



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Conocimiento sobre consentimiento informado en Odontología. Una encuesta aplicada a los odontólogos de la Universidad Europea de Valencia

Knowledge about Informed Consent in Dentistry. A survey to dental practitioners of Universidad Europea de Valencia

Coneixement sobre consentiment informat en Odontologia. Una enquesta aplicada als odontòlegs de la Universitat Europea de València

MANFREDI GIANNÍ, MILAGROS ADOBES MARTÍN, DANIELE GARCOVICH, MARÍA JESÚS PARDO MONEDERO, CAROLINA ANDRÉS CASTELLÓ *

* Manfredi Gianni. Doctor en Biomedicina y Ciencias de la Salud. Profesor de Odontología, Universidad Europea de Valencia (España). Email: sondaespecchio@gmail.com.

* Milagros Adobes Martín. Departamento de Odontología. Universidad Europea de Valencia (España). Email: milagros.adobes@universidadeuropea.es.

* Daniele Garcovich. Departamento de Odontología. Universidad Europea de Valencia (España). Email: daniele.garcovich@universidadeuropea.es.

* M^a Jesús Pardo Monedero. Departamento de Odontología. Universidad Europea de Madrid (España). Email: mariajesus.pardo@universidadeuropea.es.

* Carolina Andrés Castelló. Departamento de Odontología. Universidad Europea de Valencia (España). Email: carolina.andres@universidadeuropea.es.



Copyright (c) 2021 Manfredi Gianni, Milagros Adobes Martín, Daniele Garcovich, María Jesús Pardo Monedero, Carolina Andrés Castelló – Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

Introducción: Conocer los aspectos fundamentales del consentimiento informado es imprescindible para una correcta práctica clínica odontológica. **Objetivo:** Valorar el conocimiento de los odontólogos sobre el Consentimiento Informado y relacionarlo con género, edad y especialidad del odontólogo. Analizar la relación entre apreciación sobre la formación ética del odontólogo y el manejo de situaciones éticas en la consulta con género, edad y especialidad del odontólogo. **Material y método:** se aplicó un cuestionario online a los odontólogos que prestan servicio en la Clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia. **Resultados:** se analizaron 62 cuestionarios. Se obtuvo una nota ponderada de $4,27 \pm 0,55$ en conocimiento objetivo. **Conclusiones:** los odontólogos suelen tener un nivel de conocimiento entre medio y bajo. No se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre consentimiento informado en Odontología y las variables edad, género y especialidad. La percepción que el odontólogo tiene sobre su formación ética no guarda ninguna diferencia estadísticamente significativa con edad, género y especialidad. El manejo de la situación clínica guarda una relación estadísticamente significativa con la especialidad de Ortodoncia con independencia de la edad y género del odontólogo. En relación a la segunda situación clínica no se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa con respecto a edad, género y especialidad del odontólogo.

Palabras clave: consentimiento informado; odontología; odontología pediátrica; toma de decisiones; bioética; conocimiento.

Abstract

Introduction: Knowing the fundamental aspects of informed consent is essential for a correct dental clinical practice. **Objective:** Assess the knowledge of the dentists on the Informed Consent and relate it to the gender, age and specialty of the dentist. Analyze the relationship between the appreciation about the ethic training of the dentist and the management of clinical ethical situations with gender, age and specialty of the dentist. **Material and methods:** An online survey about informed consent was sent to the dentists practising in the dental clinic of Universidad Europea of Valencia. **Results:** 62 questionnaires were analysed. A grade of 4.27 ± 0.55 was obtained in objective knowledge. **Conclusions:** Dentists usually have a medium to low level of knowledge. There was no statistically significant difference between the level of knowledge on informed consent in dentistry and the age, gender and specialty. There was no statistically significant difference between the dentist's perception of his ethical training and age, gender and specialty. A statistically significant difference was found between the management of the clinical situation and the specialty of Orthodontics regardless of the age and gender of the dentist. Regarding the second clinical situation, no statistically significant difference was found regarding the age, gender and specialty of the dentist.

Keywords: Informed consent; dentistry; pediatric dentistry; decision making; bioethics; knowledge.

Resum

Introducció: Conèixer els aspectes fonamentals del consentiment informat és imprescindible per a una correcta pràctica clínica odontològica. **Objectiu:** Valorar el coneixement dels odontòlegs sobre el Consentiment Informat i relacionar-lo amb gènere, edat i especialitat de l'odontòleg. Analitzar la relació entre apreciació sobre la formació ètica de l'odontòleg i el maneig de situacions ètiques en la consulta amb gènere, edat i especialitat de l'odontòleg. **Material i mètode:** es va aplicar un qüestionari online als odontòlegs que presten servei en la Clínica odontològica de la Universitat Europea de València. **Resultats:** es van analitzar 62 qüestionaris. Es va obtenir una nota ponderada de $4,27 \pm 0,55$ en coneixement objectiu. **Conclusions:** Els odontòlegs solen tenir un nivell de coneixement entre mitjà i baix. No s'ha trobat cap diferència estadísticament significativa entre el nivell de coneixements sobre consentiment informat en Odontologia i les variables edat, gènere i especialitat. La percepció que l'odontòleg té sobre la seva formació ètica no guarda cap diferència estadísticament significativa amb edat, gènere i especialitat. El maneig de la situació clínica guarda una relació estadísticament significativa amb l'especialitat d'Ortodòncia amb independència de l'edat i gènere de l'odontòleg. En relació a la segona situació clínica no s'ha trobat cap diferència estadísticament significativa respecte a edat, gènere i especialitat de l'odontòleg.

Paraules claus: consentiment informat; odontologia; odontologia pediàtrica; presa de decisions; bioètica; coneixement.

1. Introducción

El avance de la ciencia y la tecnología incrementa vertiginosamente e incide en nuestra forma de vida. Los cambios producidos en los últimos años en Odontología, han impulsado el desarrollo de un nuevo modelo de relación odontólogo-paciente. El consentimiento informado representa este tipo de relación contractual y constituye un elemento de respeto al paciente y a su vez una nueva forma de trabajo en ámbito odontológico(1). La relación médico-paciente que se ha ido desarrollando a lo largo de la historia, no constituye simplemente un vínculo entre dos personas, sino una relación que se constituye para alcanzar un objetivo común relacionado con la salud del paciente: la toma de decisiones conjunta. Se han sucedido tres principales modelos de esta relación desde el más antiguo, el paternalista, hasta el más complejo, el responsable. El modelo paternalista, donde la autoridad y el conocimiento están depositadas en la figura del médico, que decide sin tener en cuenta la opinión del paciente, sin tomar su consentimiento. El modelo autónomo, que nace con la difusión de las políticas que se centran en la exaltación del individuo y su derecho de autonomía en ámbito social y del sistema de salud; y el modelo responsable, relacionado con un sistema de atención sanitaria más moderno, que se basa en la equidad de las dos partes que participan en la toma de decisiones. En él, médico y paciente tienen ciertas responsabilidades, se instaura un diálogo y un flujo de información necesarios para lograr la toma conjunta de decisiones, detallando explicaciones relacionadas con la enfermedad que padece el paciente y con el tratamiento de la misma, incluyendo las posibles consecuencias favorables o desfavorables (2,3). A partir de la segunda mitad del los años '50 se empezó a desarrollar un fuerte cientifismo en el campo médico que enfatizaba la práctica médica basada en la evidencia, conjuntándola con las ciencias biológicas y de esta forma nació la biomedicina; las nuevas investigaciones clínicas empezaban a ser apoyadas por una importante validación estadística y científica. Los programas educativos de las universidades se diseñaron para asegurar transmisión de conocimientos técnico-científicos comprobados, y proponían un entrenamiento en unas competencias básicas a adquirir para ejecutar adecuadamente la práctica médica. Las disciplinas sociales de interés en medicina, como la sociología médica o la antropología médica, quedaban en posiciones marginadas y no se solían incorporar las humanidades médicas como la filosofía, historia, literatura y las artes. Solo recientemente la bioética ha entrado en los currículos de las Ciencias de la Salud, ocupando un lugar periférico. A partir del desarrollo del principio de autonomía del paciente y de la capacidad para tomar decisiones para su salud, se ha producido un cambio importante en la relación médico-paciente. El crecimiento acelerado del conocimiento científico, y las grandes transformaciones sociales, generan cambios en los modos de pensar y en la manera de abordar no sólo las situaciones cotidianas, sino otras de orden político, científico,

ético, moral, jurídico, económico, social y cultural. En este contexto aparece la bioética, una reflexión ética aplicada a los problemas morales que tienen que ver con la vida (4-6).

