para paliar esas cifras y reducirlas (Rai et al., 2019; Rajput et al., 2020).

Es necesario que el odontólogo, además de proporcionar información sobre el tratamiento, demuestre su interés por el paciente, que utilice un lenguaje comprensible, palabras sencillas, y transmita la serenidad necesaria para que el paciente pueda decidir por sí mismo. Hay autores (Scambler et al., 2016) que sugieren que la atención centrada en el paciente consiste en prestar una atención humana, con buena comunicación y toma de decisiones compartida. Sin embargo, destaca la ausencia de trabajos que evalúen estos conceptos empíricamente o los relacionen con la práctica (Watanabe et al. 2018) Todo ello conduce a una visión de mayor perspectiva sobre el desarrollo de la profesión odontológica. Las mejoras posibles que deben establecerse comienzan por implementar una nueva mentalidad, y por tanto una nueva instrucción, que lleve a desarrollar habilidades más relacionadas con la virtud que con la técnica clínica (Tuononen et al. 2016; Yoshida et al., 2021).

Es en la relación médico-paciente donde todos los valores se proyectan en la persona como razón de ser de la profesión médica. Estos valores hacen de dicha relación una relación de compromiso, basada en la benevolencia, la confianza y la comunicación. Todo ello transmite seguridad y, sobre todo, genera una relación amistosa, con base en la evidencia científica, pero incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad (Martínez et al., 2017). Escuchar al paciente nos permite introducirnos en su intimidad y comprenderlo mejor como persona, por ello, la

relación médico-paciente se constituye como un pilar fundamental en la defensa de la persona (Partido & Stafford, 2018).

6.7 - La implementación de competencias éticas en la praxis odontológica

Todo ello nos lleva a plantear la necesidad de retomar las humanidades y la ética en la formación médica, estableciendo contenidos que permitan formar en valores, para después aplicarlos en la práctica clínica con pacientes. Este planteamiento general en la relación sanitaria se recoge también en la Odontología, donde todavía se observa la ausencia de una argumentación más humanista y menos técnica en los programas académicos. Es el momento de redimensionar y cuestionarnos las competencias éticas de los profesionales y de los estudiantes (Yoshida et al., 2021).

Algunos autores aconsejan incorporar en los currículos de odontología la materia de ética. En un estudio realizado por Zemel & Miguel (2012), los autores concluyen que los alumnos de odontología del grupo de estudio incrementaron sus conocimientos y su criterio ante conflictos éticos respecto al grupo control. Scambler et al. (2016) presenta una revisión sistemática de cómo definir la atención centrada en el paciente, y lo identifica como atención de buena calidad, integral, tanto en el estricto ámbito clínico como en el ámbito humano de atención global, en todos los aspectos del tratamiento al paciente. El apartado de atención humana al paciente es donde se identifica una buena comunicación y una toma de decisiones compartida. En el estudio de Jones & Huggins (2014) se analiza la empatía en la comunicación y concluyen que se debería introducir la formación en este aspecto en la docencia de grado.

Otros autores tratan este tema en referencia a casos concretos, por ejemplo, el uso de los tratamientos mínimamente invasivos (Kaidonis et al., 2013) proponen el aprendizaje con equipos coordinados de especialistas en tratamientos de mínima invasión, así como la visión de la comunicación y empatía con el paciente, que se convierte en el centro del tratamiento. Animan a la formación integrada con aprendizajes de comunicación estructurada, para llegar más al paciente y conseguir la motivación adecuada, ya que el tratamiento menos invasivo es la prevención que se inicia con el propio paciente.

Otro ejemplo es el caso de los niños, donde la primera experiencia en la consulta dental es clave para su continuidad en las visitas posteriores, por lo que la gestión de la ansiedad de los niños es determinante en esta primera visita y en las sucesivas (Yee et al., 2017). Jones & Huggins (2013) presentan algunas herramientas que aportan directrices para el enfoque de las visitas de pacientes infantiles, ayudando a obtener habilidades en la empatía y el trato al paciente describen cómo la comunicación adecuada, con un lenguaje asequible a los niños y a los familiares, ayuda mucho a la disminución de la ansiedad en unos y en otros.

Otro de los principales retos en los tratamientos o cuidados centrados en el paciente, es el conocer las inquietudes en las diferentes etapas de la vida. Algunos autores como (Brocklehurst et al., 2015) ponen de relieve la importancia de conocer sus opiniones en una entrevista para poder tener una mejor atención a los diferentes colectivos. Estos autores orientan sus estudios hacia el conocimiento para atender mejor a los pacientes mayores, algo que solo se puede hacer si conocemos su perspectiva, ya que en esta etapa de la vida es fundamental profundizar aún más en la prevención primaria y secundaria, a fin de que en las edades avanzadas puedan conservar la función oral (Amini et al., 2021). Hay

pautas de comportamiento que son incuestionables y generalizables, como el trato respetuoso o la utilización de vocablos adecuados a la situación y comprensibles para el paciente. Sin embargo, hay algunos aspectos que afectan de forma importante a la salud del paciente y que a veces son poco valorados. Así, por ejemplo, Inglehart et al. (2016) aporta un estudio en que relaciona la fidelidad a las visitas y al tratamiento en función del tiempo de espera para ser atendidos y, de forma indirecta, en función de la comunicación con el paciente y atención recibida. Los pacientes que han soportado más tiempo de espera (como revela la encuesta en la cuestión P3) son menos colaboradores, y esto es muy importante, ya que para el mantenimiento de la salud oral es imprescindible la colaboración diaria con las normas de higiene prescritas. De no efectuarlo, la aparición de patologías orales y con posible repercusión en la salud general pueden incrementarse.

Es obvio que en la comunidad científica de ciencias de la salud existe una inquietud creciente en centrar la atención de toda intervención en el paciente, aspecto derivado de la dimensión ética de las ciencias, por lo que debería incorporarse de una manera eficaz en los programas de estudio de las facultades de odontología (Javed et al., 2021).

6.8 – Orientaciones para el diseño de un plan de mejora

Teniendo en cuenta estos resultados, es posible plantear algunas sugerencias dirigidas a establecer un plan de mejora que implique todas las dimensiones analizadas:

a) Es especialmente importante cuidar la comunicación continua con el paciente a lo largo de todo el tratamiento, pero especialmente en la sala de espera y en la finalización del mismo (Inglehart et al. 2016). Establecer un protocolo que

prescriba la información cada 10-15 minutos al paciente en espera, informando del retraso, las incidencias y la previsión, incluyendo las disculpas, fortalecería la sensación de satisfacción del paciente, dando un inicio a la relación de confianza con la institución que le acoge (Dopeykar et al., 2017). Del mismo modo, una comunicación íntegra de la intervención a medida que finaliza el tratamiento, con la información precisa de lo realizado o lo no realizado, sus consecuencias y consejos, reconduciría cualquier evento negativo que pueda haber surgido en la intervención (dolor residual, cansancio, imprevistos).

b) La satisfacción global parece estar vinculada especialmente al trato recibido antes de comenzar la intervención, de la confianza generada durante la intervención y del cumplimiento de las expectativas generadas después de la intervención. Si bien la buena comunicación se debe extender a todo el proceso, se hace imprescindible al comienzo del tratamiento. Del mismo modo, la confianza exigible en todo el tratamiento se hace imperiosa durante el desarrollo de la intervención, por ser el momento de máxima vulnerabilidad del paciente, donde no tiene capacidad de respuesta, y donde se refuerza con la pericia profesional. La benevolencia, por último, permea todo el proceso, pero debe traslucirse especialmente al final del mismo, una vez se han establecido los vínculos más estables profesional-paciente y donde el odontólogo ha mostrado su capacidad de compromiso con el paciente. Convendrá establecer protocolos que vigilen el aprendizaje de habilidades para dar cumplimiento a dicho objetivo: maneras de recibir al paciente, cumplimiento del Consentimiento Informado, mostrar cercanía durante el desarrollo, demostrar la benevolencia en las previsiones y en el seguimiento.

c) Es conveniente reforzar, en la didáctica académica, los elementos que facilitan la adquisición de las habilidades de comunicación y empatía con los pacientes, partiendo de una base teórica sobre la virtud humana y la dignidad, y desarrollando los elementos concretos que se deben potenciar o corregir en cada intervención. Dichos elementos son el sustrato metafísico de la persona, el concepto de naturaleza humana, la teoría de la acción moral y sus elementos, el ejercicio de la virtud, especialmente de la prudencia, y el desarrollo de la conciencia individual. Se propone una intervención más directa de los profesores a la hora de valorar la dimensión relacional de los alumnos, de manera similar a la valoración de cada intervención clínica, dejando registro de lo positivo, de lo negativo y de lo mejorable en trato con el paciente (Javed et al., 2021). Para eso es necesario concienciar al profesorado sobre este aspecto.

6.9. - Limitaciones

La primera limitación corresponde al mismo fenómeno que tratamos de investigar, la satisfacción humana, unos de los aspectos más etéreos del dinamismo humano. Esta dificultad viene reflejada en los resultados inmediatos de las encuestas, que a veces son coherentes y otras veces son confusos. De ahí la importancia de valorar la viabilidad del cuestionario, es decir, calibrar las dificultades que pueden presentarse a la hora de contestar rasgos propios de la intimidad, que no siempre son conocidos ni siquiera por el mismo interesado.

Si bien se ha mantenido la confidencialidad de la encuesta, no está asegurada la firmeza de las respuestas de los pacientes, especialmente cuando se plantean preguntas que afectan a sus opiniones. Igualmente, a algunos pacientes les resultaba difícil responder en un papel, por lo que parte de las recomendaciones

recibidas se dirigen a transformarlo en un cuestionario digital, que pueda contestarse online. Otro elemento de distorsión a tener en cuenta es la longitud de las expresiones, que induce a leer rápido y no facilita la veracidad de las respuestas. También se ha planteado el intervalo de tiempo empleado para repetir el test, pues un período demasiado largo ha dificultado su solidez, ya que la posibilidad de modificaciones en la opinión aumenta con intervalos más amplios.

