

**UNIVERSIDAD:** Universidad Nacional de La Plata

**NÚCLEO DISCIPLINARIO:** Educación para la Integración.

**TÍTULO DEL TRABAJO:** RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN BIOÉTICA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA DE GRADUADOS JÓVENES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNLP (ARGENTINA).

**AUTOR (ES):** Martín Gastón Zemel, Ricardo Miguel.

**E-MAIL DE LOS AUTORES:** martinzemel@gmail.com

**PALABRAS CLAVES:** Bioética Odontológica – Educación Universitaria - Odontología

## **I. INTRODUCCIÓN**

El consentimiento informado (CI) surge como un tema clave en la práctica sanitaria y odontológica recién en los años 70, aunque algunos códigos como el de Nüremberg son antecedentes de importancia. Desde los tiempos de Asclepios e Hipócrates hasta entonces, la tradición médica consistió en no solicitar ninguna autorización del paciente para realizar práctica alguna. Más aún, el informar y solicitar permiso no sólo no era una obligación del médico sino que era algo visto negativamente. La medicina tenía como objetivo curar y no educar al paciente. Gracia Gillen (2002) relata que en la Antigüedad Clásica se decía acerca de un buen médico: herba, non verba (remedios, no palabras) y que Virgilio denominaba a la medicina muta ars (arte muda). Hasta se consideraba lícito manipular la información para conseguir que el paciente hiciera lo que el médico consideraba bueno.

En la actualidad, los cambios producidos en el área de la Salud, y en particular de la Odontología, motivaron el nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente. En este sentido, el nuevo modelo imperante exige taxativamente al profesional el deber de informar a su paciente todo lo concerniente con su salud bucal. Por tal motivo, surge el documento de CI como instrumento escrito que pone de manifiesto las voluntades expresadas desplegando la nueva relación de tipo contractual.

El concepto de informar las decisiones en las prácticas clínicas ha recibido, por tanto, una creciente atención en los recientes años. Diferentes países de Europa y Norteamérica han ido instalando esta temática en sus legislaciones y sistemas educativos. En Holanda, en 1995, el Parlamento promulgó una ley llamada “Acta de Contrato del tratamiento médico”. En la misma, se establece que los pacientes tienen el derecho a recibir información y los médicos y odontólogos tienen la obligación de informar a sus pacientes y pedirles su autorización para los distintos procedimientos (consentimiento informado). Asimismo, determina que los odontólogos deben comprometerse en invertir más tiempo para lograr que las decisiones sean formuladas libremente y en desarrollar los requisitos de las habilidades comunicacionales.

(Eijkman, 2001)

En la práctica odontológica diaria se instrumenta como un documento escrito por medio del cual se deja constancia de lo anteriormente descrito. Sin embargo, para que un paciente pueda firmar el CI debe reunir determinadas condiciones, entre las que se cuentan: haber recibido y comprendido una información suficiente, encontrarse libre, y ser competente para tomar la decisión en cuestión a través de un documento que refuerce la situación contractual de la práctica moderna.

En relación a este último, la concepción de CI integra dos visiones, una jurídico-técnica y otra filosófica. En este sentido, si el uso del mencionado documento se restringiera a atender solamente sus aspectos jurídico-técnicos determinaría una poda a los alcances éticos del Consentimiento solicitado a los pacientes en las prácticas asistenciales. El correcto uso del CI supone no sólo el estudio del aspecto jurídico-técnico que lo presenta en forma de un documento librado por el profesional odontólogo, sino también, el conocimiento de los fundamentos éticos en que basa su existencia. En relación a esto último, la concepción en que se funda el CI se da principalmente en el ejercicio de la libertad de conciencia y por ende, en la elección responsable. En este sentido, el CI es el proceso gradual que se ubica en el seno de la relación odontólogo-paciente, en virtud del cual el paciente obtiene determinada información del profesional, en términos comprensibles, que le permite participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del tratamiento de su salud.