La legislación española relativa al consentimiento informado en Odontología ha ido evolucionando en los últimos años aclarando los aspectos a considerar a la hora de realizar la práctica clínica: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”(7). El artículo 19 de esta ley describe en que casos se debe prestar el consentimiento por representación (8-10). Se refuerza el derecho del menor a ser oído y escuchado en el artículo 9 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, donde se especifica que “el menor tiene derecho a ser oído y escuchado. sin discriminación alguna por edad, discapacidad, o cualquier otra circunstancia, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez. El menor deberá recibir la información que le permita el ejercicio de este derecho en un lenguaje comprensible, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias y se considera, en todo caso, que tiene suficiente madurez cuando tenga doce años cumplidos” (11). Con la Ley del 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se modifican los apartados 3, 4 y 5 de la ley anterior y se añaden los apartados 6 y 7, al artículo 9 de la Ley 41/2002, en relación al consentimiento por representación, de manera que quedan redactados como sigue: “3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- (a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- (b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
- (c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- (d) Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave

riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.”(12).

La última modificación de la Ley 41/2002 se realizó el 21 de septiembre del 2015 con la ley 11/2015, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo (13).

En la práctica clínica odontológica se han de considerar varios factores éticos fundamentales para conseguir una adecuada relación con el paciente. Vivimos en una sociedad que presenta problemáticas cada vez más complejas en materia de salud; además ha cambiado la percepción de la enfermedad, de sus consecuencias y de cómo nos enfrentamos a ella. En la actualidad los pacientes van exigiendo más beneficios y rendimiento en sus demandas; el marketing publicitario influye en las expectativas del paciente, siendo estas poco reales y difíciles de cumplir. Los profesionales de la salud oral deben tener una sólida fundamentación ética adquirida en las bases curriculares de sus enseñanzas. Es imprescindible comprender que las acciones derivadas de una incorrecta práctica clínica en la cuál no se incluye el consentimiento informado afectan directamente al individuo y a largo plazo a la sociedad. Por tanto, debemos valorar que los aspectos éticos del profesional de la salud bucal deben abordarse en profundidad desde las universidades y los colegios profesionales. La comunidad de odontólogos ha de tener un consenso unificado en cuanto a la importancia de utilizar el consentimiento informado, y una vez elaborado y obtenido el documento valorar la proyección de éste en la verdadera utilidad clínica más que en la obligación legal del documento. Resulta imprescindible realizar correctamente la práctica clínica a nivel odontológico, respetando los derechos del paciente y del paciente menor de edad, actuando de una manera ética: por esta razón es útil investigar sobre la manera de utilizar el consentimiento por parte de los odontólogos y examinar que formación tienen a respecto.

2. Objetivo

Valorar el conocimiento de los odontólogos sobre consentimiento informado en Odontología. Identificar el nivel de conocimiento con respecto a género, edad y especialidad del odontólogo. Evaluar la percepción de los encuestados sobre su propia formación bioética y manejo de problemas éticos en la consulta en relación a género, edad y especialidad de los mismos.

3. Material y método

3.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el periodo temporal para su realización fue de dos meses naturales desde su inicio en abril de 2019.

3.2 Población y muestra

La población estudiada estaba compuesta por los 62 odontólogos que prestan servicio en la Clínica Universitaria Odontológica de la Universidad Europea de Valencia. Los criterios de inclusión fueron: odontólogo que presta servicio en la Clínica Universitaria Odontológica de la Universidad Europea de Valencia. Criterios de exclusión: no cumplir con los requisitos de inclusión; no acceder a participar en el estudio, falta de consentimiento, cuestionario sin cumplimentar, cuestionario incompleto.

3.3 Variables de estudio

El cuestionario de recogida de datos, constó de tres partes: la primera incluyó datos generales: edad, género y especialidad; la segunda con 10 preguntas de conocimientos objetivos y percepción que los odontólogos tienen sobre los mismos; la tercera con 2 casos clínicos de manejo de situaciones éticas en la consulta odontológica. Los datos recogidos a través del cuestionario se trasladaron en documento Excel de Microsoft a través de la Tabla 1 y sucesivamente se elaboraron en la aplicación SPSS. Las variables tomaron los valores representados en la Tabla 2. En la primera parte del estudio la variable principal fue el conocimiento objetivo sobre consentimiento informado en Odontología; en la segunda parte, la percepción que el odontólogo tuvo sobre su formación bioética y el posible manejo de situaciones clínicas de naturaleza ética en la consulta odontológica. Para cada una de estas variables se estudió si existían diferencias significativas en función de las variables secundarias género, edad y especialidad. Los conocimientos objetivos se estudiaron a partir de las respuestas a las preguntas 5, 6, 7, 8, 9 y 11. Para el estudio de la percepción de los odontólogos sobre su formación bioética se utilizaron las preguntas 4, 10, 12, 13. Con las preguntas 14 y 15 se estudió el posible manejo de situaciones de conflicto en la consulta odontológica.

3.4 Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó a un nivel de confianza del 95% considerando estadísticamente significativos aquellos resultados para los cuales el p-valor obtenido fue menor de 0,05. Para el estudio del nivel medio de conocimientos objetivos en función de cada uno de los factores estudiados (género, edad, especialidad), se realizaron pruebas ANOVA y el test T de Student, o, el test de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis, dependiendo de las características de los datos obtenidos. Se usaron las tablas de contingencia y pruebas Chi-Cuadrado para estudiar la relación entre el resto de las variables principales y secundarias estudiadas.

3.5 Consideraciones éticas

Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario online: “Consentimiento Informado en Odontología” (Ver anexo, fig. 1), una vez recibida la aprobación por parte del comité de ética de la Universidad Europea. El cuestionario se aplicó conforme al nuevo Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), para el tratamiento de datos personales en la Unión Europea, en vigor a partir de mayo de 2018. Una vez recibido y abierto el enlace, antes de acceder al cuestionario de carácter anónimo, el encuestado debía marcar que había leído y entendido la hoja de información sobre la investigación y conceder su consentimiento.

Tabla 1. Tabla de Recogida de datos

Encuestado	Variables sociodemograficas			Percepción	Conocimient	Conocimient	Conocimient	Conocimient	Percepción	Conocimient	Percepción	Percepción	CASO CLIN 1	CASOCLIN2
	Edad	Género	Especialidad	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15
Respuestas	a-b-c-d	a-b	a-b-c-d-e-f-g	a-b-c-d-e	a-b-c-d	a-b-c-d	a-b-c	a-b-c-d	a-b-c	a-b-c-d	a-b-c-d	a-b-c-d	a-b-c-d	a-b-c-d
1	d	a	g	d	1	1	0	0	c	0	c	b	0	1
2	a	b	g	b	1	1	1	1	b	1	b	b	0	1
3	a	b	b	d	0	1	0	0	b	0	b	b	1	0

Tabla 2. Tratamiento de las variables

Variables		Código	Valor
Conocimientos objetivos		0	0
		1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		6	6
Percepción sobre el conocimiento	Pregunta 4	A	Ninguno
		B	Poco
		C	Regular
		D	Bastante
		E	Mucho
	Pregunta 10	A	Siempre
		B	Depende de la decisión o situación
		C	Nunca
	Pregunta 12	A	Siempre
		B	Depende de la decisión
		C	Algunas veces
		D	Nunca
	Pregunta 13	A	Ninguna
B		Insuficiente	
C		Bastante	
D		Mucha	
Edad		0	23 – 34
		1	35 – 44
		2	45 – 54
		3	55 o más
Género		0	Masculino
		1	Femenino
Especialidad		A	Odontopediatría
		B	Ortodoncia
		C	Endodoncia
		D	Estética
		E	Cirugía
		F	Periodoncia
		G	Odontólogo General
Pregunta 14		0	Incorrecto
		1	Correcto
Pregunta 15		0	Incorrecto
		1	Correcto

Las respuestas consideradas como correctas se muestran en la Tabla 3.

Nº Pregunta	Respuesta correcta
5. Consentimiento informado:	Un proceso continuado interactivo entre odontólogo y el paciente para una coreact toma de decisiones.
6. Edad mínima para firmar consentimiento informado	Desde los 16 años o desde 18 años.
7. Firma de consentimiento informado por parte de un menor	Si, salvo algunos casos especiales.
8. Edad a partir de la cual se puede tener en cuenta la opinión de un adolescente	12 años
9. Quién debe de ser capaz de valorar la madurez de un adolescente	El odontólogo.
11. Respeto del derecho de confidencialidad de un paciente adolescente	Se respetara salvo en excepciones, marcadas por la ley, en las que se debe de informar a sus padres/tutores.
14. Manejo de situación práctica nº1	Ponemos en conocimiento al resto del equipo de atención Primaria que le corresponde, le damos toda la información disponible e intentamos ayudarle para que deje sus hábitos tóxicos.
15. Manejo de situación práctica nº2	Para que pueda tomar una decisión informada y libre le facilitamos la información necesaria y le damos un tiempo

Tabla 3. Respuestas correctas a las preguntas sobre conocimiento objetivos y manejo de situaciones prácticas.