Aunque se ha tratado de construir un cuestionario de respuestas positiva no siempre se han entendido bien algunas preguntas. Algunos pacientes no sabían responder y ha sido necesario eliminar esos datos. También se pretendía realizar un análisis sociodemográfico de las respuestas, pero detectamos que, sorprendentemente, no son datos que los pacientes faciliten de forma espontánea y no todos han completado esta información. De ahí que los análisis realizados con los datos disponibles están lejos de ser definitivos.

No se ha abordado la responsabilidad que puedan tener los profesores e instructores en la implantación de las nuevas habilidades en los futuros odontólogos. Para ello sería imprescindible un tipo de cuestionario dirigido a los estudiantes y a los docentes, lo que sería parte de una futura investigación.

7. CONCLUSIONES

Esta tesis parte de la intención de mejorar el ejercicio de la Odontología, entendida como servicio a la persona en todas sus dimensiones (físicas, psicológicas, espirituales), que le confieren una unidad ontológica. Para ello, la investigación ha tratado de conectar la fundamentación antropológica y ética con el análisis empírico, por medio de unos objetivos específicos y un método operativo. A partir de dichos objetivos y los resultados obtenidos, podemos establecer las siguientes conclusiones:

7.1 – El análisis de las incidencias vinculadas al factor relacional muestra que el porcentaje de incidencias es bajo (0, 24%), teniendo en cuenta el número de visitas atendidas en dicho período 2017-2018 (397 incidencias/reclamaciones sobre unas 161.973 intervenciones). Estos datos se consideran positivos, e inducen a investigar cómo afectan, en este resultado, la formación integral que se imparte a los alumnos. Al diferenciar entre errores deliberados o no deliberados, no se observan diferencias significativas entre grado, máster o residencias clínicas, pero se detectan ciertas diferencias en las reclamaciones de las áreas no-clínicas. El origen de dicho conflicto parece estar relacionado con la empatía en la acogida, una deficiente comunicación o la sensación de no ver cumplidas las expectativas, sugiriendo una problemática que tiene que ver con la manera de tratar al paciente, más que con el resultado clínico.

7.2 – El cuestionario específico FO-UIC muestra la validez y la fiabilidad de una óptima herramienta psicométrica. El cuestionario tiene una consistencia interna

excelente (alfa 0.9) y su estructura sigue una secuencia temporal, desde la recepción del paciente hasta la finalización del tratamiento. Dicha estructura permite detectar en qué momentos del trato con el paciente son susceptibles de mejora, teniendo en cuenta los agentes que intervienen: el personal administrativo, el equipo de estudiantes y los docentes. El análisis estadístico de las respuestas permite diferenciar tres momentos de valoración: el proceso de acogida del paciente, el desarrollo de la intervención clínica y la valoración final del tratamiento, según las expectativas generadas. La distribución gráfica de los pacientes según estos momentos facilita una perspectiva global de la calidad asistencial. Mediante el análisis de las experiencias reportadas por los pacientes, es posible localizar con precisión los aspectos no-clínicos más problemáticos y los momentos en los que se producen, permitiendo determinar su origen. El cuestionario muestra una estructura temporal que sugiere la existencia de tres dimensiones o fases sucesivas, siguiendo el proceso habitual de los tratamientos: una fase de acogida y explicación del tratamiento, una fase de desarrollo de la intervención y una fase de expectativas en la finalización del tratamiento. Una cuarta dimensión parece relacionarse específicamente con la atención recibida en la sala de espera.

7.3 – El cuestionario FO-UIC, elaborado para analizar el factor relacional odontólogo-paciente en la satisfacción global del paciente, ha mostrado que la comunicación, la confianza y la benevolencia son elementos fundamentales que adquieren singular trascendencia en todo el proceso asistencial, necesarios para construir una buena relación personal odontólogo-paciente. Si bien todos ellos configuran la satisfacción, destaca la importancia de la buena comunicación durante el periodo de acogida del paciente, mientras que la confianza es

especialmente relevante durante el desarrollo de la intervención. La benevolencia adquiere mayor importancia en el periodo final del tratamiento. Los resultados muestran que estas dimensiones no se adquieren de manera mecánica, sino a través de la formación en virtudes y el compromiso ético de servicio al paciente.

7.4 – Las orientaciones dirigidas al diseño de un plan de mejora son las siguientes:

a) Implementación del plan de comunicación continua en sala de espera, que permita reforzar la confianza en la institución, así como un seguimiento comprometido del tratamiento.

b) Establecimiento de una mayor vigilancia del factor relacional, especialmente en el periodo anterior y posterior a la intervención clínica, por medio de estrategias educativas que fomenten la comunicación con el paciente e inclinen al estudiante a generar confianza a través de las virtudes (prudencia, justicia, afabilidad, constancia y veracidad).

c) Potenciación de las competencias éticas en el plan de estudios del grado y máster, a través de las cuales se transmita la fundamentación de los principios teóricos sobre la dignidad del paciente y la acción ética (la persona, la acción moral, la virtud, la conciencia individual), a la vez que se evalúen las habilidades relacionales adquiridas.

La investigación muestra que la correcta atención y el cuidado sanitario no es el mero resultado de la praxis clínica ni la aplicación de protocolos de actuación. Tanto uno como otro son medios, cuyo último fin es el bien de la persona, el eje alrededor del cual debe girar la profesión sanitaria

8. BIBLIOGRAFÍA

Abel, F. (2006). Comités de Ética Asistencial. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 29(suplemento 3), 75-83.

Alonso, J. & Ferrer, M. (2017). Resultados reportados por los pacientes (PROs). Ed. Ergon. 69 pp.

Amini, H., Gregory, M. E., Abrams, M. A., Luna, J., Roland, M., Sova, L. N., Bean, C., Huang, Y., Pfeil, S. A., Townsend, J., & Lin, E. D. (2021). Feasibility and usability study of a pilot immersive virtual reality-based empathy training for dental providers. Journal of dental education, 85(6), 856-865. <https://doi.org/10.1002/jdd.12566>.

Andorno, R. (1998). Bioética y dignidad de la persona. Tecnos. Madrid.

Arango-Restrepo, P. (2009). Consideraciones básicas en la relación médico-paciente. Persona y Bioética, 2, 113-118.

Aristóteles. (1998). Ética Nicomáquea (4a). Ed. Gredos.

Ayala, M. (2009). Relación médico paciente. Persona y Bioética, 1, 68-82. Barrasa, J.I., & Aibar Remón, C. (2003). Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. Revista de calidad asistencial, 18(7), 580-590.

Black, N., Varaganum, M., & Hutchings, A. (2014). Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Quality & Safety*, 23(7), 534. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002707>.

Blasco Mira, J.E., Lopez Padrón, A., & Mengual Andres, S. (2010). Validación mediante el metodo Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al Windsurf. *Ágora para la educación física y el deporte*, 12(núm.1), 75-94.

Britten, N., Stevenson, F. A., Barry, C. A., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: Qualitative study. *BMJ Clinical research*, 320(7233), 484-488. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7233.484>.

Brocklehurst, P. R., Mackay, L., Goldthorpe, J., & Pretty, I. A. (2015). Older people and oral health: Setting a patient-centred research agenda. *Gerodontology*, 32(3), 222-228. <https://doi.org/10.1111/ger.12199>

Bruers, J., Dam, B., Gorter, R., & Eijkman, M. (2015). The well-being of dentists following a complaint procedure. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 122, 41-48.

Buck, E, Holden, M., & Szauter, K. (2015). A methodological review of the assessment of humanism in medical students. *Academic Medicine*, 90(11), S14-S23.

Buendía López, A.L., & Álvarez de la Cadena-Sandoval, C. (2006). Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina. *Acta bioethica*, 12(1), 41-47. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100006>

Cabero, J. & Barroso, J. (2013). La utilización del juicio de experto para la evaluación del tic: El coeficiente de competencia experta. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 65(2). <https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/brp.2013.65202>.

Cabero, J., & Infante, A. (2014). Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. *EduTec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 48, 1-16. <https://doi.org/10.21556/edutec.2014.48.187>

Callahan, D. (2005). Los fines de la medicina. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*. Nº 11. 161 pp.

Cardemil, F. (2017). Análisis de comparación y aplicaciones del método de Bland-Altman: ¿concordancia o correlación? *Medwave*, 16(1), e6852. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.01.6852>

Corah, N.L., O'Shea, R.M., Bissell, G.D. (1986). The dentist-patient relationship: mutual perceptions and behaviors. *Journal of the American Dental Association*, 113(2):253-5. doi: 10.14219/jada.archive.1986.0165.

Cuesta, M., & Godinez, C. (2008). Metodología para la mejora de los procesos del sistema de gestión de calidad de la gerencia de proyectos de ETECSA. *Ingeniería Industrial*, XXIX, 2, 1-7.

Del Llano, J., Ortún, V., Martín, J. M., Millán, J., & Gené, J. (1998): *Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Ed. Masson, S.A.

Dopeykar, N., Bahadori, M., Mehdizadeh, P., Ravangard, R., Salesi, M., & Hosseini, S. M. (2018). Assessing the quality of dental services using SERVQUAL model. *Dental research journal*, 15(6), 430-436.

Ebn Ahmady, A., Pakkhesal, M., Zafarmand, A. H., & Lando, H. A. (2015). Patient satisfaction surveys in dental school clinics: A review and comparison. *Journal of dental education*, 79(4), 388-393.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>

Epstein, R. M., Campbell, T. L., Cohen-Cole, S. A., McWhinney, I. R., & Smilkstein, G. (1993). Perspectives on patient-doctor communication. *The Journal of family practice*, 37(4), 377-388.