### **El consentimiento informado en la formación universitaria**

Estudios empíricos en la comunicación entre la comunicación entre doctores y pacientes han identificado numerosas características que están asociadas con los modelos de comunicación durante visitas oficiales. No es sabido que estas características del paciente y el profesional son asociadas a la extensión observada en los documentos de CI. (Braddock C. et al 2002)

Hoy día, se le presenta un nuevo objetivo al ámbito universitario. Un desafío para las nuevas conducciones universitarias a tomar estos nuevos paradigmas reinterpretándolos, enriqueciéndolos, o bien, y por qué no, juzgándolos. Habrá, entonces, que dilucidar como el cambio del paradigma en las relaciones sanitarias debiera influir directamente sobre los diseños curriculares de carreras y programas académicos de las Ciencias de la Salud.

En la educación odontológica, los estudiantes invierten demasiado tiempo en cumplir con requisitos que pueden dificultar la relación con sus pacientes. Probablemente la solución a los conflictos que se presentan sea generalmente la utilización del CI. (Van Dam, 2001)

Países como Estados Unidos, España e Italia han generado, no sólo jurisprudencia en la temática, sino también numerosos espacios de formación académica. En este sentido, 54 Facultades de Odontología de los Estados Unidos de América que intervinieron en un estudio sobre la planificación de los planes de tratamiento, la mitad mostraron tener incorporado la explicación de los riesgos del tratamiento y el pedido de consentimiento en el momento que presentan el plan propuesto, mientras que el resto de las Unidades Académicas lo hace posteriormente al inicio del plan de tratamiento. (Hook et al, 2002)

En otra línea de investigación, un estudio del Departamento de Odontología Social y Educación Odontológica de la Universidad de Louwesweg (Amsterdam, Holanda), que estuvo comprendido por una muestra de 1616 pacientes dio a conocer que las explicaciones dadas por los odontólogos a sus pacientes eran favorables para la relación establecida, aunque existen temores concluyendo que el principio de la autonomía estaría socavado sino se presta la debida información. (Schouten et al, 2001)

### **El documento de consentimiento informado en la formación de Postgrado**

La aparente ausencia en los diseños curriculares de las Carreras de grado y postgrado de Odontología de una asignatura específicamente filosófica que tenga como objetivo los tratados de la Antropología Filosófica y los fundamentos deontológicos del ejercicio profesional dificultaría el aprendizaje integral de determinadas temáticas como lo pueden ser, entre otras, la libertad y dignidad humana o la conciencia moral, los cuales se podrían considerar como contenidos previos y fundantes del CI. Esta falencia ha hecho que tales cuestiones estén subyacentes en otras áreas, como lo es la Odontología Legal, o en asignaturas clínicas.

El Odontólogo debe proveer información, especialmente, durante el primer contacto con un nuevo paciente, el Odontólogo puede jugar un rol vital alentando al paciente para que descubra sus propios intereses y expectativas. (Eijkman, 2001). De ahí que la comprensión de estos conceptos filosóficos por parte del Odontólogo que se forma profesionalmente en una Carrera de Postgrado debiera de ser fundamental.

Obtener el CI es una técnica especial en medicina interna. Por tanto, una investigación dirigida por McClean K. (2004) revelaron deficiencias en las técnicas utilizadas por residentes de Hospitales Canadienses para la obtención del CI. La formación de los profesionales puede ser llevada adelante con la participación de los pacientes como sujetos del proceso enseñanza-aprendizaje en donde se les presenta los riesgos y beneficios. (Kipper et al, 2002)

Con todo, es prudente considerar la necesidad de reforzar la formación académica

establecida en las Carreras de Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (F.O.U.N.L.P.) con una que presente los contenidos de la Bioética Odontológica, facilitando así la comprensión de los fundamentos éticos del CI, como así también posibilite al Residente enriquecer la cosmovisión integral del hombre brindada en la formación académica que recibe en el desarrollo de su programa.

Por lo tanto, en esta investigación se tendrá por objetivo analizar la relación entre la formación continua articulada con aspectos bioéticos y la práctica profesional en odontólogos que cursan Carreras de Postgrado en la F.O.U.N.L.P.

## **II. DESARROLLO**

### **II.a Material y Métodos**

Se efectuó la indagación bibliográfica con el objeto de ampliar y actualizar la temática considerada.