4. Resultados

Se analizaron 62 cuestionarios, cumplimentados por 40 mujeres y 22 hombres. Se obtuvo una nota media de todas las respuestas sobre conocimientos objetivos de $4,27 \pm 0,55$ sobre 10, como mostrado en la Tabla 4.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Total	62	4,27	2,15	0,27	3,73	4,82	0,00	10,00

Tabla 4. Nota ponderada de los conocimientos objetivos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos objetivos de hombres y mujeres, entre profesionales de las distintas especialidades y por grupo de edad (Gráficos 1-3, Tablas 5-7).

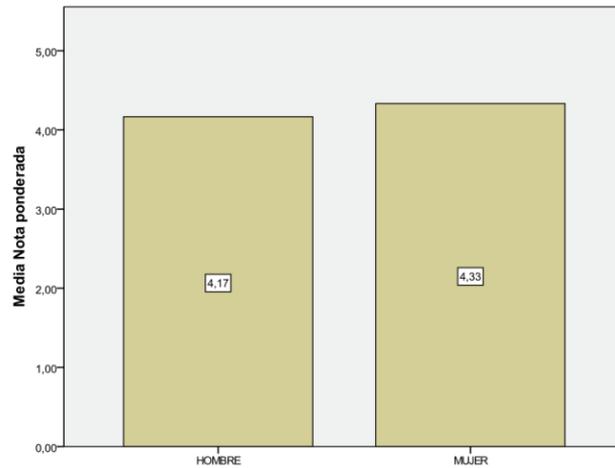


Gráfico 1. Nota ponderada de los conocimientos objetivos según género

Prueba T para la igualdad de medias						
t	gl	p-valor	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
-.290	60	,773	-,16667	,57425	-1,31534	,98201

Tabla 5. T de Student para la comparación de medias de la nota ponderada de los conocimientos objetivos según género.

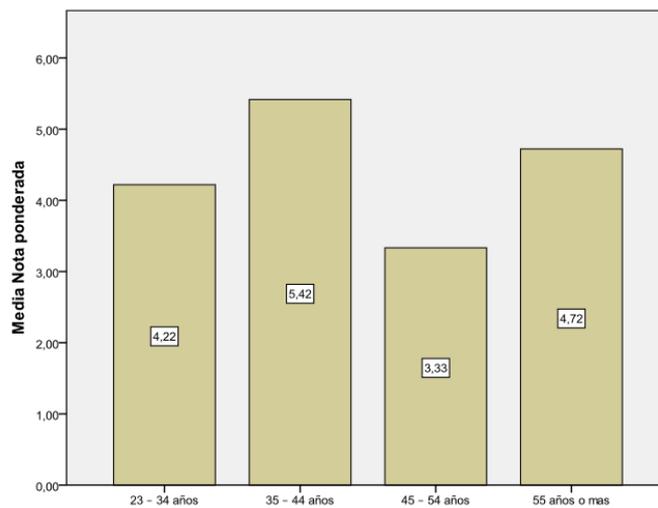


Gráfico 2. Nota ponderada de los conocimientos objetivos según la edad.

Estadísticos de contraste^{a,b}

	Numero de respuestas acertadas
Chi-cuadrado	3,750
gl	3
Sig. asintót.	,290

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: EDAD

Tabla 6. Prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de medias de la nota ponderada de los conocimientos objetivos según la edad.

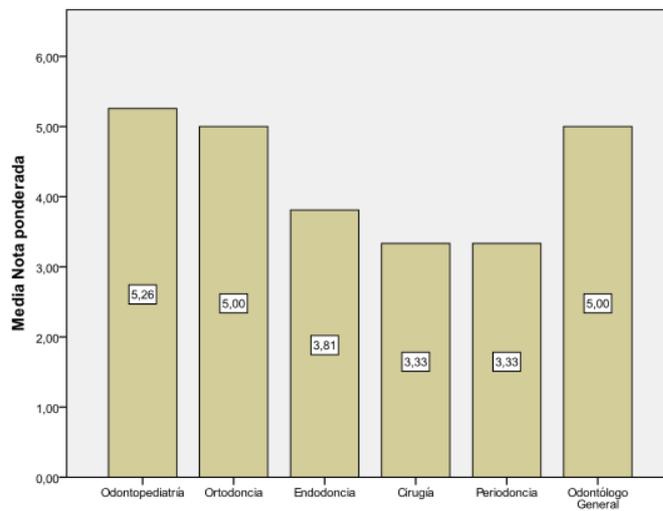


Gráfico 3. Nota ponderada de los conocimientos objetivos según la especialidad.

Estadísticos de contraste^{a,b}

	Numero de respuestas acertadas
Chi-cuadrado	3,750
gl	3
Sig. asintót.	,290

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: EDAD

Tabla 7. Prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de medias de la nota ponderada de los conocimientos objetivos según la especialidad.

En relación a los conocimientos previos sobre la ética y el derecho antes de comenzar los estudios de odontología: el 20,97% de los profesionales afirmó que no tuvo ningún conocimiento, el 29,03% poco conocimiento, el 33,87% un conocimiento regular y el 16,13% bastante. (Tabla 8)

	Ninguno	Poco	Regular	Bastante	Total
Recuento	13	18	21	10	62
%	20,97%	29,03%	33,87%	16,13%	100,00%

Tabla 8. Percepción del odontólogo sobre su formación previa a sus estudios.

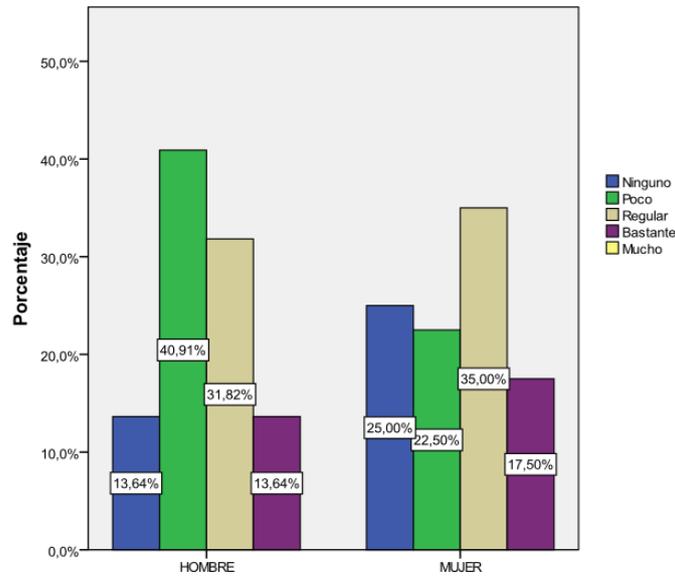


Gráfico 4. Porcentaje de la Percepción del odontólogo sobre su formación previa a sus estudios según el género.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,705 ^a	3	,439
Razón de verosimilitudes	2,699	3	,440
Asociación lineal por lineal	,000	1	,986
N de casos válidos	62		

Tabla 9. Prueba de chi cuadrado para la percepción del odontólogo sobre su formación previa a sus estudios según el género.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,489 ^a	3	,090
Razón de verosimilitudes	7,647	3	,054
Asociación lineal por lineal	,536	1	,464
N de casos válidos	62		

Tabla 11. Prueba de chi cuadrado para la percepción del odontólogo sobre su formación previa a sus estudios según la especialidad.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución de los conocimientos previos de los profesionales, por género, distintas especialidades y por grupo de edad (Gráfico4-6, Tabla 9-11).

En relación a la capacidad para valorar la madurez de un adolescente según lo mostrado en la Tabla 12: el 4,48% de los profesionales consideró que siempre hubiese tenido esa capacidad, el 75,81% contestó que dependía de la decisión o situación y el 19,35% que nunca se consideraría capacitado. En relación a la capacidad para valorar la madurez de un adolescente relacionada con género edad y especialidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 7-9, Tabla 13-15).

	Siempre	Depende de la decisión o situación	Nunca	Total
Total Recuento	3	47	12	62
%	4,84%	75,81%	19,35%	100,00%

Tabla 12 . Respuestas a la pregunta n°10.

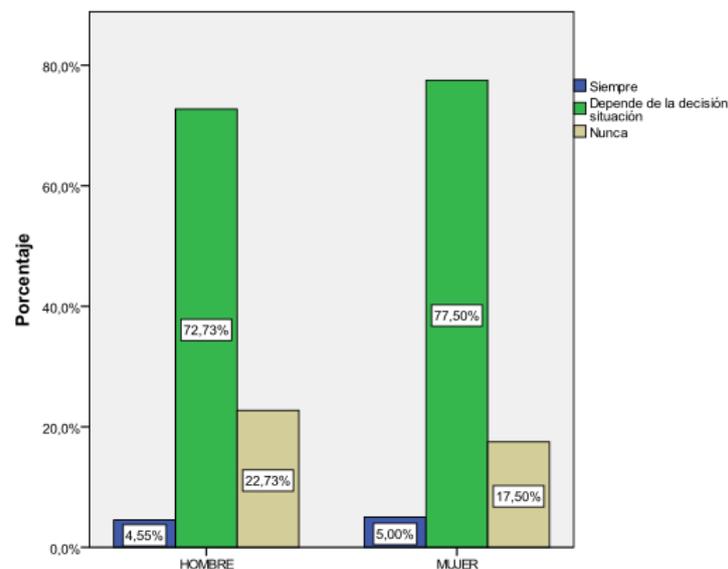


Gráfico 7. Porcentaje de la respuesta a la pregunta sobre la capacidad del odontólogo para evaluar la madurez de un adolescente según género

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,249 ^a	2	,883
Razón de verosimilitudes	,245	2	,885
Asociación lineal por lineal	,204	1	,651
N de casos válidos	62		

Tabla 13. Prueba de chi cuadrado para la respuesta a la pregunta sobre la capacidad del odontólogo para evaluar la madurez de un adolescente según género.