Escribano, X. (2008). *Territoris humans de la salut. Societat, cultura i valors en el món sanitari*. Ed. Dux. Barcelona.

Ferro, M., Rodríguez, G., Vives de la Torre, E. (2009). Consentimiento informado de interés para el odontólogo, *Acta Odontológica Venezolana*, vol. 47, No 1. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/art-25/>

Field, J. C., DeLap, E., & Manzanares Cespedes, M. C. (2017a). The Graduating European Dentist-Domain II: Safe and Effective Clinical Practice. *European journal of dental education: official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 21(Suppl 1), 14-17. <https://doi.org/10.1111/eje.12309>

Field, J. C., Kavadella, A., Szep, S., Davies, J. R., De Lap, E., & Manzanares Cespedes, M. C. (2017b). The Graduating European Dentist-Domain III: Patient-Centred Care. *European journal of dental education: official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 21 Suppl1,18-24. <https://doi.org/10.1111/eje.12310>

Field, J., Cowpe, J., & Walmsley, D. Editors. (2017c). *The Profile of Undergraduate Dental Education in Europe*. Dublin: Association for Dental Education in Europe, 21 Suppl 1, 28-35.

Fleiss, J.L., Levin, B., Paik, M.C. Editors. (2004). Determining sample sizes needed to detect a difference between two proportions. *Statistical Methods for Rates and Proportions*: John Wiley & Sons, Ltd; p. 64-85.
<https://doi.org/10.1002/0471445428.ch4>

Fones, C., Heok, K. E., & Gan, G. L. (1998). What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(5), 571-572. <https://doi.org/10.1097/00001888-199805000-00029>

Fukuyama, F. (1996). *Confianza (Trust): Las virtudes sociales y la capacidad de generar prosperidad*. Madrid: Atlántida.

Gallagher, J., & Field, J. C. (2017). The Graduating European Dentist-Domain IV: Dentistry in Society. *European journal of dental education: official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 21, Suppl 1, 25-27.
<https://doi.org/10.1111/eje.12311>

García, L. & Fernández, S. (2008). Procedimiento de aplicación del trabajo creativo en grupo de expertos. *Ingeniería Energética*, XXIX (2), 46-50.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=329127758006>.

Giménez, J.M., & Sánchez, S. (2010). *De la Neurociencia a la Neuroética. Narrativa científica y reflexión filosófica*. Pamplona. EUNSA.172pp.

Goetz, K., Szecsenyi, J., Klingenberg, A., Brodowski, M, Wensing, M., & Campbell, S. M. (2013). Evaluation of patient perspective on quality of oral health care in Germany - An exploratory study. *International dental journal*, 63(6), 317- 323. <https://doi.org/10.1111/idj.12047>

Góngora, C, Hernández z, M., García, A., & Sánchez, Z. (2009). Propuesta de competencias laborales para médicos que brindan servicios de atención médica en hoteles cubanos. *Educación Médica Superior*, 23(3).

González-Martínez, FD., Díaz-Narváez, VP., Arrieta-Vergara, K., Díaz-Cárdenas, S., Tirado-Amador, L., & Madera-Anaya, M. (2015). Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 17(3): 404. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.37591>.

Grossman, S., Dungarwalla, M., & Bailey, E. (2020). Patient-Reported Experience and Outcome Measures in Oral Surgery: A Dental Hospital Experience. *British dental journal*, 228(2), 70-74. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1198-2>.

Hamasaki, T., & Hagihara, A. (2021). Dentists' legal liability and duty of explanation in dental malpractice litigation in Japan. *International dental journal*, 71(4), 300-308. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2020.12.004>.

Hamasaki, T., Soh, I., Takehara, T., & Hagihara, A. (2011). Applicability of both dentist and patient perceptions of dentists' explanations to the evaluation of dentist-

patient communication. *Community dental health*, 28, 274-279.
https://doi.org/10.1922/CDH_2589Hagihara06

Hashemipour, M.A., Movahedi, Pour F., Lotfi, S., Gandjalikhan Nassab, A.H., Rahro, M., Memaran Dadgar, M. (2013). Evaluation of dental malpractice cases in Kerman province (2000-2011). *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(7):933-8. doi: 10.1016/j.jflm.2013.06.001.

Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to Statistical Analysis: The Coefficients of Proportional Variance, Content Validity and Kappa*. BookSurge Publishing.

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M.A., Irigoyen-Coria, A., Hernández-Hernández, M.A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (2), 137-143.

Herrera, M., Iglesias, C.E., Contreras, Y., López, E., & Sánchez, A. (2010). Análisis de los factores que inciden en el desgaste de los órganos de trabajo de los aperos de labranza. *Revista Ciencias Técnicas Agropecuarias*, 19 (2), 01-09.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-0054201000020001&lng=es&tlng=es.

Hoffmann, T. C., Legare, F., Simmons, M. B., McNamara, K., McCaffery, K., Trevena, L. J., Hudson, B., Glasziou, P. P., & Del Mar, C. B. (2014). Shared decision

making: What do clinicians need to know and why should they bother? *The Medical Journal of Australia*, 201(1), 35-39.

Inglehart, M. R., Lee, A. H., Koltuniak, K. G., Morton, T. A., & Wheaton, J. M. (2016). Do Waiting Times in Dental Offices Affect Patient Satisfaction and Evaluations of Patient-Provider Relationships? A Quasi-experimental Study. *Journal of dental hygiene*, 90(3), 203-211.

Javed, M. Q., Ahmed, A., & Habib, S. R. (2021). Undergraduate Dental Students' and Instructors' Perceptions about the Quality of Clinical Feedback. *Journal of Ayub Medical College*, 33(1), 82-88.

Jones, L. M., & Huggins, T. J. (2013). The rationale and pilot study of a new paediatric dental patient request form to improve communication and outcomes of dental appointments. *Child: care, health and development*, 39(6), 869-872. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01416.x>

Jones, L.M., & Huggins, T.J. (2014). Empathy in the dentist-patient relationship: Review and application. *The New Zealand dental journal*, 110, 98-104.

Kaidonis, J. A., Skinner, V. J., Lekkas, D., Winning, T. A., & Townsend, G. C. (2013). Reorientating dental curricula to reflect a minimally invasive dentistry approach for patient-centred management. *Australian dental journal*, 58 Suppl 1, 70-75. <https://doi.org/10.1111/adj.12052>

Kalsi, J. S., & Hemmings, K. (2013). The influence of patients' decisions on treatment planning in restorative dentistry. *Dental update*, 40(9), 698-710. <https://doi.org/10.12968/denu.2013.40.9.698>

Kiani, M., & Sheikhzadi, A. (2009). Journal of forensic and legal medicine. *Journal of forensic and legal medicine*, 16(2), 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2008.08.016>

Knaak, J.-P., & Parzeller, M. (2014). Court decisions on medical malpractice. *International Journal of Legal Medicine*, 128(6), 1049-1057. <https://doi.org/10.1007/s00414-014-0976-2>

Kruse, A., Heil, H., Struß, N., Fabry, G., Silbernagel, W., Vach, K., Ratka-Krüger, P., & Woelber, J. (2020). Working experience is not a predictor of good communication. Results from a controlled trial with simulated patients. *European Journal of Dental Education*, 24. <https://doi.org/10.1111/eje.12482>

Lain Intralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Ed. Revista de Occidente. Madrid. 491pp.

Lamata, F. (1998). *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. Díaz de Santos, S.A.

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A, Hernandez-Baeza, A., & Tomas-Marco, I. (2014). Exploratory item factor analysis: A practical guide revised and updated. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.

López, A. J. (2012). Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud [Universidad de Valencia. Departamento de Estomatología]. <http://hdl.handle.net/10550/24925>

López-Nicolás, M., Falcón, M., Pérez-Carceles, M. D., Osuna, E., & Luna, A. (2011). The role of a professional dental organization in the resolution of malpractice claims the professional dentist college in the region of Murcia (Spain). *Medicine Law*, 30(1), 55-63.

Luhmann, N. (2016). *La sociedad de la sociedad*. Herder Editorial. 946 pp.
Macdonald, M. E., Beaudin, A., & Pineda, C. (2015). What do patients think about dental services in Quebec? Analysis of a dentist rating website. *Journal Canadian Dental Association*, 81, f3.

Mainetti, J. A. (1988). *La crisis de la razón médica: introducción a la filosofía de la medicina*. La Plata, Argentina: Editorial Quirón, 88p.

Maluf, F., Santos de Melo, N., & Garrafa, V. (2014). La Bioética en la relación profesional-paciente en odontología. *Acta odontológica venezolana*, 52(2), 19- 20.

Martínez, P., García, M.A., Expósito, V. & Rodríguez, J.M. (2017). La relación médico paciente patrimonio, cultural inmaterial de la humanidad. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). 57 pp.

Masahiro Imanaka, Yoshiaki Nomura, Yoh Tamaki, Naotake Akimoto, Chieko Ishikawa, Hideyo Takase, Hiroaki Ishii, Shigeo Yamachika, Koji Noda, Masamichi Ide, Ken Yamamoto, Yuji Kokubo, & Kanichi Seto. (2007). Validity and reliability of patient satisfaction questionnaires in a dental school in Japan. *European Journal of Dental Education*, 11(1), 29-37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2007.00438.x>

Masalitin, A., Álvarez, C., & Carrillo, J. (2008). Férulas odontoestomatológicas y propuesta del consentimiento informado. Principios legales básicos. *Gaceta Dental: Industria y profesiones*, 198, 112-135.