Se tomaron dos variables: a) conceptos teóricos y b) situaciones clínicas del proceso del PCI. Ambas, aplicadas a odontólogos que cursan Carreras de Postgrado en la F.O.U.N.L.P.

Se realizó un diseño experimental verdadero controlado con dos grupos de odontólogos no equivalentes de ambos sexos. Se tuvo como criterio de exclusión: a aquellos odontólogos que no estuvieron en las condiciones académicas y/o administrativas antes del 30 de abril de 2004. Se tomó como criterio de eliminación: la ausencia definitiva u otro motivo académico y/o administrativo que haya provocado la interrupción de su programa de postgrado, como así también, la incorporación de nuevos odontólogos admitidos en las respectivas cohorte de las distintas Carreras de Postgrado.

El grupo “A” (20 profesionales) recibió una experiencia educativa, mientras que el grupo “B” (58 profesionales) se tomó como control. La recolección de los datos se llevó a cabo en forma prospectiva.

Se tomó un primer instrumento, “Pre-test I”, el cual buscó establecer un diagnóstico inicial de los grupos experimental y control. Este indagó sobre el nivel de conocimiento de los contenidos propuestos: identificación de conceptos de ética, moral, moralidad, conciencia, libertad, conceptos fundamentales de Bioética Odontológica, conceptos básicos en Odontología Legal, y los procedimientos legales para la ejecución del documento. Se aplicó también un segundo instrumento, “Pre-test II”, en donde se buscó ponderar la importancia que tiene el PCI en la práctica clínico-profesional de la Odontología Legal de la población objeto. Ambos instrumentos, estructurados, voluntarios y anónimos, se pusieron a punto

sometiéndose a la evaluación de la Asesoría Pedagógica de la F.O.U.N.L.P.

Seguidamente, se implementó un espacio de formación para el grupo A, bajo la modalidad de “Seminario/Taller” en lo que respecta al PCI en el marco de la Bioética Odontológica. El mismo fue revisado por la Asesoría Pedagógica de la Unidad Académica y se realizó durante el segundo cuatrimestre del ciclo 2004.

Luego de doce meses de la finalización de la experiencia educativa se valoraron nuevamente las variables a través de los Instrumentos “Post-test I” y “Post-test II”. Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando herramientas informáticas específicas. Se realizó la cuantificación de los datos numéricos y nominales obtenidos, y la descripción de sus parámetros. Se representaron los datos obtenidos a través de los gráficos pertinentes para cada caso en particular. Por último, se analizaron resultados parciales y elaboraron conclusiones preliminares.

## II.b Resultados y Discusión

Del análisis de los instrumentos (Pre-test I y II) a 78 odontólogos, de ambos sexos, pertenecientes a las Carreras de Postgrado de la F.O.U.N.L.P., los resultados fueron: Del total de los participantes de ambos grupos (A y B) los encuestados, 45 (57,69%) odontólogos correspondieron al sexo femenino; el rango de edades fue de 25 y 50 años. La edad media de 28,39 años; moda y mediana 28 años. El promedio de los años de graduados fue 3,46 años, mientras que la moda fue de 2 años y mediana 3 años.

Los resultados de las variables por grupo fueron: En relación con la variable conceptos teóricos del PCI, antes del curso, en el grupo A, sobre 200 opciones correctas, sólo contestaron 73 (36,50%), mientras que en el B, sobre 580 opciones correctas, se contestaron 184 (31,72%).

Gráfico 1. Nivel de información en relación con los aspectos teóricos sobre el PCI antes del curso. (Grupo experimental)

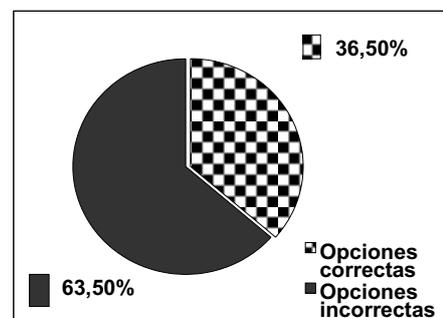
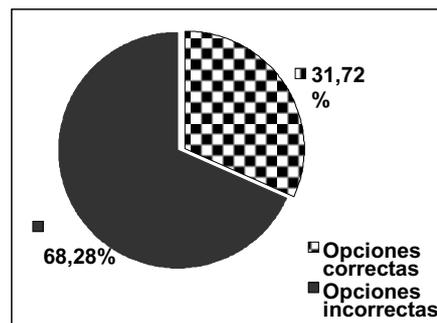


Gráfico 2. Nivel de información en relación con los aspectos teóricos sobre el PCI antes del curso. (Grupo control)



Luego del curso, el grupo A logró responder 184 opciones correctas (92%) opciones correctas, mientras que el grupo B 210 opciones correctas (36,21%).