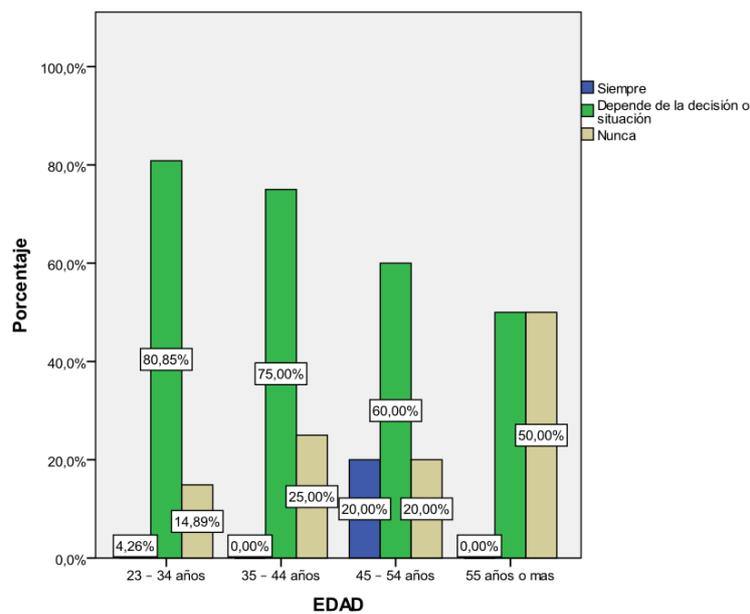


Gráfico 8. Porcentaje de la respuesta a la pregunta sobre la capacidad del odontólogo para evaluar la madurez de un adolescente según edad.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,204 ^a	6	,302
Razón de verosimilitudes	5,860	6	,439
Asociación lineal por lineal	2,078	1	,149
N de casos válidos	62		

Tabla 14. Prueba de chi cuadrado para la respuesta a la pregunta sobre la capacidad del odontólogo para evaluar la madurez de un adolescente según edad.

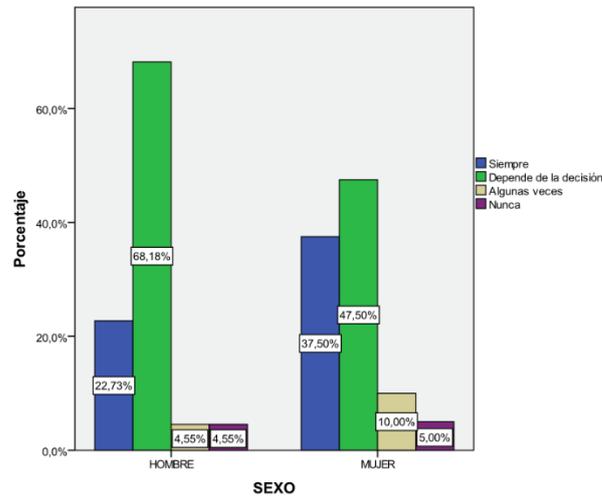


Gráfico 11. Respuestas sobre la capacidad de un odontólogo para manejar una situación conflictiva en la que se tenga que dialogar y buscar soluciones por género.

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	2,597 ^a	3	,458
Razón de verosimilitudes	2,670	3	,445
Asociación lineal por lineal	,172	1	,679
N de casos válidos	62		

Tabla 16. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta sobre la capacidad de un odontólogo para manejar una situación conflictiva en la que se tenga que dialogar y buscar soluciones por género.

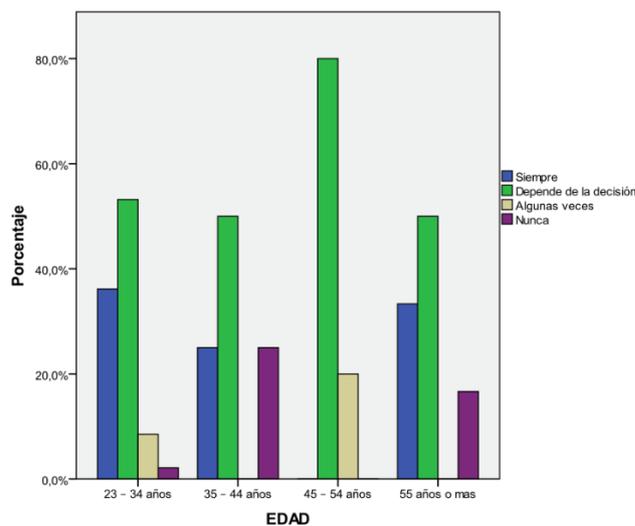


Gráfico 12. Respuestas sobre la capacidad de un odontólogo para manejar una situación conflictiva en la que se tenga que dialogar y buscar soluciones por edad.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,299 ^a	9	,327
Razón de verosimilitudes	10,448	9	,315
Asociación lineal por lineal	1,625	1	,202
N de casos válidos	62		

Tabla 17. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta sobre la capacidad de un odontólogo para manejar una situación conflictiva en la que se tenga que dialogar y buscar soluciones por edad.

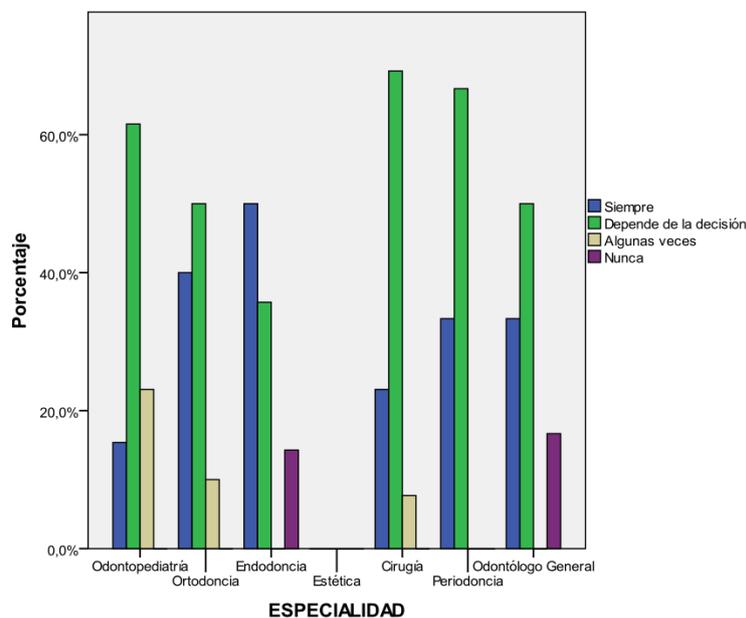


Gráfico 13. Respuestas sobre la capacidad de un odontólogo para manejar una situación conflictiva en la que se tenga que dialogar y buscar soluciones por especialidad.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,924 ^a	15	,323
Razón de verosimilitudes	18,431	15	,241
Asociación lineal por lineal	,131	1	,717
N de casos válidos	62		

Tabla 18. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta sobre la capacidad de un odontólogo para manejar una situación conflictiva en la que se tenga que dialogar y buscar soluciones por especialidad.

En relación a la pregunta anterior relacionada con edad género y especialidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 11-13, Tabla 16-18).

En el análisis de la formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho: el 17,74%% de los profesionales afirmó no haber recibido ninguna formación, el 50% una formación insuficiente, el 30,65% contestó que fue bastante y el 1,61% que la formación recibida fue mucha (Gráfico 14).

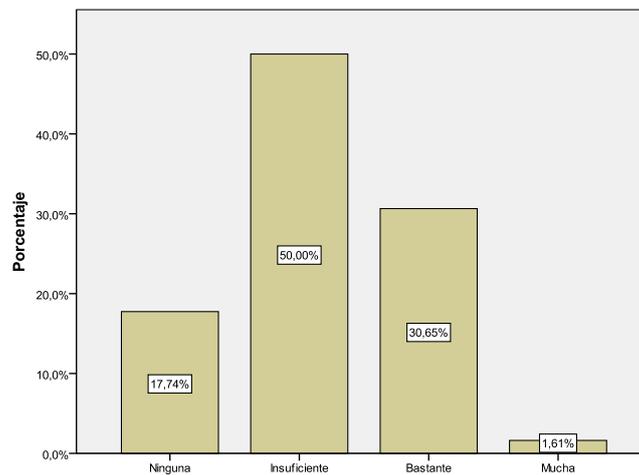


Gráfico 14. Formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho.