Mengual, S. (2011). La importancia percibida por el profesorado y el alumnado sobre la inclusión de la competencia digital en educación Superior. Alicante: Departamento de Didáctica General y Didácticas específicas de la Universidad de Alicante

Mokkink, L. B., Prinsen, C. A. C., Bouter, L. M., Vet, H. C. W. de, & Terwee, C. B. (2016). The Consensus-based Standards for the selection of health measurement instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(2), 105-113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>.

Ogando, B., & García, C. (2006). Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: Una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 21, 163-168. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(06\)70774-6](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70774-6)

Palma, C. (2016). Estudio jurisprudencial de la responsabilidad profesional del odontólogo en España [Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina]. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/16663>

Partido, B. B., & Stafford, R. (2018). Association between Emotional Intelligence and Academic Performance Among Dental Hygiene Students. *Journal of dental education*, 82(9), 974-979. <https://doi.org/10.21815/JDE.018.094>.

Pellegrino, E.D. (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 341 pp. <https://bioethics.georgetown.edu/using-the-library/item-hold-request-form/>

Perazzo, M.F., Serra-Negra, J.M., Firmino, R.T., Pordeus, I.A., Martins-Junior, P.A., Paiva, S.M. (2020). Patient-centered assessments: how can they be used in dental clinical trials? *Brazil Oral Research*, 34 Suppl 2:e075. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0075.

Perea-Pérez, B., Labajo-González, E., Santiago-Sáez, A., & Albarrán-Juan, M. (2013). Responsabilidad profesional en odontología. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(4), 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2013.04.002>

Perea-Pérez, B., Santiago-Sáez, A., Labajo-González, E., Albarrán-Juan, M. E., & Sánchez-Sánchez, J. A. (2011). Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. *Revista Clínica Española*, 211(1), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2010.08.002>

Perea-Pérez, B., Vega del Barrio, J.M., Labajo González, E., & Fonseca Peña, A. (2005). Estudio sobre el aumento de las reclamaciones de pacientes odontológicos y su relación con el cambio de modelo de asistencia dental. *Científica dental: Revista científica de formación continuada*, 2(3), 187-192.

Rai, N. K., Tyrrell, H., Carey, C., & Tiwari, T. (2019). Patient perceptions in quality of care: Report from university veterans clinic. *BMC oral health*, 19(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0971-6>.

Raja, S., Shah, R., Hamad, J., Van Kanegan, M., Kupersmidt, A., & Kruthoff, M. (2015). Patients' Perceptions of Dehumanization of Patients in Dental School Settings: Implications for Clinic Management and Curriculum Planning. *Journal of dental education*, 79(10), 1201-1207.

Rajput, S., Puranik, M. P., Shanbhag, N., & Kumar, A. (2020). Factors affecting empathy among indian dentists. *Indian journal of dental research: official publication*

of Indian Society for Dental Research, 31(1), 14-21.
https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_365_18.

Rajput, S., Kumar, A., Puranik, M.P., & Shanbhag, N. (2021). Exploring the educational opportunity and implementation of CARE among dental students in India. *Journal Education Health Promotion*, 9:249. doi: 10.4103/jehp.jehp_22_20.33209941.

Real Decreto 822/2021. Boletín Oficial del Estado. Núm. 233. Miércoles 29 de septiembre de. Sec. I. Pág. 119537.

Reid, K., Humeniuk, K. M., Hellyer, J. H., Thorsteinsdottir, B., & Tilburt, J. C. (2014). A comparison of expectations and impressions of ethical characteristics of dentists: Results of a community primary care survey. *Journal of the American Dental Association*, 145(8), 829-834. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.50>

Requena, S., & Alvarado, E. (2021). Professional liability: Assessment of court sentences for lawsuits against dentists in Peru. *The Journal of forensic odontology*, 2(39), 15-20.

Rocha, J., Pinto, A., Batista, M., Paula, J. S., & Ambrosano, G. (2017). The importance of the evaluation of expectations and perceptions to improve the dental service quality. *International journal of health care quality assurance*, 30(6), 568-576. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2016-0008>.

Roqué-Sánchez, M.V. (2007). Médico y paciente: el lado humano de la Medicina, Ed. Duxelm, pp.139-144).

Roqué-Sánchez, M.V. (2008). Las relaciones interpersonales en medicina. En Territoris humans de la salut. Societat, cultura i valors en el món sanitari, X. Escribano (ed) Ed. Dux, Barcelona, pp.68-87.

Rouse, R. A., & Hamilton, M. A. (1990). Dentists' technical competence, communication, and personality as predictors of dental patient anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(3), 307-319.

Sánchez, A. K., Ortiz, J., Macías, J., & Balderas, C. (2015). Consentimiento informado. ¿Deber jurídico o ético? *Educación y Salud. Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSA*, 4(7). <https://doi.org/10.29057/icsa.v4i7.829>

Santana, M. J., Haverman, L., Absolom, K., Takeuchi, E., Feeny, D., Grootenhuis, M., & Velikova, G. (2015). Training clinicians in how to use patient-reported outcome measures in routine clinical practice. *Quality of Life Research*, 24(7), 1707-1718. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0903-5>.

Scambler, S., Delgado, M., & Asimakopoulou, K. (2016). Defining patient-centred care in dentistry? A systematic review of the dental literature. *British dental journal*, 221(8), 477-484. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.777>

Seoane, J.A. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *Derecho y salud*, 16(1), 79-86.

Serra-Mayoral, A., & Peña-Casanova, J. (2006). Fiabilidad del test retest e interevaluador del Test Barcelona. *Neurología*. Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología, 21(6), 277-281.

Skaret, E., Berg, E, Raadal, M., & Kvale, G. (2004). Reliability and validity of the Dental Satisfaction Questionnaire in a population of 23-year-olds in Norway. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(1), 25-30.

Spaemann, R. (2000). *Personas*. Acerca de la distinción entre «algo» y «alguien». Eunsa. Pamplona.

Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor–parent–child communication. A (re) view of the literature. *Social science & medicine*, 52(6), 839-851.

Torralba, F. (2001). *Filosofía de la Medicina*. Institut Borja de Bioètica. Fundació Mapfre Medicina. Madrid.

Torres-Quintana, M. A., & Romo O., F. (2006). Bioética y ejercicio profesional de la odontología. *Acta Bioethica*, 12(1), 65-74.

Tsiantou, D., Lazaridou, D., Coolidge, T., Arapostathis, K. N., & Kotsanos, N. (2013). Psychometric properties of the Greek version of the Toronto Composite

Empathy Scale in Greek dental students. *European journal of dental education: official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 17(4), 208-217.

<https://doi.org/10.1111/eje.12037>

Tuononen, T., Suominen, A. L., & Lammintakanen, J. (2016). Factors associated with staying or leaving a dentist leader's position – a qualitative study. *BMC Oral Health*, 16(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0206-z>.

Ustrell-Torrent, J.M. (2021). Odontologia hospitalària a Catalunya en el segle XX. L'Hospital de Sant Pau i l'Escola d'Estomatologia. Gimbernat: *Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut*, [en línia], 74, 85-99. <https://raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/377597> [Consulta: 29-12-2021]

Ustrell-Torrent, J. M., Buxarrais-Estrada, M. R., & Riutord-Sbert, P. (2021). Ethical relationship in the dentist-patient interaction. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 13(1), e61–e66. <https://doi.org/10.4317/jced.57597>

Watanabe, S., Yoshida, T., Kono, T., Taketa, H., Shiotsu, N., Shirai, H., & Torii, Y. (2018). Relationship of trainee dentists' self-reported empathy and communication behaviors with simulated patients' assessment in medical interviews. *PloS one*, 13(12), e0203970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203970>

Wong, Lilia, Ryan, Fiona S., Christensen, Lars R., & Cunningham, Susan J. (2018). Factors influencing satisfaction with the process of orthodontic treatment in adult

patients. *American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics*, 153(3), 362-370. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2017.07.017> PlumX Metrics

Yarborough, C.S. (2015). We Make a Life by What We Give. *Journal of the California Dental Association*, 43 (12), 720-722.

Yee, R., Jones, L.M., & Hosey, M.T. (2017). What the child “SAID” to the dentist: A UK randomized controlled trial. *Child: care, health and development*, 43 (6), 926-932. <https://doi.org/10.1111/cch.12510>

Yoshida, T., Watanabe, S., Kono, T., Taketa, H., Shiotsu, N., Shirai, H., Nakai, Y., & Torii, Y. (2021). What impact does postgraduate clinical training have on empathy among Japanese trainee dentists? *BMC medical education*, 21(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02481-y>

Zayas, P.M. (2011). El proceso del análisis y la descripción con las especificaciones para confeccionar la matriz de las competencias y construir el perfil del cargo o de ocupación. Ejemplo de dependiente gastronómico en la rama turística. *TURyDES. Revista de investigación en Turismo y Desarrollo local*, 4(9).

Zemel, M.G.E., & Miguel, R. (2012). Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario. *Revista Redbioética/UNESCO*, 3(5), 94-106.

Zou, G. Y. (2012). Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Statistics in Medicine*, 31(29), 3972-3981. <https://doi.org/10.1002/sim.546>.