Gráfico 3. Nivel de información en relación con los aspectos teóricos sobre el PCI luego del curso. (Grupo experimental)

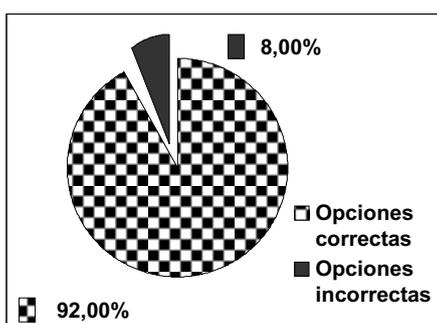
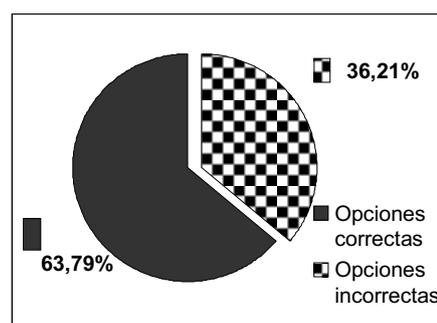


Gráfico 4. Nivel de información en relación con los aspectos teóricos sobre el PCI luego del curso. (Grupo control)



En relación con la variable situaciones clínicas del PCI, sobre una lista de dificultades ofrecida, la distribución fue: Antes del curso: grupo A: 15 (11,90%) consideraron no poseer todavía los conocimientos suficientes sobre el CI, 16 (12,70%) no les fue explicado como implementar la toma de consentimiento, 14 (11,11%) dicen traer complicaciones en la comunicación entre el paciente y el profesional, 1 (0,79%) sostienen que requiere demasiado tiempo clínico, 3 (2,38%) dicen que no existe una normativa que lo regule, 12 (9,52%) manifiestan que el paciente no lo comprende, 11 (8,73%) dicen que el paciente no le interesa dialogar sobre el tratamiento, 14 (11,11%) dicen que el paciente no quiere firmar el documento, 15 (11,90%) dicen que es difícil completar el documento 16 (12,70%) no conocen un documento sencillo y claro, 5 (3,97%) no poseen, en la mayoría de sus trabajos, de una adecuada provisión del documento, y 4 (3,17%) que es una práctica no pagada por el paciente ni por la cobertura médica; grupo B: 28 (14,97%) consideraron no poseer todavía los conocimientos suficientes sobre el CI, 14 (7,49%) no les fue explicado como implementar la toma de consentimiento, 2 (1,07%) dicen traer complicaciones en la comunicación entre el

paciente y el profesional, 5 (2,67%) sostienen que requiere demasiado tiempo clínico, 6 (3,21%) dicen que no existe una normativa que lo regule, 11 (5,88%) manifiestan que el paciente no lo comprende, 6 (3,21%) dicen que el paciente no le interesa dialogar sobre el tratamiento, 5 (2,67%) dicen que el paciente no quiere firmar el documento, 42 (22,46%) dicen que es difícil completar el documento 43 (22,99%) no conocen un documento sencillo y claro, 17 (9,09%) no poseen, en la mayoría de sus trabajos, de una adecuada provisión del documento, y 8 (4,28%) que es una práctica no pagada por el paciente ni por la cobertura médica.

Con todo, el escaso conocimiento de los aspectos teóricos del PCI descrito anteriormente tuvo una relación directa con las dificultades que relataron tener los profesionales en su práctica. No obstante, a partir de los anteriores datos, se desprendió un marcado interés por parte de los profesionales en llevar a cabo el PCI y utilizar el respectivo documento en la consulta odontológica.