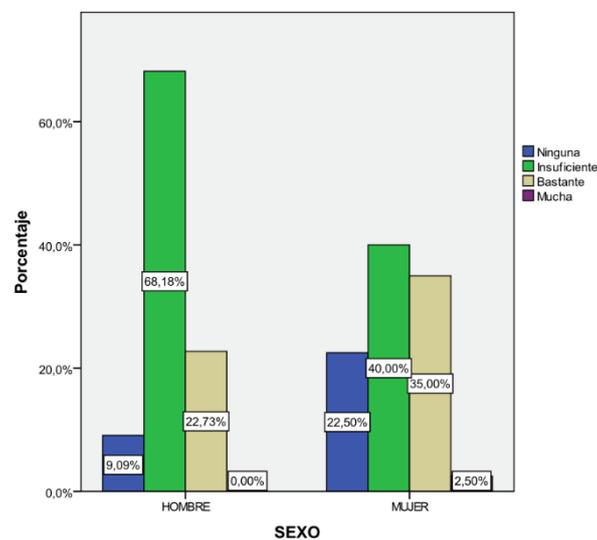


Gráfico 15. Formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho según género.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,941 ^a	3	,176
Razón de verosimilitudes	5,374	3	,146
Asociación lineal por lineal	,040	1	,842
N de casos válidos	62		

Tabla 19. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta sobre la formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho según género.

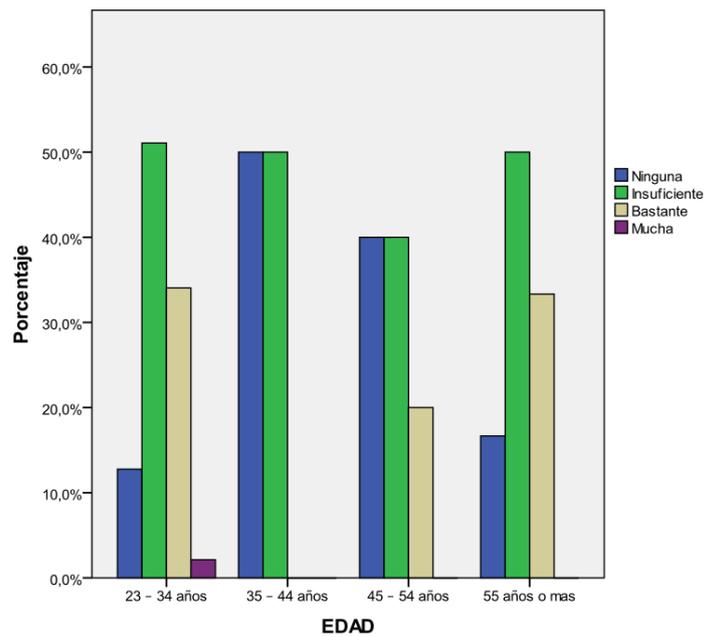


Gráfico 16. Formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho según edad.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,434 ^a	9	,696
Razón de verosimilitudes	6,841	9	,654
Asociación lineal por lineal	1,163	1	,281
N de casos válidos	62		

Tabla 20. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta sobre la formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho según edad.

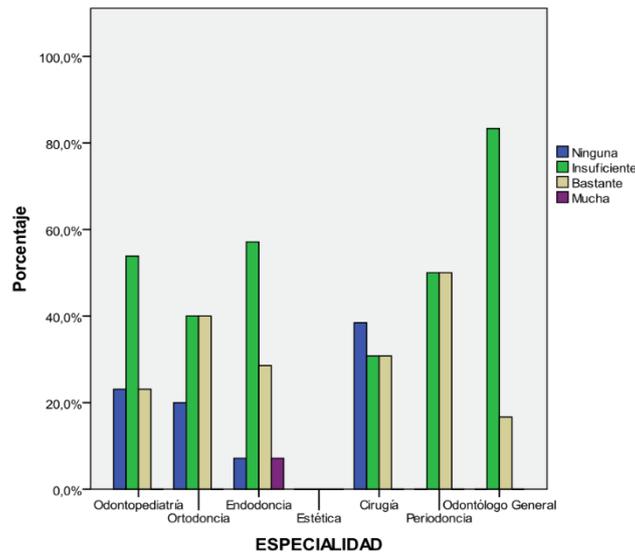


Gráfico 17. Formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho según especialidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,185 ^a	3	,364
Razón de verosimilitudes	4,197	3	,241
Asociación lineal por lineal	,000	1	,985
N de casos válidos	62		

Tabla 21. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta sobre la formación recibida durante la carrera sobre la ética y el derecho según especialidad..

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción que el odontólogo tiene sobre su formación bioética en relación a la edad, género y especialidad. (Gráfico 14-17, Tabla 19-21).

Para la primera situación clínica de manejo según lo ilustrado en el Gráfico 18: el 69,35% de los profesionales contestó incorrectamente y el 30,65% correctamente.

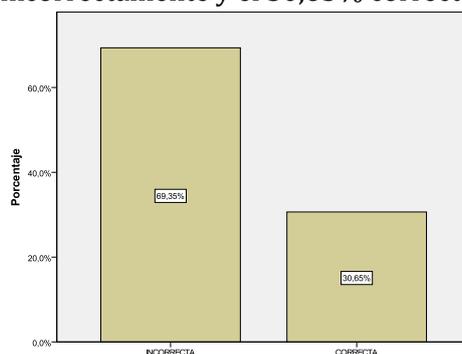


Gráfico 18. Respuestas a la pregunta n°14

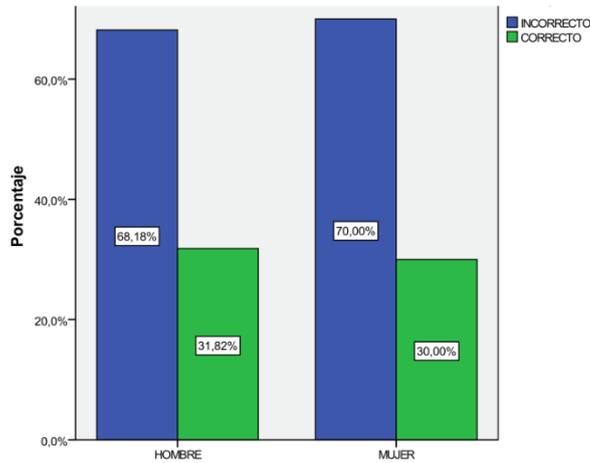


Gráfico 19. Respuestas a la pregunta n°14 según género.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	,022 ^a	1	,882
Razón de verosimilitudes	,022	1	,882
N de casos válidos	62		

Tabla 21. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta 14 según género.

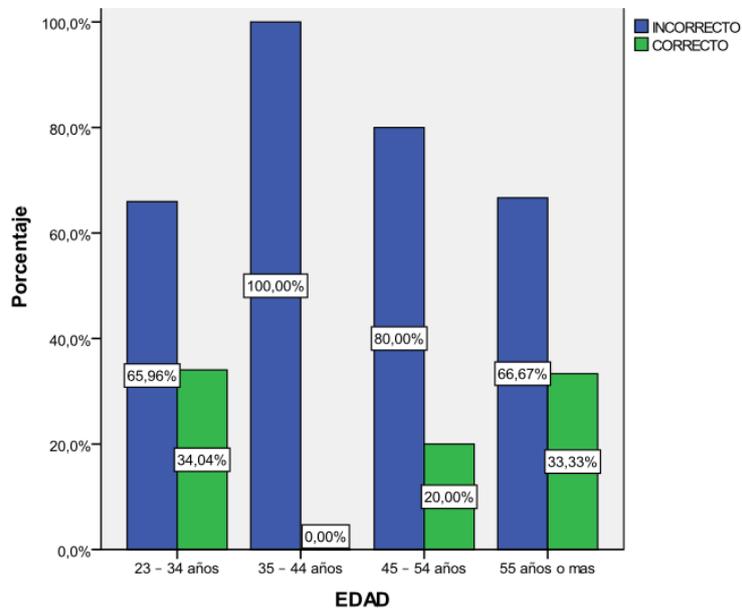


Gráfico 20. Respuestas a la pregunta n°14 según edad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,310 ^a	3	,511
Razón de verosimilitudes	3,487	3	,322
Asociación lineal por lineal	,246	1	,620
N de casos válidos	62		

Tabla 22. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta 14 según edad.

En relación a la primera situación clínica entre el grupo de los hombres y mujeres, o por grupo de edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 18-20, Tabla 21-22).