9. ANEXOS

ANEXO 1: Valoración de los expertos según el método Delphi

Experto	En la escala que se presenta (de 1 a 10), en donde el 10 corresponde a la máxima calificación, marque con una "x", el grado de conocimiento que usted considera tener acerca del tema que se evalúa.	¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus conocimientos? Marque con una X. [Análisis teóricos realizados por usted]	¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus conocimientos? Marque con una X. [Su experiencia científica]	¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus conocimientos? Marque con una X. [Trabajos de autores nacionales]	¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus conocimientos? Marque con una X. [Trabajos de autores extranjeros]	¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus conocimientos? Marque con una X. [Su propio conocimiento sobre el estado actual]	¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus conocimientos? Marque con una X. [Su intuición]	Ka	Kc	K
1	10	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	0,98	1,00	0,99
2	8	Alto	Alto	Medio	Bajo	Alto	Alto	0,97	0,80	0,89
3	10	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	0,98	1,00	0,99
4	10	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	0,99	1,00	1,00
5	9	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	0,98	0,90	0,94
6	9	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	0,88	0,90	0,89
7	8	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio	0,88	0,80	0,84
8	7	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	0,63	0,70	0,67
9	7	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	0,63	0,70	0,67
10	10	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	1,00	1,00	1,00
11	6	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	0,78	0,60	0,69
12	10	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	1,00	1,00	1,00
13	8	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	1,00	0,80	0,90

ANEXO 2: Datos de la encuesta

Primera entrevista

Nº Pac.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	I1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	4		5	2	2	5	4	5	55
2	5	5	2	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	95
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	99
7	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	98
8	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	5	4	5	4	2	4	5		5	1	80
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
10	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	96
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
12	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	98
13	4	4	4	2	4	4	4		4	4	4	4	3	4	4	1	4	4	4	5	71
14	4	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	90
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	98
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
17	4	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	94
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
20	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	1	89
21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
22	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5		4	5	5	5	5	91
23	3	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	94
24	4	5	1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	94
25	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	97
26	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	93
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
30		5	1	5	5	5	4	4	5	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	5	81
31	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
33	5	5	5	4	5	5	5	5	3	4	5	4	5	5	5	3	5	4	4	5	91
34	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	94
35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
36	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	95
37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
38	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	96
39	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
41	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	94
42	5	5	3	4	5	5	4	4	4	5	2	2	4	5	5	1	1	1	4	4	73
43	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	95
44	4	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	5	89
45	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	96
46	5	5	2	2	4	4	3	4	2	2	4	4	4	5	4	5	3	4	3	5	74
47	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
48	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	98
49	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	99
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
51	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	97
52	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
53	5	5	1	1	5	5	5	3	4	5	5	1	5	5	1	1	5	5	3	3	73
54	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	96
55								5	3	4	5	4		3		1	2	5	4	2	38
56	4	4	1	1	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	83
57	5	5	4	5	5	3	3	3	4	3	5	3	4	3	5	2	1	3	3	3	72
58	2	2	5	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	2	1	1	1	1	3	3	68
59	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	94
60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	99
61	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	1	4	4	4	2	69
62	5	5	3	4	5	5	5	4	5		5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	89
63	5	4	3	4	5	3	5	4	5	5	4	5	5	4	3	2				5	71
64	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	80
65	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	84
66	5	5	4	5	5	5	5	5	3	4		1	3	5	5	2	5	4	2	4	77
67	5	5	4	4	4		4	3	5	1	5	5	4		5	4	5	4	5	5	77
68	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
69	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	98
70	5	5	1	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	93
71	4	5	3	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5		5	89
72	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4		5	4	4	84
73	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	95
74	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	5	2	5	94
75	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
76	3	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	93
77	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
78	5	5	2	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	94
79	5		3	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	86
80	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100

Segunda entrevista

Nº Pac.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	I2
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
2	5	5	3	5	3	3	5	5	5	3	5	3	5	5	5	4	5	5	1	4	84
3	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	93
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	98
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	2	5	5	5	5	94
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	97
8	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	5	5	4	3	4	83
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	91
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
12	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	4	89
13	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	5	5	4	5	5	90
14	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	5	5	5	5	5	94
15	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	93
16	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	83
17	4	5	5	5	5	3	4	3	5	5	5	3	4	5	5	4	4	5	5	5	89
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	99
20	4	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	95
21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
22	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	91
23	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	5	94
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	92
25	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	97
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
30	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	95
31	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
33	5	5	3	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	93
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
38	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	96
39	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
40	1	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	81
41	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
42	5	5	2	3	5	3	3	4	5	5	3	5	5	3	2	2	3	3	4	73	
43	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	97
44	2	5	4	5	5	5	5	5	2	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	69
45	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	98
46	5	5	2	2	5	2	3	4	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	4	5	84
47	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
48	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	3	5	4	2	5	5	86
49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
51	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
52	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
53	1	5	3	2	5	5	5	1	4	5	1	4	1	1	1	5	5	5	5	5	59
54	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
55	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	93
56	1	5	1	5	3	5	5	5	3	1	5	3	3	5	3	5	5	5	3	76	
57	5	5	1	5	5	5	5	4	4	3	5	5	5	5	4	2	1	4	4	4	81
58	2	2	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	2	1	1	1	1	3	3	68	
59	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	92
60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	5	5	3	3	90	
62	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	3	4	5	5	5	5	91
63	5	5	1	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	88
64	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	80
65	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	98
66	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
67	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	98	
68	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	98
69	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	96
70	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	99
71	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	98
72	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	97
73	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	95
74	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	97
75	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
76	3	4	1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	92
77	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
78	5	5	2	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	94
79	5	5	3	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	86
80	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100

ANEXO 3: Certificado de aprobación del proyecto por el CER

Universitat Internacional
de Catalunya

Comitè d'Ètica
de Recerca

UIC
barcelona

APROVACIÓ PROJECTE PEL CER/ APROBACIÓN PROYECTO POR EL CER

Codi de l'estudi / Código del estudio: COM-2019-01

Versió del protocol / Versión del protocolo: 1.0

Data de la versió / Fecha de la versión: 29/10/19

Sant Cugat del Vallès, 22 de gener de 2020

Doctoranda: Elisa Sanagustin Sanchez

Directors de Tesi: Maria Victoria Roqué, Luis Giner Tarrida.

Títol de l'estudi / Título del estudio: Estudio del factor relacional en la satisfacción del paciente odontológico con su plan de tratamiento

Benvolgut/da,

Valorat el projecte presentat, el CER de la Universitat Internacional de Catalunya, considera que, el contingut de la investigació, no implica cap inconvenient relacionat amb la dignitat humana, tracte ètic per als animals ni atempta contra el medi ambient, ni té implicacions econòmiques ni conflicte d'interessos, no s'han valorat els aspectes metodològics sense implicacions ètiques del projecte de recerca, degut a que tal anàlisi correspon a d'altres instàncies

Per aquests motius, el Comitè d'Ètica de Recerca, RESOLT FAVORABLEMENT, emetra aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ, per que pugui ser presentat a les instàncies que així ho requereixin.

Em permeto recordar-li que, si en el procés d'execució es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, hauria de ser sotmès novament a la revisió i aprovació del CER.

Atentament,

Apreciado/a,

Valorado el proyecto presentado, el CER de la Universidad Internacional de Catalunya, considera que, el contenido de la investigación, no implica ningún inconveniente relacionado con la dignidad humana, trato ético para los animales, ni atenta contra el medio ambiente, ni tiene implicaciones económicas ni conflicto de intereses, pero no se han valorado aspectos metodológicos sin implicaciones éticas del proyecto de investigación, debido a que tal análisis corresponde a otras instancias.

Por estos motivos, el Comitè d'Ètica de Recerca, RESUELVE FAVORABLEMENTE, emitir este CERTIFICADO DE APROBACIÓN, para que pueda ser presentado a las instancias que así lo requieran.

Me permito recordarle que, si el proceso de ejecución se produjera algún cambio significativo en sus planteamientos, debería ser sometido nuevamente a la revisión y aprobación del CER.

Atentamente,

Dr. Josep Maria Guardiola
President CER-UIC

ANEXO 4: Evaluación del Proyecto según la escala COSMIN

COSMIN Risk of Bias checklis

Date: December, 2017

L.B. Mokkink, PhD

VU University Medical Center

Department of Epidemiology and Biostatistics Amsterdam Public

Health research institute P.O. box 7057

1007 MB Amsterdam

The Netherlands Website: www.cosmin.nl E-mail: w.mokkink@vumc.nl

How to site the COSMIN Risk of Bias Checklist

Instructions

Tick the boxes that need to be completed for the article

	COSMIN Risk of Bias checklist
	Box 1. PROM development
	Box 2. Content validity
	Box 3. Structural validity
	Box 4. Internal consistency
	Box 5. Cross-cultural validity\Measurement invariance
	Box 6. Reliability
	Box 7. Measurement error
	Box 8. Criterion validity
	Box 9. Hypotheses testing for construct validity
	Box 10. Responsiveness

Box 1. PROM development		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
1a. PROM design						
<i>General design requirements</i>						
1	Is a clear description provided of the construct to be measured?	Construct clearly described			Construct not clearly described	
2	Is the origin of the construct clear: was a theory, conceptual framework or disease model used or clear rationale provided to define the construct to be measured?	Origin of the construct clear		Origin of the construct not clear		
3	Is a clear description provided of the target population for which the PROM was developed?	Target population clearly described			Target population not clearly described	
4	Is a clear description provided of the context of use	Context of use clearly described		Context of use not clearly described		
5	Was the PROM development study performed in a sample representing the target population for which the PROM was developed?	Study performed in a sample representing the target population	Assumable that the study was performed in a sample representing the target population, but not clearly described	Doubtful whether the study was performed in a sample representing the target population	Study not performed in a sample representing the target population (SKIP items 6-12)	
<i>Concept elicitation (relevance and comprehensiveness)</i>						
6	Was an appropriate qualitative data collection method used to identify relevant items for a new PROM?	Widely recognized or well justified qualitative method used, suitable for the construct and study population	Assumable that the qualitative method was appropriate and suitable for the construct and study population, but not clearly described	Only quantitative (survey) method(s) used or doubtful whether the method was suitable for the construct and study population	Method used not appropriate or not suitable for the construct or study population	
7	Were skilled group moderators/interviewers used?	Skilled group moderators/interviewers used	Group moderators /interviewers had limited experience or were trained specifically for the study	Not clear if group moderators /interviewers were trained or group moderators /interviewers not trained and no experience		Not applicable
8	Were the group meetings or interviews based on an appropriate topic or interview guide?	Appropriate topic or interview guide	Assumable that the topic or interview guide was appropriate, but not clearly described	Not clear if a topic guide was used or doubtful if topic or interview guide was appropriate or no guide		Not applicable
9	Were the group meetings or interviews recorded and transcribed verbatim?	All group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim	Assumable that all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim, but not clearly described	Not clear if all group meetings of interviews were recorded and transcribed verbatim or recordings not transcribed verbatim or only notes were made during the group meetings/ interviews	No recording and no notes	Not applicable
10	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	
11	Was at least part of the data coded independently?	At least 50% of the data was coded by at least two researchers independently	11-49% of the data was coded by at least two researchers independently	Doubtful if two researchers were involved in the coding or only 1-10% of the data was coded by at least two researchers independently	Only one researcher was involved in coding or no coding	Not applicable
12	Was data collection continued until saturation was reached?	Evidence provided that saturation was reached	Assumable that saturation was reached	Doubtful whether saturation was reached	Evidence suggests that saturation was not reached	Not applicable
13	For quantitative studies (surveys): was the sample size appropriate?	≥100	50-99	30-49	<30	Not applicable