Braddock C. (2002) mostró que muy pocos profesionales encuentran un mínimo criterio de obtención de CI en su práctica de rutina. El autor demostró que trabajar más horas por semana predice un mayor empobrecimiento del proceso de obtención del CI. Los profesionales que trabajaron más horas por semana recibieron más presión de tiempo. El mismo estudio halló una pequeña asociación independiente entre la duración de la visita y el trato que recibió el documento de CI. En adición a esto, los profesionales que se unieron a estas prácticas comprendieron que éste reduce el riesgo de la mala práctica. Estos descubrimientos sugirieron direcciones en la práctica clínica que ayudará a alcanzar la meta de envolver al paciente en las decisiones clínicas.

Luego del curso: grupo A: 3 (13,04%) consideraron no poseer todavía los conocimientos suficientes sobre el PCI, 2 (8,70%) no les fue explicado como implementar la toma de consentimiento, 1 (4,35%) dicen traer complicaciones en la comunicación entre el paciente y el profesional, 1 (4,35%) sostienen que requiere demasiado tiempo clínico, 2 (8,70%) dicen que no existe una normativa que lo regule, 5 (21,74%) manifiestan que el paciente no lo comprende, 2 (8,70%) dicen que el paciente no le interesa dialogar sobre el tratamiento, 1 (4,35%) dicen que el paciente no quiere firmar el documento, 3 (13,04%) dicen que es difícil completar el documento, 3 (13,04%) no conocen un documento sencillo y claro, 0 (0%) no poseen, en la mayoría de sus trabajos, de una adecuada provisión del documento, y 0 (0%) que es una práctica no pagada por el paciente ni por la cobertura médica; grupo B: 28 (14,43%) consideraron no poseer todavía los conocimientos suficientes sobre el CI, 14 (7,22%) no les fue explicado como implementar la toma de consentimiento, 2 (1,03%) dicen

traer complicaciones en la comunicación entre el paciente y el profesional, 5 (2,58%) sostienen que requiere demasiado tiempo clínico, 6 (3,09%) dicen que no existe una normativa que lo regule, 11 (5,67%) manifiestan que el paciente no lo comprende, 6 (3,09%) dicen que el paciente no le interesa dialogar sobre el tratamiento, 5 (2,58%) dicen que el paciente no quiere firmar el documento, 41 (21,13%) dicen que es difícil completar el documento, 45 (23,20%) no conocen un documento sencillo y claro, 15 (7,73%) no poseen, en la mayoría de sus trabajos, de una adecuada provisión del documento, y 16 (8,25%) que es una práctica no pagada por el paciente ni por la cobertura médica.

En este sentido, se agruparon las respuestas anteriores en aspectos comunes y se aplicó un índice de multiplicación respecto al grado de importancia de acuerdo al siguiente criterio: dificultades en el proceso de enseñanza y aprendizaje del CI: índice=10, dificultades suscitadas en la relación odontólogo-paciente: índice=5, dificultades en las cuestiones prácticas de su utilización: índice=1. En función de lo anterior, la distribución fue: Antes del curso: grupo A: enseñanza y aprendizaje 61,88%, relación con el paciente 25,45%, técnicas 1,30%, no señaladas 11,38%; grupo B: enseñanza y aprendizaje 65,63%, relación con el paciente 6,20%, técnicas 1,86%, no señaladas 26,30%. Luego del curso: grupo A: enseñanza y aprendizaje 29,33%, relación con el paciente 12%, técnicas 0,80%, no señaladas 57,87%; grupo B: enseñanza y aprendizaje 65,84%, relación con el paciente 6,17%, técnicas 2,16%, no señaladas 25,82%.