De los especialistas en odontopediatría el 76,92% respondió de forma incorrecta y el 23,08% de forma correcta; de los especialistas en ortodoncia el 30% respondió de forma incorrecta y el 70% de forma correcta; de los especialistas en endodoncia el 71,43% respondió de forma incorrecta y el 28,57% forma correcta; de los especialistas en cirugía el 69,23% respondió de forma incorrecta y el 30,77% de forma correcta; de los especialistas en periodoncia el 100 % de forma incorrecta y ninguno contestó de forma correcta; de los especialistas en odontología general el 83,33% de forma incorrecta y el 16,67% de forma correcta. (Gráfico 21)

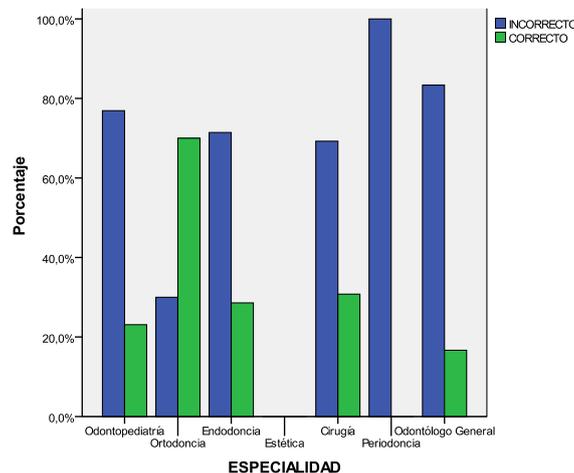


Gráfico 21. Porcentajes de respuestas correctas e incorrectas a la pregunta 14 según la especialidad del odontólogo.

El p-valor de la prueba chi-cuadrado fue de 0,036, menor que 0,05, por lo que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al porcentaje de aciertos y fallos en función de la especialidad (Tabla 22).

?	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,869 ^a	5	,054
Razón de verosimilitudes	11,944	5	,036
Asociación lineal por lineal	2,184	1	,139
N de casos válidos	62	?	?

?

Tabla 22. Prueba de chi-cuadrado sobre la pregunta 14.

Comparaciones de proporciones de columnas

Respuestas	ESPECIALIDAD						
	Odontopediatría	Ortodoncia	Endodoncia	Estética	Cirugía	Periodoncia	Odontólogo General
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
INCORRECTA	B		B	a,b		b	B
CORRECTA		A C G		a,b		b	

Los resultados se basan en pruebas bilaterales con un nivel de significación 0.05. Para cada par significativo, la clave de la categoría con la proporción de columna menor aparece debajo de la categoría con mayor proporción de columna.

a. Esta categoría no se utiliza en las comparaciones porque la suma de ponderaciones de los casos es inferior a dos.

b. Esta categoría no se utiliza en las comparaciones porque su proporción de columna es igual a cero o uno.

Tabla 23. Prueba de comparación de proporciones por columnas sobre la pregunta 14.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de respuestas del grupo de profesionales especializados en ortodoncia y los grupos de profesionales de especialidades en odontopediatría, endodoncia, y odontología general, siendo el porcentaje de respuesta correctas significativamente mayor en el grupo de especialistas en ortodoncia. Probablemente este resultado se debe al hecho que son los ortodoncistas quienes atienden la mayor parte de la población adolescente y por ello podrían estar más capacitados en resolver los dilemas éticos que se puedan presentar en la consulta (Tabla 23).

Para la segunda situación clínica, como mostrado en la Tabla 24: el 22,58 % de los profesionales contestó incorrectamente y el 77,42% correctamente. Por género, especialidad, o grupo de edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al porcentaje de aciertos y fallos (Gráfico 22-24, Tabla 25-27).

		RESPUESTAS		Total
		INCORRECTA	CORRECTA	
Total	Recuento	14	48	62
	%	22,58%	77,42%	100,00%

□

Tabla 24. Respuestas a la pregunta n°15.

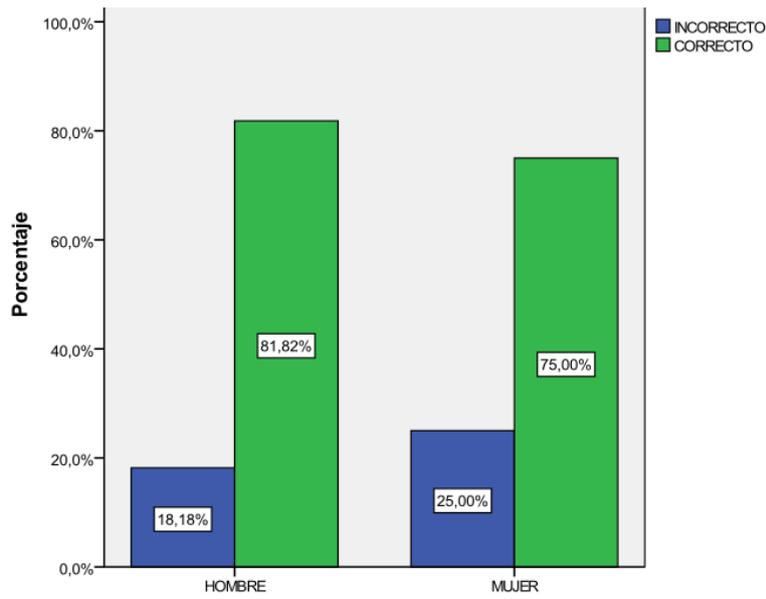


Gráfico 22. Porcentajes de respuestas correctas e incorrectas a la pregunta 15 según género.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,377	1	,539
Razón de verosimilitudes	,387	1	,534
N de casos válidos	62		

Tabla 25. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta 15 según género.

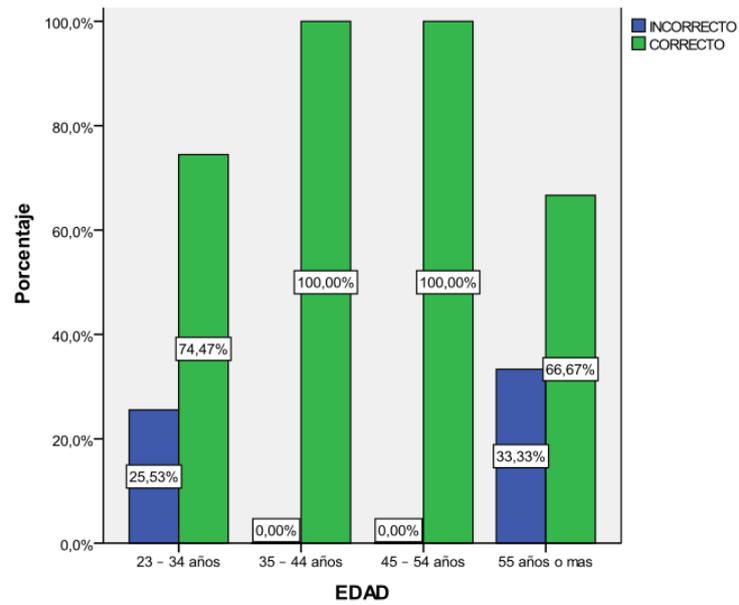


Gráfico 23. Porcentajes de respuestas correctas e incorrectas a la pregunta 15 según edad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,256 ^a	3	,354
Razón de verosimilitudes	5,196	3	,158
N de casos válidos	62		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,90.

Tabla 26. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta 15 según edad.

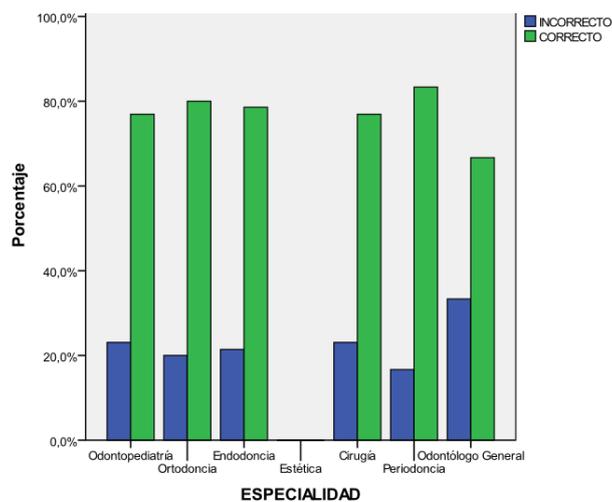


Gráfico 24. Porcentajes de respuestas correctas e incorrectas a la pregunta 15 según especialidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,569 ^a	5	,989
Razón de verosimilitudes	,544	5	,990
N de casos válidos	62		

Tabla 27. Prueba de chi cuadrado para las respuestas a la pregunta 15 según especialidad.