1b. Cognitive interview study or other pilot test		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
14	Was a cognitive interview study or other pilot test conducted?	YES			NO (SKIP items 15-35)	
<i>General design requirements</i>						
15	Was the cognitive interview study or other pilot test performed in a sample representing the target population?	Study performed in a sample representing the target population	Assumable that the study was performed in a sample representing the target population, but not clearly described	Doubtful whether the study was performed in a sample representing the target population	Study not performed in a sample representing the target population	
<i>Comprehensibility</i>						
16	Were patients asked about the <u>comprehensibility</u> of the PROM?	YES		NO (SKIP items 17-25)	Not clear (SKIP items 17-25)	
17	Were all items tested in their final form?	All items were tested in their final form	Assumable that all items were tested in their final form, but not clearly described	Not clear if all items were tested in their final form	Items were not tested in their final form or items were not re-tested after substantial adjustments	
18	Was an appropriate qualitative method used to assess the <u>comprehensibility</u> of the PROM instructions, items, response options, and recall period?	Widely recognized or well justified qualitative method used	Assumable that the method was appropriate but not clearly described	Only quantitative (survey) method(s) used or doubtful whether the method was appropriate or not clear if patients were asked about the comprehensibility of the items, response options or recall period or patients not asked about the comprehensibility of the PROM instructions or the recall period	Method used not appropriate or patients not asked about the comprehensibility of the items or the response options	
19	Was each item tested in an appropriate number of patients? For qualitative studies For quantitative (survey) studies	≥7 ≥50	4-6 ≥30	<4 or not clear <30 or not clear		
20	Were skilled interviewers used?	Skilled group moderators/interviewers used	Group moderators /interviewers had limited experience or were trained specifically for the study	Not clear if group moderators /interviewers were trained or group moderators /interviewers not trained and no experience		Not applicable
21	Were the interviews based on an appropriate interview guide?	Appropriate topic or interview guide	Assumable that the topic or interview guide was appropriate, but not clearly described	Not clear if a topic guide was used or doubtful if topic or interview guide was appropriate or no guide		Not applicable

22	Were the interviews recorded and transcribed verbatim?	All group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim	Assumable that all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim, but not clearly described	Not clear if all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim or recordings not transcribed verbatim or only notes were made during the group meetings/ interviews	No recording and no notes	Not applicable
23	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	
24	Were at least two researchers involved in the analysis?	At least two researchers involved in the analysis	Assumable that at least two researchers were involved in the analysis, but not clearly described	Not clear if two researchers were included in the analysis or only one researcher involved in the analysis		
25	Were problems regarding the comprehensibility of the PROM instructions, items, response options, and recall period appropriately addressed by adapting the PROM?	No problems found or problems appropriately addressed and PROM was adapted and re-tested if necessary	Assumable that there were no problems or that problems were appropriately addressed, but not clearly described	Not clear if there were problems or doubtful if problems were appropriately addressed	Problems not appropriately addressed or PROM was adapted but items were not re-tested after substantial adjustments.	Not applicable

Comprehensiveness		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
26	Were patients asked about the <u>comprehensiveness</u> of the PROM?	YES		NO or not clear (SKIP items 27-35)		
27	Was the final set of items tested?	The final set of items was tested	Assumable that the final set of items was tested, but not clearly described	Not clear if the final set of items was tested or not the final set of items was tested or the set of items was not re-tested after items were removed or added		
28	Was an appropriate method used for assessing the <u>comprehensiveness</u> of the PROM?	Widely recognized or well justified method used	Assumable that the method was appropriate but not clearly described or only quantitative (survey) method(s) used	Doubtful whether the method was appropriate or method used not appropriate		
29	Was each item tested in an appropriate number of patients? For qualitative studies For quantitative (survey) studies	≥7 ≥50	4-6 ≥30	<4 or not clear <30 or not clear		
30	Were skilled interviewers used?	Skilled interviewers used	Interviewers had limited experience or were trained specifically for the study	Not clear if interviewers were trained or interviewers not trained and no experience		Not applicable

31	Were the interviews based on an appropriate interview guide?	Appropriate topic or interview guide	Assumable that the topic or interview guide was appropriate, but not clearly described	Not clear if a topic guide was used or doubtful if topic or interview guide was appropriate or no guide		Not applicable
32	Were the interviews recorded and transcribed verbatim?	All group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim	Assumable that all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim, but not clearly described	Not clear if all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim or recordings not transcribed verbatim or only notes were made during the group meetings/ interviews or no recording and no notes		Not applicable
33	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate or approach not appropriate		
34	Were at least two researchers involved in the analysis?	At least two researchers involved in the analysis	Assumable that at least two researchers were involved in the analysis, but not clearly described	Not clear if two researchers were included in the analysis or only one researcher involved in the analysis		
35	Were problems regarding the <u>comprehensiveness</u> of the PROM appropriately addressed by adapting the PROM?	No problems found or problems appropriately addressed and PROM was adapted and re-tested if necessary	Assumable that there were no problems or that problems were appropriately addressed, but not clearly described	Not clear if there were problems or doubtful if problems were appropriately addressed or PROM was adapted but items were not re-tested after substantial adjustments	Problems not appropriately addressed	Not applicable

Box 2. Content validity						
2a. Asking patients about relevance						
Design requirements						
		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
1	Was an appropriate method used to ask patients whether each item is <u>relevant</u> for their experience with the condition?	Widely recognized or well justified method used	Only quantitative (survey) method(s) used or assumable that the method was appropriate but not clearly described	Not clear if patients were asked whether <u>each</u> item is relevant or doubtful whether the method was appropriate	Method used not appropriate or patients not asked about the relevance of all items	
2	Was each item tested in an appropriate number of patients? For qualitative studies For quantitative (survey) studies	≥7 ≥50	4-6 ≥30	<4 or not clear <30 or not clear		
3	Were skilled group moderators/interviewers used?	Skilled group moderators/interviewers used	Group moderators/interviewers had limited experience or were trained specifically for the study	Not clear if group moderators/interviewers were trained or group moderators/interviewers not trained and no experience		Not applicable
4	Were the group meetings or interviews based on an appropriate topic or interview guide?	Appropriate topic or interview guide	Assumable that the topic or interview guide was appropriate, but not clearly described	Not clear if a topic guide was used or doubtful if topic or interview guide was appropriate or no guide		Not applicable

5	Were the group meetings or interviews recorded and transcribed verbatim?	All group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim	Assumable that all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim, but not clearly described	Not clear if all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim or recordings not transcribed verbatim or only notes were made during the group meetings/ interviews	No recording and no notes	Not applicable
<i>Analyses</i>						
6	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	
7	Were at least two researchers involved in the analysis?	At least two researchers involved in the analysis	Assumable that at least two researchers were involved in the analysis, but not clearly described	Not clear if two researchers were included in the analysis or only one researcher involved in the analysis		
2b Asking patients about comprehensiveness						
<i>Design requirements</i>						
		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
8	Was an appropriate method used for assessing the <u>comprehensiveness</u> of the PROM?	Widely recognized or well justified method used	Only quantitative (survey) method(s) used or assumable that the method was appropriate but not clearly described	Doubtful whether the method was appropriate	Method used not appropriate	
9	Was each item tested in an appropriate number of patients? For qualitative studies For quantitative (survey) studies	≥7 ≥50	4-6 ≥30	<4 or not clear <30 or not clear		
10	Were skilled group moderators/interviewers used?	Skilled group moderators/interviewers used	Group moderators /interviewers had limited experience or were trained specifically for the study	Not clear if group moderators /interviewers were trained or group moderators /interviewers not trained and no experience		Not applicable
11	Were the group meetings or interviews based on an appropriate topic or interview guide?	Appropriate topic or interview guide	Assumable that the topic or interview guide was appropriate, but not clearly described	Not clear if a topic guide was used or doubtful if topic or interview guide was appropriate or no guide		Not applicable
12	Were the group meetings or interviews recorded and transcribed verbatim?	All group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim	Assumable that all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim, but not clearly described	Not clear if all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim or recordings not transcribed verbatim or only notes were made during the group meetings/ interviews	No recording and no notes	Not applicable
<i>Analyses</i>						
13	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	
14	Were at least two researchers involved in the analysis?	At least two researchers involved in the analysis	Assumable that at least two researchers were involved in the analysis, but not clearly described	Not clear if two researchers were included in the analysis or only one researcher involved in the analysis		