Gráfico 5. Dificultades clínicas en la implementación del PCI antes del curso. (Grupo experimental)

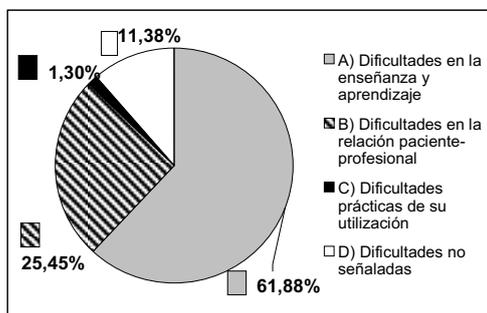
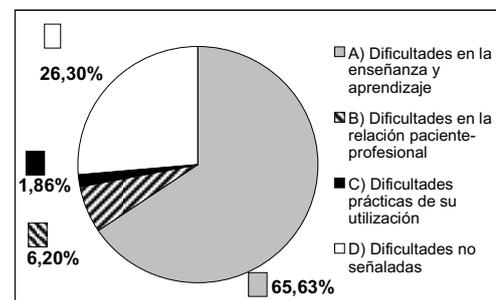


Gráfico 6. Dificultades clínicas en la implementación del PCI antes del curso. (Grupo control)



Sin lugar a dudas, la dificultad que experimentan con mayor frecuencia los odontólogos es aquella relacionada con el conocimiento de los fundamentos y contenidos que incluye el PCI. Esto ha sido demostrado tanto al evaluar el nivel de aspectos teóricos como al interrogarlos por las dificultades que se les presentaba al implementarlo.

Gráfico 7. Dificultades clínicas en la implementación del PCI luego del curso. (Grupo experimental)

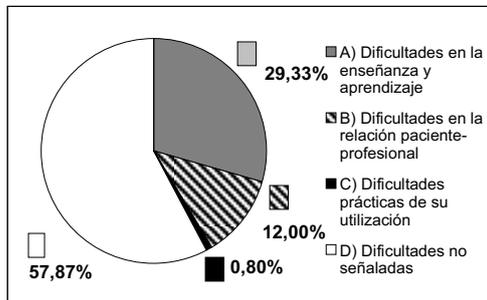
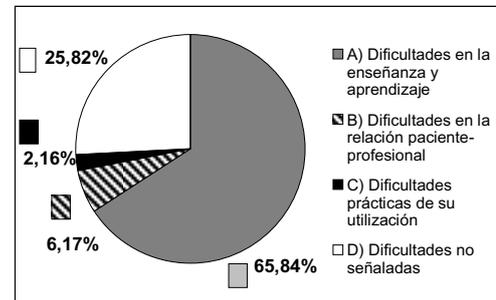


Gráfico 8. Dificultades clínicas en la implementación del PCI luego del curso. (Grupo control)



Según el valor de P (0,0001) obtenido estadísticamente (Kruskal-Wallis / Wilcoxon) ambos grupos experimentales mostraron una diferencia estadísticamente significativa, sea medida con o sin índice de multiplicación, con lo que podemos rechazar la hipótesis nula. Para los grupos control el valor de P es  $> 0,05$  (0,70) por lo que estadísticamente no hay diferencia entre ellos. El valor de P es aún mayor en los que tienen el índice de multiplicación

No obstante, cabe hacer una breve reflexión final en torno a varias de las características de los profesionales que pueden jugar un rol mayor en cómo el PCI es practicado. Por ejemplo las actitudes de los profesionales frente a malas prácticas o previa exposición a una mala práctica parecen influir en el comportamiento. Profesionales que conocen bien a un paciente pueden tener un CI diferente con este paciente que con un más reciente. Un profesional así debe relacionarse más activamente con el nuevo paciente debido a la facilidad que viene con una relación cómoda, duradera. Recíprocamente, los profesionales podrían creer que pueden predecir una respuesta del paciente basada en experiencias previas con el mismo paciente. Tal asunción puede llevar a una extensión menor del consentimiento con pacientes conocidos. De estos ejemplos se puede observar que la naturaleza y dirección del potencial de asociaciones de las características entre los consentimientos prestados y profesionales son difíciles de predecir. Además, ellos tienen que ser estudiados todavía sistemáticamente. (Braddock C. et al 2002)