5. Discusión

Varios autores han analizado los diferentes aspectos del consentimiento informado en la práctica clínica, aplicando cuestionarios para evaluar que nivel de conocimiento tenía en profesional, o intentando relacionar la formación recibida sobre bioética con los conocimientos, o con el uso del consentimiento en la práctica diaria. Sin embargo no existe un modelo de encuesta estándar para que se puedan comparar con cierta fiabilidad los resultados obtenidos, además los resultados reportados no siempre son específicos, explicando en detalle de las respuestas a cada pregunta de los cuestionarios. En 2013 Galván *et al.*(14) realizaron un estudio descriptivo, observacional y prospectivo sobre el conocimiento de consentimiento informado; aplicaron un cuestionario a 120 médicos y enfermeros que estaban en contacto directo con pacientes del primer y segundo nivel de atención y afirmaron que existen ciertas deficiencias por parte del profesional de la salud en la formación sobre consentimiento informado en la práctica clínica. El 91,25 % de sus encuestados afirmó haber escuchado hablar sobre el consentimiento informado; 67,5% afirmó no tener capacitación en consentimiento informado; el 97,5% estimó importante el consentimiento informado. Por otro lado encontraron un alto interés por parte de los participantes en capacitarse en aspectos de bioética para ofrecer una mejor atención clínica. Los autores de este estudio remarcan la importancia de hacer énfasis en que los principios bioéticos y morales del prestador de servicios en salud, como de los pacientes, se deben tener presentes en todo momento. Moreno *et al.*(15) diseñaron una encuesta con 20 preguntas destinadas a evaluar los conocimientos éticos básicos que tienen repercusión sobre la práctica clínica. Su cuestionario valoró la formación que el profesional de Pediatría había recibido durante los estudios de pregrado y la residencia, intentando relacionarlo con el conocimiento sobre ética asistencial; obtuvieron 210 encuestas remitidas desde 20 hospitales diferentes y no encontraron ninguna diferencia estadísticamente significativa, entre los residentes de distintos años, ni entre los que manifestaron haber recibido o no formación específica sobre bioética. Se contabilizaron más fallos en preguntas relacionadas

con el consentimiento informado y la ley de autonomía del paciente, evidenciando de esta manera deficiencia sobre los conocimientos éticos; La media de respuestas correctas fue de 16,8. Moreno *et al.* exhortan a la comunidad de docentes a realizar esfuerzos organizativos para mejorar la capacitación en ética asistencial de los profesionales en formación. Resultados diferentes obtuvo en 2014 el estudio de Vanoni(16), que investigó una población de 144 médicos 51 mujeres (35,42%) y 93 hombres (64,58%). En ese estudio con 23 preguntas se relacionó la formación profesional bioética con la selección correcta de las respuestas sobre el consentimiento en el menor y la identificación por parte de los encuestados del consentimiento informado como un proceso continuo e interpersonal. El 78% de los encuestados afirmó no tener capacitación en bioética; el 43% consideró el consentimiento como una forma de proteger los derechos del paciente; el 55% afirmó que el consentimiento es un proceso de comunicación entre el médico y el paciente. Otros autores que no obtuvieron resultados favorables a la hora de evaluar el conocimiento sobre el consentimiento informado fueron Kotrashetti *et al.*(17): en el año 2013 plantearon una investigación sobre el consentimiento informado a 44 odontólogos generales de la *Indian Dental Association*, evidenciando un bajo nivel de conocimiento, sin embargo el 84,1% de sus encuestados en una de las preguntas afirmó informar al paciente sobre las posibles alternativas de tratamiento antes de empezar con un tratamiento. Según Kotrashetti *et al.* la realización de consentimiento informado en la práctica clínica cotidiana además de promover la autonomía del paciente, genera confianza, y esto podría reducir el riesgo de reclamaciones legales innecesarias con una atención clínica apropiada. Distéfano(18) en el año 2011, aplicó un cuestionario a 102 odontólogos de la Policía Nacional evidenciando que un 48% de los evaluados tuvo conocimiento suficiente del Código de Ética Odontológico y el 94% ejecutó prácticas que coinciden con las normas establecidas en dicho Código. El 80% de sus encuestados afirmó considerar necesario el consentimiento para cualquier tratamiento y el 62% afirmó conocer la existencia del código de ética. Obtuvieron resultados afines Khan *et al.*(19) que evaluaron 46 odontólogos: el 90% de ellos fueron conscientes del deber de usar el consentimiento, de la obligación de los pacientes y estuvieron de acuerdo con el concepto de obtener el consentimiento informado. En 2011 Avramova *et al.*(20) analizaron el uso que el odontólogo hace del consentimiento informado en la práctica clínica; de 102 odontólogos evaluados el 100% de ellos consideró necesario obtener el consentimiento informado, pero sólo el 80% de ellos afirmó obtenerlo en la práctica y casi el 90% de los encuestados siempre obtuvo el consentimiento de los padres de un menor. Otro estudio que vertió sobre conocimiento del consentimiento informado en odontólogos se realizó en Chile en el año 2013 a 132 odontólogos: el 62,1% de los odontólogos encuestados contestó entre 4 a 6 preguntas correctamente, por otra parte sólo un 25% respondió de manera correcta 7 u 8 preguntas. Un 21,2% de los profesionales afirmó no haber recibido conocimientos en ética durante su formación académica. El porcentaje más bajo de respuestas

correctas se dio principalmente en el ítem información en consentimiento informado. Los autores aconsejaron realizar campañas específicas de formación en este tema desde pregrado(21). En 2015 Medina *et al.*(22) evaluaron 46 estudiantes de diferentes postgrados de odontología. Sus encuestados al momento de la investigación eran estudiantes de los postgrados de endodoncia, estomatología y cirugía oral, odontopediatría, ortodoncia, y habían cursado la asignatura de bioética. El 59% fueron mujeres (27 estudiantes) y el 41% hombres (19 estudiantes). Los estudiantes de odontopediatría tuvieron el mayor porcentaje de respuestas acertadas (49%). Estos autores remarcan una vez más que es imprescindible encontrar la manera para que los estudiantes puedan incorporar en su ser, hacer y saber hacer, las reflexiones y fundamentos de la bioética; de esta manera se promovería la formación de profesionales integrales capaces de tomar decisiones fundamentadas y tener una reflexión crítica ante las situaciones que lo necesiten durante su práctica diaria; según estos autores la ética de la investigación y la bioética, en Odontología, Medicina, no se pueden restringir a códigos o reglas y comportamientos de etiqueta, porque implican la adopción de principios éticos y virtudes profesionales, como el respeto a la dignidad de la persona humana, y la búsqueda del bienestar para la humanidad. Taiwo *et al.*(23) estudiaron también el tema del consentimiento informado en 2013, con una encuesta a 31 odontólogos nigerianos, evidenciando deficiencias en el conocimiento del profesional. No se encontró evidencia científica de encuestas con planteamiento de situaciones clínicas donde se valoraba la decisión del odontólogo o del profesional de la salud. Según los resultados obtenidos en nuestro estudio y en la mayoría de los estudios analizados es frecuente que el profesional de la salud presente carencias de conocimientos éticos y sobre consentimiento informado, esto podría ser causado por la reciente incorporación de la enseñanza de la bioética a los planes de estudio de las facultades de Odontología.

5.1 Recomendaciones

Serán necesarios futuros estudios para poder analizar de manera más completa el tema de estudio, contando con una población más amplia. Es importante fomentar la incorporación de asignaturas de carácter bioético dentro de los programas de estudio de pregrado y postgrado para mejorar el nivel de conocimiento de los odontólogos y su capacidad para manejar de la mejor forma situaciones de dilemas éticos que se puedan presentar en la práctica clínica y así poder garantizar una asistencia odontológica de calidad en el respeto de los derechos del paciente.

5.2 Limitaciones del estudio

La población analizada en la clínica Odontológica de la Universidad Europea de Valencia comprendió un número limitado de profesionales, los grupos de edades superiores a 35 años estaban formados por muy pocos individuos. Hubiese sido conveniente contar con una mayor población. Con respecto a la información recogida en la literatura revisada, no se encontraron referencias sobre un estudio descriptivo que utilice un modelo estándar de encuesta a profesionales de la Odontología, pudiendo de esta forma permitir la comparación de los datos estadísticos sin sesgos, por lo que resultó difícil establecer comparaciones detalladas con otros autores.

6. Conclusiones

Los odontólogos encuestados como los profesionales de algunos de los estudios analizados demostraron tener un nivel de conocimiento sobre consentimiento informado entre medio y bajo. No se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre consentimiento informado en Odontología y las variables estudiadas edad, género y especialidad del odontólogo. Tras haber evaluado la percepción que el odontólogo tiene sobre su formación bioética en relación a la edad, género y especialidad no se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa. Los resultados obtenidos en relación a la primera situación clínica nos indican que el manejo de problemas de naturaleza ética en la consulta odontológica guarda una relación estadísticamente significativa con la especialidad de Ortodoncia, con independencia de la edad y género del odontólogo. En relación a la a la segunda situación clínica no se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa con respecto a edad, género y especialidad del odontólogo.