2c Asking patients about comprehensibility						
<i>Design requirements</i>						
	very good	adequate	doubtful	inadequate	NA	
15	Was an appropriate qualitative method used for assessing the <u>comprehensibility</u> of the PROM instructions, items, response options, and recall period?	Widely recognized or well justified qualitative method used	Assumable that the method was appropriate but not clearly described	Only quantitative (survey) method(s) used or doubtful whether the method was appropriate or not clear if patients were asked about the comprehensibility of the items, response options or recall period or patients not asked about the comprehensibility of the PROM instructions	Method used not appropriate or patients not asked about the comprehensibility of the items, response options, or recall period	
16	Was each item tested in an appropriate number of patients? For qualitative studies For quantitative (survey) studies	≥7 ≥50	4-6 ≥30	<4 or not clear <30 or not clear		
17	Were skilled group moderators/interviewers used?	Skilled group moderators/interviewers used	Group moderators/interviewers had limited experience or were trained specifically for the study	Not clear if group moderators/interviewers were trained or group moderators/interviewers not trained and no experience		
18	Were the group meetings or interviews based on an appropriate topic or interview guide?	Appropriate topic or interview guide	Assumable that the topic or interview guide was appropriate, but not clearly described	Not clear if a topic guide was used or doubtful if topic or interview guide was appropriate or no guide		Not applicable
19	Were the group meetings or interviews recorded and transcribed verbatim?	All group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim	Assumable that all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim, but not clearly described	Not clear if all group meetings or interviews were recorded and transcribed verbatim or recordings not transcribed verbatim or only notes were made during the group meetings/interviews	No recording and no notes	Not applicable
<i>Analyses</i>						
20	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	
21	Were at least two researchers involved in the analysis?	At least two researchers involved in the analysis	Assumable that at least two researchers were involved in the analysis, but not clearly described	Not clear if two researchers were included in the analysis or only one researcher involved in the analysis		

2d. Asking professionals about relevance						
Design requirements		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
22	Was an appropriate method used to ask professionals whether each item is <u>relevant</u> for the construct of interest?	Widely recognized or well justified method used	Only quantitative (survey) method(s) used or assumable that the method was appropriate but not clearly described	Not clear if professionals were asked whether <u>each</u> item is relevant or doubtful whether the method was appropriate	Method used not appropriate or professionals not asked about the relevance of all items	
23	Were professionals from all relevant disciplines included?	Professionals from all required disciplines were included	Assumable that professionals from all required disciplines were included, but not clearly described	Doubtful whether professionals from all required disciplines were included or relevant professionals were not included		
24	Was each item tested in an appropriate number of professionals? For qualitative studies For quantitative (survey) studies	≥7 ≥50	4-6 ≥30	<4 or not clear <30 or not clear		
Analyses						
25	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	
26	Were at least two researchers involved in the analysis?	At least two researchers involved in the analysis	Assumable that at least two researchers were involved in the analysis, but not clearly described	Not clear if two researchers were included in the analysis or only one researcher involved in the analysis		
2e. Asking professionals about comprehensiveness						
Design requirement		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
27	Was an appropriate method used for assessing the <u>comprehensiveness</u> of the PROM?	Widely recognized or well justified method used	Only quantitative (survey) method(s) used or assumable that the method was appropriate but not clearly described	Doubtful whether the method was appropriate	Method used not appropriate	
28	Were professionals from all relevant disciplines included?	Professionals from all required disciplines were included	Assumable that professionals from all required disciplines were included, but not clearly described	Doubtful whether professionals from all required disciplines were included or relevant professionals were not included		
29	Was each item tested in an appropriate number of professionals? For qualitative studies For quantitative (survey) studies	≥7 ≥50	4-6 ≥30	<4 or not clear <30 or not clear		
Analyses						
30	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	
31	Were at least two researchers involved in the analysis?	At least two researchers involved in the analysis	Assumable that at least two researchers were involved in the analysis, but not clearly described	Not clear if two researchers were included in the analysis or only one researcher involved in the analysis		

Box 3. Structural validity					
Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model? ¹ yes / no					
Does the study concern unidimensionality or structural validity? ² unidimensionality / structural validity					
<i>Statistical methods</i>					
	very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
1 For CTT: Was exploratory or confirmatory factor analysis performed?	Confirmatory factor analysis performed	Exploratory factor analysis performed		No exploratory or confirmatory factor analysis performed	Not applicable
2 For IRT/Rasch: does the chosen model fit to the research question?	Chosen model fits well to the research question	Assumable that the chosen model fits well to the research question	Doubtful if the chosen model fits well to the research question	Chosen model does not fit to the research question	Not applicable
3 Was the sample size included in the analysis adequate?	FA: 7 times the number of items and ≥ 100 Rasch/1PL models: ≥ 200 subjects 2PL parametric IRT models OR Mokken scale analysis: ≥ 1000 subjects	FA: at least 5 times the number of items and ≥ 100 ; OR at least 6 times number of items but < 100 Rasch/1PL models: 100-199 subjects 2PL parametric IRT models OR Mokken scale analysis: 500-999 subjects	FA: 5 times the number of items but < 100 Rasch/1PL models: 50-99 subjects 2PL parametric IRT models OR Mokken scale analysis: 250-499 subjects	FA: < 5 times the number of items Rasch/1PL models: < 50 subjects 2PL parametric IRT models OR Mokken scale analysis: < 250 subjects	
<i>Other</i>					
4 Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws (e.g. rotation method not described)	Other important methodological flaws (e.g. inappropriate rotation method)	

¹ If the scale is not based on a reflective model, unidimensionality or structural validity is not relevant.

² In a systematic review, it is helpful to make a distinction between studies where factor analysis is performed on each (sub)scale separately to evaluate whether the (sub)scales are unidimensional (unidimensionality studies) and studies where factor analysis is performed on all items of an instrument to evaluate the (expected) number of subscales in the instrument and the clustering of items within subscales (structural validity studies)

Box 4. Internal consistency					
Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model? ¹ yes / no					
<i>Design requirements</i>					
	very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
1 Was an internal consistency statistic calculated for each unidimensional scale or subscale separately?	Internal consistency statistic calculated for each unidimensional scale or subscale		Unclear whether scale or sub scale is unidimensional	Internal consistency statistic NOT calculated for each unidimensional scale or sub scale	
<i>Statistical methods</i>					
2 For continuous scores: Was Cronbach's alpha or omega calculated?	Cronbach's alpha, or Omega calculated		Only item-total correlations calculated	No Cronbach's alpha and no item-total correlations calculated	Not applicable
3 For dichotomous scores: Was Cronbach's alpha or KR-20 calculated?	Cronbach's alpha or KR-20 calculated		Only item-total correlations calculated	No Cronbach's alpha or KR-20 and no item-total correlations calculated	Not applicable
4 For IRT-based scores: Was standard error of the theta (SE(θ)) or reliability coefficient of estimated latent trait value (index of (subject or item) separation) calculated?	SE(θ) or reliability coefficient calculated			SE(θ) or reliability coefficient NOT calculated	Not applicable
<i>Other</i>					
5 Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws	Other important methodological flaws	

¹ If the scale is not based on a reflective model, internal consistency is not relevant

Box 5. Cross-cultural validity\Measurement invariance						
Design requirements		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
1	Were the samples similar for relevant characteristics except for the group variable?	Evidence provided that samples were similar for relevant characteristics except group variable	Stated (but no evidence provided) that samples were similar for relevant characteristics except group variable	Unclear whether samples were similar for relevant characteristics except group variable	Samples were NOT similar for relevant characteristics except group variable	
Statistical methods						
2	Was an appropriate approach used to analyse the data?	A widely recognized or well justified approach was used	Assumable that the approach was appropriate, but not clearly described	Not clear what approach was used or doubtful whether the approach was appropriate	Approach not appropriate	Not applicable
3	Was the sample size included in the analysis adequate?	Regression analyses or IRT/Rasch based analyses: 200 subjects per group MGCFAs*: 7 times the number of items and ≥ 100	150 subjects per group 5 times the number of items and ≥ 100 ; OR 5-7 times the number of items but < 100	100 subjects per group 5 times the number of items but < 100	< 100 subjects per group < 5 times the number of items	
Other						
4	Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws	Other important methodological flaws	

Box 6. Reliability						
Design requirements		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
1	Were patients stable in the interim period on the construct to be measured?	Evidence provided that patients were stable	Assumable that patients were stable	Unclear if patients were stable	Patients were NOT stable	
2	Was the time interval appropriate?	Time interval appropriate		Doubtful whether time interval was appropriate or time interval was not stated	Time interval NOT appropriate	
3	Were the test conditions similar for the measurements? e.g. type of administration, environment, instructions	Test conditions were similar (evidence provided)	Assumable that test conditions were similar	Unclear if test conditions were similar	Test conditions were NOT similar	
Statistical methods						
4	For continuous scores: Was an intraclass correlation coefficient (ICC) calculated?	ICC calculated and model or formula of the ICC is described	ICC calculated but model or formula of the ICC not described or not optimal. Pearson or Spearman correlation coefficient calculated with evidence provided that no systematic change has occurred	Pearson or Spearman correlation coefficient calculated WITHOUT evidence provided that no systematic change has occurred or WITH evidence that systematic change has occurred	No ICC or Pearson or Spearman correlations calculated	Not applicable
5	For dichotomous/nominal/ordinal scores: Was kappa calculated?	Kappa calculated			No kappa calculated	Not applicable
6	For ordinal scores: Was a weighted kappa calculated?	Weighted Kappa calculated		Unweighted Kappa calculated or not described		Not applicable
7	For ordinal scores: Was the weighting scheme described? e.g. linear, quadratic	Weighting scheme described	Weighting scheme NOT described			Not applicable
Other						
8	Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws	Other important methodological flaws	