El PCI plantea un reto ético de primer orden a los profesionales de la salud. Con frecuencia los odontólogos tienen dificultades para asumirlo porque su formación académica y su práctica clínica han estado imbuidas, hasta hace bien poco, por los principios y modos del paternalismo y maternalismo tradicionales. No obstante, esto último implica un aspecto muy positivo: que los profesionales sí suelen estar seriamente preocupados por procurar a sus pacientes el mayor bienestar posible, fundamentalmente mediante la realización de una

práctica de alta calidad científico-técnica. (Júdez y col, 2004) Lo que sucede es que les resulta difícil aceptar que hoy esto deba acompañarse de la renuncia al monopolio del poder de decisión, para compartirlo el paciente. Sólo si se tiene en cuenta esta idea de que los profesionales están ya comprometidos moralmente con sus pacientes se podrá producir paulatinamente el cambio de mentalidad y actitud que implica el PCI. Si no es así y se le presenta como una nueva «verdad» que desautoriza moralmente la práctica habitual de los profesionales, se generará un rechazo comprensible, que sólo aceptará el PCI como algo útil en el marco de una odontología defensiva.

El PCI debe entenderse como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el médico le haya informado sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas. Es así que, el uso del CI permite trabajar en el contexto de una relación odontólogo-paciente veraz y al compartir la responsabilidad de la decisión, lograr el esfuerzo volitivo de los pacientes a favor de la ejecución del tratamiento ofrecido con la aceptación formal de los riesgos. El resultado final constituye un mejor servicio. (Miguel, 2004)

### **III. CONCLUSIONES**

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir hasta el momento: a) Al comenzar la investigación ambos grupos poseían escasos conocimientos en relación con el PCI, aunque ambos denotaban un alto interés en utilizarlo en sus prácticas clínicas diarias; b) la participación en la experiencia educativa mostró un incremento en la adquisición de conocimientos; c) un sector de sus participantes siguen señalando la necesidad de mayor formación sobre el CI; d) las dificultades clínicas del grupo A se vieron reducidas mostrando la influencia de su participación en el espacio de formación.

El entrenamiento implícito en las técnicas del PCI es requerido con urgencia. Por lo tanto, un espacio de formación académico que profundice los contenidos éticos y legales de la práctica clínica odontológica debería de ser estudiado a los efectos de incorporarlo en los currículums del grado y postgrado de las distintas Carreras de Odontología.

### **VI. REFERENCIAS**

1. Braddock C., Micek M., Fryer-Edwards K., Levinson W. Factors and Predict Better Informed Consent J Clinical Ethics. 2002; 13 (4): 344-352
2. Brown G., Manogue M., Rohlin M. Assessing attitudes in dental education: Is it

worthwhile? *Br Dent J* 2002; 193 (12): 703-707

3. Chapple H., Shah S., Caress A., Kay E. J. Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making - a novel approach. *Br Dent J* 2003; 194 (6): 321-327
4. Eijkman MA. Dental health education: from education to informed decision making. *Patient Educ Couns*. 2001; 42(2):101-104
5. Gracia Guillén, D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: El Búho; 2002, p. 63
6. Howe E. Leaving Laputa: What Doctors aren't taught about informed consent. *J Clinical Ethics*. 2000; 11(1):3-13
7. Kipper D et al. Questionamientos éticos reativos a graduacao e a residencia medica. *Bioetica*. 2002; 10 (2): 107-128
8. McClean K., Card Sh. Informed consent skills in Internal Medicine Residency: How are Residents Taught, and what do they learn? *Acad Med*. 2004; 79 (2): 128-133
9. Miguel R. Consentimiento informado en odontología. La Plata: Edufolp; 2004
10. Patel A. M. Appropriate consent and referral for general anaesthesia — a survey in the Paediatric Day Care Unit, Barnsley DGH NHS Trust, South Yorkshire *Br Dent J* 2004; 196: 275–277
11. Santen S., Hemphill R., Mc Donald M., Jo C. Patients' Willingness to allow residents to learn to Practice Medical Procedures. *Acad Med*. 2004; 79 (2):144-147
12. Schneider C. The Practice of Autonomy and the Practice of Bioethics. *J Clinical Ethics*. 2002; 13 (1): 72-77
13. Schouten et al. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *Int Dent J*. 2001; 51 (1):52-54
14. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D., Júdez J., editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Edit. Triacastela. 2004; 33-55
15. Van Dam S. Requirement-driven dental education and the patient's right to informed consent. *J Am Coll Dent*. 2001; 68 (3): 40-47