Bibliografía

1. Damián Navarro L, Flores Mori M, L, Flores Mena B. El Consentimiento Informado en Odontología, un Análisis Teórico. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2014; 24(1):42-7. <https://doi.org/10.20453/reh.v24i1.2115>
2. Chepe Ramos EE. *Acto médico y el consentimiento informado*. 1a ed. Lima: Guzlop Editoras; 2013. 59 p. https://guzlop-editoras.com/web_des/med01/deontomedegal/pld0661.pdf
3. Garzón F.R. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales". En: 17ª Semana de Ética y Filosofía. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). Donostia-San Sebastián; 2011. p. 17-8.
4. Kottow M. Humanidades médicas: ¿Decorativas o substantivas? El caso de literatura y medicina. *Rev. bras. educ. med.* 2014; 38(3): 293-8. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300002>
5. Couceiro A. Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología. *Educ.méd.* 2012; 15(2): 79-87. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000200005
6. Echeverry Aponte A, Quintero Mur L. *Estado de la enseñanza bioética en las facultades de odontología de Bogotá*. [tesis magister en bioética]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética; 2010. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9030/EcheverryAponteLuzAdriana2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, nº 274, 5-11-2002 . p. 7-8. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
8. Santos Morón MJ. Menores y derechos de la personalidad. la autonomía del menor. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*. 2011. nº15: p. 63-93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3753028>
9. Espinosa, G A. Problemática legal de la práctica clínica con menores. *Boletín Gallego de Medicina Legal e Forense*. 2013 nº 19: p. 8-10. http://www.agmf.es/az/Problematica_legal_de_la_practica_clinica_con_menores_Ayala_Espinosa_G.pdf

10. Alventosa del Río J. Consentimiento informado del menor en el ámbito de la sanidad y la biomedicina en España. *Revista Boliviana de Derecho*. 2015; 20: 264-91 <http://idibe.org/wp-content/uploads/2013/09/111.pdf>
11. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº175, 23-7-2015. p. 61878-9. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>
12. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº180, 29-7-2015. p. 14-6. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>
13. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº227, 22-9-2015. p. 83587. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141.pdf>
14. Galván Meléndez MF, Castañeda Martínez LY, Camacho Sánchez M, Ortiz Jiménez E. Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención. *Rev. Conamed*. 2013; 18(2): 53-8.
15. Moreno Villares JM, Ruiz Contreras J. Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de Pediatría. *An. Pediatr*. 2015; 80(2): 106-13. <https://www.analesdepediatría.org/es-conocimientos-sobre-etica-asistencial-residentes-articulo-S169540331300266X>
16. Vanoni del Carmen S. *La bioética aplicada al contexto de la práctica médica asistencial cotidiana*. (tesis de magister en bioética). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2014. http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/vanoni_susana_del_carmen.pdf
17. Kotrashetti V, Alka DL. Informed consent: a survey of general dental practitioners in Belgaum city. *Indian Journal of Medical Ethics*. 2010; 7(2): 90-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20432880/>
18. Distéfano B SC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Código de Ética Odontológica en odontólogos de la Policía Nacional. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2011; 9(2): 26-34. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1812-95282011000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Khan M, Taleb A. Informed Consent for Dental Treatment: A Survey on Dental Practitioners' Perception, Awareness and Understanding. *Bangladesh Journal of Dental Research & Education*. 2013; 2(2): 31-35. <https://doi.org/10.3329/bjdre.v2i2.16241>

20. Avramova N, Yaneva K. Patients' informed consent in dental practice in Bulgaria. *Oral Health Dent Manag.* 2011; 10(2): 80-7. <https://www.longdom.org/open-access/patients-informed-consent-in-dental-practice-in-bulgaria-2247-2452-10-439.pdf>
21. Muñoz R, Oporto R, *Conocimiento sobre el consentimiento informado por odontólogos en la Región de los Ríos*, (tesis de titulación). Valdivia: Universidad austral de Chile Facultad de Medicina, Escuela de Odontología; 2013.
22. Medina-Márquez ER, Sánchez-Alfaro LA. Conocimiento sobre bioética y ética de la investigación encarnados por estudiantes de posgrado de odontología de una universidad colombiana. *Acta Odontológica Colombiana.* 2015; 5(1): 65-79.
23. Taiwo OO, Panas R. Views of dental professionals and dental patients in Jos, Nigeria concerning the need for informed consent prior participation in dental clinical research. *J Educ Ethics Dent.* 2013; 3(1):14-20. http://www.jeed.in/temp/JEducEthicsDent3114-6585951_181739.pdf.

Fecha de recepción: 28 de mayo de 2020

Fecha de aceptación: 6 de octubre de 2020

Anexo, fig. 1 Cuestionario de recogida de datos.

‘Consentimiento Informado en Odontología’

La siguiente encuesta de carácter anónimo tiene la finalidad de evaluar el conocimiento de los odontólogos sobre el consentimiento informado. Gracias por su colaboración.

Le recordamos que puede escoger una sola alternativa en cada pregunta.

1. Edad :

- a) 23 – 34
- b) 35 - 44
- c) 45 – 54
- d) 55 o más

2. Género:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Especialidad:

- a) Odontopediatría
- b) Ortodoncia
- c) Endodoncia
- d) Estética
- e) Cirugía
- f) Periodoncia
- g) Odontólogo General

4. Tu conocimiento sobre la ética y el derecho antes de comenzar los estudios de odontología:

- a) Ninguno
- b) Poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

5. Como se define el consentimiento informado:

- a) Un proceso continuado interactivo entre odontólogo y paciente para una correcta toma de decisiones.
- b) Un documento que contenga las repercusiones de un determinado tratamiento.
- c) Un formalidad legal
- d) Una protección legal para posibles reclamaciones.

6. ¿Según la legislación vigente, los menores de edad cuando pueden decidir sobre su salud y firmar un consentimiento informado directamente, sin conocimiento de sus padres o tutores legales?

- a) Desde los 12 años.
- b) Desde los 14 años.
- c) Desde los 16 años.
- d) Desde los 18 años.

7. Cuando no se tiene la edad mínima exigida por ley: ¿Un menor de edad puede firmar un consentimiento informado si se le considera con un nivel adecuado de madurez y sin consultar con sus padres/tutores?

- a) Siempre
- b) Si, salvo algunos casos especiales
- c) Nunca

8. ¿Desde de qué edad se puede tener en cuenta la opinión de un adolescente?

- a) Desde los 10 años.
- b) Desde los 12 años.
- c) Desde los 14 años.
- d) Desde los 16 años.

9. ¿Quién debe de ser capaz de valorar la madurez de un adolescente en la consulta?

- a) El odontólogo.
- b) El juez
- c) El higienista
- d) Los padres/tutores del adolescente.

10. ¿Te consideras capaz de valorar la madurez de un adolescente?

- a) Siempre
- b) Depende de la decisión o situación
- c) Nunca

11. El derecho de confidencialidad de un paciente adolescente sobre sus padres:

- a) Lo respetaremos siempre y ante cualquier situación.
- b) Se respetará salvo en excepciones, marcadas por la ley, en las que se debe de informar a sus padres/tutores.
- c) En todo momento los padres/tutores deben estar informados.
- d) Se respetará en los casos que el odontólogo crea oportunos.

12. ¿Te ves capacitado para manejar una situación conflictiva ante un adolescente, en la que tengas que dialogar y buscar soluciones?

- a) Siempre
- b) Depende de la decisión
- c) Algunas veces
- d) Nunca

13. Formación que has recibido durante la carrera sobre ética y el derecho:

- a) Ninguna
- b) Insuficiente
- c) Bastante
- d) Mucho

14. Paciente de 13 años acude a la consulta de odontología. Durante la anamnesis le preguntas sobre consumo de alcohol y drogas. Te dice que todos los fines de semana desde hace un año consume alcohol y desde hace unos meses marihuana. Le explicas los riesgos a los que se está sometiendo. El paciente te asegura que está pensando en dejarlo por los problemas que genera a la larga y el gasto económico que implica; insiste en que no le comentes nada a sus padres:

- a) Le derivamos a un especialista.
- b) Le damos toda la información disponible e intentamos ayudarlo para que deje sus hábitos tóxicos y mejorar su salud.
- c) Le ofrecemos nuestra ayuda, pero exclusivamente a cambio de contarle a sus padres cuál es su problema.
- d) Ponemos en conocimiento al resto del equipo de atención Primaria que le corresponde, le damos toda la información disponible e intentamos ayudarlo para que deje sus hábitos tóxicos.

15. Paciente de 14 años acude en compañía de su madre para una obturación en el 1.6. Antes de comenzar a explicarle como se llevará a cabo el procedimiento, el paciente te comenta que no tiene ninguna intención de recibir el tratamiento. La madre insiste que le trates, pero el paciente sigue negándose:

- a) Debemos realizar la obturación de todos modos.
- b) No realizaremos la obturación en contra de su voluntad.
- c) Valoramos su madurez y dejamos que junto a su madre, decida.
- d) Para que pueda tomar una decisión informada y libre le facilitamos la información necesaria y le damos un tiempo.