Box 7. Measurement error						
		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
<i>Design requirements</i>						
1	Were patients stable in the interim period on the construct to be measured?	Patients were stable (evidence provided)	Assumable that patients were stable	Unclear if patients were stable	Patients were NOT stable	
2	Was the time interval appropriate?	Time interval appropriate		Doubtful whether time interval was appropriate or time interval was not stated	Time interval NOT appropriate	
3	Were the test conditions similar for the measurements? (e.g. type of administration, environment, instructions)	Test conditions were similar (evidence provided)	Assumable that test conditions were similar	Unclear if test conditions were similar	Test conditions were NOT similar	
<i>Statistical methods</i>						
4	For continuous scores: Was the Standard Error of Measurement (SEM), Smallest Detectable Change (SDC) or Limits of Agreement (LoA) calculated?	SEM, SDC, or LoA calculated	Possible to calculate LoA from the data presented		SEM calculated based on Cronbach's alpha, or on SD from another population	Not applicable
5	For dichotomous/nominal/ordinal scores: Was the percentage (positive and negative) agreement calculated?	% positive and negative agreement calculated	% agreement calculated		% agreement not calculated	Not applicable
<i>Other</i>						
6	Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws	Other important methodological flaws	

Box 8. Criterion validity						
		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
<i>Statistical methods</i>						
1	For continuous scores: Were correlations, or the area under the receiver operating curve calculated?	Correlations or AUC calculated			Correlations or AUC NOT calculated	Not applicable
2	For dichotomous scores: Were sensitivity and specificity determined?	Sensitivity and specificity calculated			Sensitivity and specificity NOT calculated	Not applicable
<i>Other</i>						
3	Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws	Other important methodological flaws	

Box 9. Hypotheses testing for construct validity						
9a. Comparison with other outcome measurement instruments (convergent validity)						
		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
<i>Design requirements</i>						
1	Is it clear what the comparator instrument(s) measure(s)?	Constructs measured by the comparator instrument(s) is clear			Constructs measured by the comparator instrument(s) is not clear	
2	Were the measurement properties of the comparator instrument(s) sufficient?	Sufficient measurement properties of the comparator instrument(s) in a population similar to the study population	Sufficient measurement properties of the comparator instrument(s) but not sure if these apply to the study population	Some information on measurement properties of the comparator instrument(s) in any study population	No information on the measurement properties of the comparator instrument(s), OR evidence for insufficient measurement properties of the comparator instrument(s)	
<i>Statistical methods</i>						
3	Was the statistical method appropriate for the hypotheses to be tested?	Statistical method was appropriate	Assumable that statistical method was appropriate	Statistical method applied NOT optimal	Statistical method applied NOT appropriate	

<i>Other</i>						
4	Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws (e.g. only data presented on a comparison with an instrument that measures another construct)	Other important methodological flaws	

9b. Comparison between subgroups (discriminative or known-groups validity)						
<i>Design requirements</i>		very good	adequate	doubtful	inadequate	NA
5	Was an adequate description provided of important characteristics of the subgroups?	Adequate description of the important characteristics of the subgroups	Adequate description of most of the important characteristics of the subgroups	Poor or no description of the important characteristics of the subgroups		
<i>Statistical methods</i>						
6	Was the statistical method appropriate for the hypotheses to be tested?	Statistical method was appropriate	Assumable that statistical method was appropriate	Statistical method applied NOT optimal	Statistical method applied NOT appropriate	
<i>Other</i>						
7	Were there any other important flaws in the design or statistical methods of the study?	No other important methodological flaws		Other minor methodological flaws (e.g. only data presented on a comparison with an instrument that measures another construct)	Other important methodological flaws	

ANEXO 5: Información al experto

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL EXPERTO

Título del Proyecto: Estudio del factor relacional en la satisfacción del paciente odontológico con su plan de tratamiento.

Director/a del Proyecto: Dra. María Victoria Roqué, Dr. Luis Giner, Ignacio Macpherson

Investigador/a: Elisa Sanagustín

Departamento: Humanidades

¿CUÁLES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?

El objetivo de este estudio es valorar cómo la relación entre el paciente y el odontólogo influyen en la satisfacción con el tratamiento.

Para ello se analizarán las incidencias registradas en la clínica universitaria de odontología para saber cuántas tienen su origen en problemas de relación y comunicación entre el odontólogo y paciente. Seguidamente se creará un cuestionario que nos permita medir la satisfacción del paciente con su plan de tratamiento en relación a la comunicación y relación con el odontólogo.

Ello permitirá establecer un plan de acción de mejoras incluyendo herramientas que faciliten la relación paciente-odontólogo; con distintas finalidades: mejorar la satisfacción en la relación de paciente-odontólogo, mejorar la satisfacción con el tratamiento y reducir incidencias y quejas.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?

El beneficio inmediato de participar en el estudio es la contribución en el desarrollo científico y mejorar la relación odontólogo paciente.

¿CÓMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?

En caso de cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación contacte con: Sra. Elisa Sanagustín

Universitat Internacional de Catalunya

Dirección: C/ Josep Trueta, s/n, 08195, Sant Cugat del Vallès

Nº de teléfono: 93 504 20 00

He sido informado del objetivo del estudio y doy consentimiento a participar en calidad de experto -----(obligatorio)

ANEXO 6: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL SUJETO PARTICIPANTE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código del estudio:

Versión del protocolo: V1

Fecha de la versión: 27-5-2019

Fecha de la presentación: 27-5-2019

Título del Proyecto: Estudio del factor relacional en la satisfacción del paciente odontológico con su plan de tratamiento.

Director/a del Proyecto: Dra. María Victoria Roqué, Dr. Luis Giner y Dr. Ignacio Macpherson.

Investigador/a: Elisa Sanagustín

Departamento: Humanidades

Yo, _____ el _____ Sr./la _____ Sra:

.....

- He recibido información verbal sobre el estudio y he leído la información escrita que se adjunta, la cual me ha sido facilitada una copia.
- He comprendido lo que se me ha explicado y los posibles riesgos y beneficios de participar en el estudio.

- He podido comentar el estudio y hacer preguntas al profesional responsable.
- Doy mi consentimiento para tomar parte en el estudio y asumo que mi participación es totalmente voluntaria.
- Entiendo que me podré retirar en cualquier momento.

Mediante la firma de este formulario de consentimiento informado, doy mi consentimiento para que mis datos personales se puedan usar como se ha descrito en este formulario de consentimiento, que se ajusta a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado.

Firma del Participante Fecha de la firma

Núm. de DNI

Firma del Investigador/a Fecha de la firma

Nombre:

ANEXO 7: Información adicional al paciente

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL SUJETO PARTICIPANTE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Código del protocolo de investigación:

Versión del protocolo: V1

Fecha de la versión del protocolo: 27-5-2019

Fecha de la presentación del protocolo: 27-5-2019

Título del Proyecto: Estudio del factor relacional en la satisfacción del paciente odontológico con su plan de tratamiento.

Director/a del Proyecto: Dra. María Victoria Roqué, Dr. Luis Giner, Dr. Ignacio Macpherson.

Investigador/a: Elisa Sanagustín

Departamento: Humanidades

Hemos solicitado su participación en un estudio de investigación. Antes de decidir si aceptan participar, es importante que comprendan los motivos por los cuales se lleva a cabo la investigación: cómo se usará su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos y molestias que pueda comportar. En caso que participen en algún otro estudio, lo tendrán que comunicar al responsable para valorar si pueden participar en este.

¿CUÁLES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?

El objetivo de este estudio es valorar cómo la relación entre el paciente y el odontólogo influye en la satisfacción con el tratamiento.

Para ello se analizarán las incidencias registradas en la clínica universitaria de odontología para saber cuántas tienen su origen en problemas de relación y comunicación entre el odontólogo y paciente. Seguidamente se creará un cuestionario que nos permita medir la satisfacción del paciente con su plan de tratamiento en relación a la comunicación y relación con el odontólogo.

Ello permitirá establecer un plan de acción de mejoras incluyendo herramientas que faciliten la relación paciente-odontólogo; con distintas finalidades: mejorar la satisfacción en la relación de paciente-odontólogo, mejorar la satisfacción con el tratamiento y reducir incidencias y quejas.

¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?

La decisión sobre participar o no en la investigación corresponde a ustedes. En el caso en que no quieran participar o bien quieran abandonar, la calidad de la asistencia que reciban no se verá afectada. Si deciden participar, les pasaremos un formulario de consentimiento informado para que lo firmen.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?

No hay ningún efecto secundario, ni riesgo asociado a la participación de este estudio.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?

El beneficio inmediato de participar en el estudio es la contribución en el desarrollo científico y mejorar la relación odontólogo paciente.

¿CÓMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS EN EL ESTUDIO?

El trato, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustan a lo que dispone la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Estos datos, no incluyen ni su nombre ni su dirección, sino que se le asignará un número de código. Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con ustedes. No obstante, las autoridades reguladoras, el comité de ética independiente u otras entidades de supervisión podrán revisar sus datos personales. El objetivo de dichas revisiones es garantizar la dirección adecuada del estudio o la cualidad de los datos del estudio.

Si retiran del consentimiento informado de usar sus datos para el estudio, no podrán continuar participando en la investigación. Han de tener en cuenta que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía, si bien, su identidad no será revelada.

¿CÓMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?

Mediante la firma de este formulario, asienten que han sido informados de las características del estudio, han entendido la información y se les ha clarificado todas sus dudas.

En caso de padecer un daño relacionado con el estudio o para obtener respuesta a cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación contacte con:

Sra. Elisa Sanagustín

Universitat Internacional de Catalunya

Dirección: C/ Josep Trueta, s/n, 08195, Sant Cugat del Vallès

Nº de teléfono: 93 504 20 00