

20

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

IMPORTANCE OF THE DENTIST-PATIENT RELATIONSHIP IN CLINICAL PRACTICE

MSc. José Lizardo Apolo Pineda¹

E-mail: jocapolopineda@yahoo.com

MSc. Jessica Scarlet Apolo Morán¹

E-mail: jessica_apolo@yahoo.com

MSc. José Fernando Apolo Morán¹

E-mail: pepeapolo@hotmail.com

¹ Universidad de Guayaquil. República del Ecuador.

Cita sugerida (APA, sexta edición)

Apolo Pineda, J. I., Apolo Morán, J. G., & Apolo Morán, J. F. (2017). Importancia de la relación odontólogo-paciente en la práctica clínica. *Revista Conrado*, 13(59), 142-150. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>

RESUMEN

La relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica contemporánea. La mayoría de las facultades de medicina enseñan a sus estudiantes desde un principio, aún antes de que comiencen a recibir instrucción práctica asistencial, a mantener una relación profesional con sus pacientes, observando su dignidad y respetando su privacidad. Se realiza un estudio sobre la importancia de la relación estomatólogo - paciente y los factores asociados a ella. Se concluye que la relación médico-paciente constituye el aspecto más sensible y humano en el campo de la Odontología, es uno de los binomios de relaciones humanas más complejos, que requiere de una competencia básica, la comunicación, dada la tarea multi e interdisciplinaria de la profesión de hoy, que requiere de la integración de saberes y deberes, donde se encuentran imbricados profesores y estudiantes, así como del trabajo en equipo acorde al ámbito donde se desarrolle.

Palabras clave:

Relación odontólogo-paciente, odontología, método clínico.

ABSTRACT

The relationship between the doctor and his patient is one of the bases of contemporary medical ethics. Most medical schools teach their students from the outset, even before they begin receiving practical medical instruction, to maintain a professional relationship with their patients, observing their dignity and respecting their privacy. A study was carried out on the importance of the stomatologist - patient relationship and the factors associated with it. It is concluded that the doctor-patient relationship is the most sensitive and humane aspect in the field of Dentistry, it is one of the most complex human relations binomials, requiring a basic competence, communication, given the multidisciplinary and interdisciplinary task of The profession of today, which requires the integration of knowledge and duties, where teachers and students are imbricated, as well as teamwork according to the field where it is developed.

Keywords:

Dentist-patient relationship, dentistry, clinical method.

INTRODUCCIÓN

Desde los albores de la humanidad los hombres se dedicaron de forma casi exclusiva a la atención de sus semejantes enfermos, surge una especial modalidad de relación interpersonal: la relación médico-paciente (RMP). Dicha relación ha ido transitando por diferentes etapas mientras que la sociedad se transformaba, en la misma medida que lo hacían sus relaciones socioeconómicas (Boshniakov, 1988; Rodríguez Silva, 2006; y Alonso Menéndez, Smith Smith, Ramírez Márquez & Ortega, 1987).

Como afirmara Antúnez Baró & Torres González (2014), la competencia comunicacional es común a muchas profesiones, es decir constituye una competencia genérica. Pero cuando se trata de las ciencias de la salud, adquiere características particulares no solo porque la relación médico-paciente-familia (RMPF) es diferente a otras relaciones profesionales, sino porque además a esto se agrega que es una competencia básica para la tarea multi e interdisciplinaria y la medicina de hoy requiere de la integración de saberes y deberes, del trabajo en equipo, lo cual se aplica de igual forma en el campo de la Odontología.

La comunicación en la salud a criterio de Fernández, Rodríguez & Torres (1996), es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes, comportamientos a utilizar los servicios existentes. Esta se desarrolla sobre la base de las inquietudes de los individuos, las necesidades que perciben, creencias prácticas y promueven el diálogo.

García, Abraham Marcel, Dueñas Gobel & Salvato Dueñas (2012), afirman que la relación médico paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos. En ella intervienen varios factores: las características de la personalidad del paciente y del médico; los aspectos comunicacionales constituidos por el contenido verbal y no verbal del mensaje que se transmite, las conductas y actitudes que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación, las interacciones afectivas, (transferencia, contratransferencia, empatía) y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve.

Según la Wikipedia la relación entre el médico y su paciente (RMP) juega un papel muy importante en la práctica de la medicina y es esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica contemporánea. La mayoría de las facultades de medicina

enseñan a sus estudiantes desde un principio, aún antes de que comiencen a recibir instrucción práctica asistencial, a mantener una relación profesional con sus pacientes, observando su dignidad y respetando su privacidad.

Dicha relación ha ido transitando por diferentes etapas como lo refieren Boshniakov (1988); Alonso Menéndez, et al. (1987); y Rodríguez Silva (2006), acorde a las transformaciones de la sociedad, en la misma medida que lo hacían sus relaciones socioeconómicas. La RMP ha estado siempre condicionada por principios éticos. Y en cada etapa, la sociedad ha sometido a estudio, crítica y debate sus principios deontológicos.

En la atención de los enfermos señaló Arrubarrena Aragón (2011), un aspecto primordial es la relación médico-paciente, cuyas bases se encuentran en los principios mismos de la bioética. La relación médico-paciente es el contrato, generalmente no escrito, establecido por personas autónomas libres de iniciar, continuar o romper esta relación, ya que inicialmente al ser la medicina más sencilla, los recursos del médico para atender al enfermo estaban más en sus capacidades personales, en su relación con el enfermo, que en los recursos externos, llámese implementos de tecnología para el diagnóstico, medicinas más eficaces y otros procedimientos de tratamiento que la ciencia y la tecnología moderna han puesto en manos del médico. Se comienza a hablar de la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo. Con el avance de la ciencia y tecnología el acto médico empieza a depender en gran parte del uso de métodos más eficaces de diagnóstico y tratamiento y parecería que la presencia curadora del médico deja de tener importancia. Debemos aceptar que en la medicina actual sea institucional o privada hay elementos que no estimulan la confianza. En la relación médico-paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, sino que enferma de manera integral

Ocampo Martínez (2002); y González Menéndez (2003), han expuesto, sin embargo, su inconformidad con la dimensión conceptual de "la relación médico-paciente" por considerarla poco precisa, alegando que el médico no es el único que brinda atención a la salud de los individuos, también lo hace la enfermera, el odontólogo, el psicólogo clínico, etc., cuya relación con el individuo es tan intersubjetiva y humana como la de aquél. Por otro lado, tampoco es necesariamente un paciente el que solicita este tipo de atención. Cañete, Guilhem & Brito (2012), afirman que teniendo en cuenta los planteamientos anteriores conduce a la necesidad de considerar que la denominación "médico-paciente" debe ser sustituida por una de carácter genérico, como por ejemplo relación equipo

de salud-usuario, en la que todos los profesionales de la atención a la salud tienen las mismas responsabilidades ante los solicitantes, independientemente de su capacitación y formación profesional específica, planteamiento que comparten los autores de esta investigación.

Es importante a criterio de Torres Acosta (1997), destacar que la relación médico-paciente continua siendo la base de una buena práctica médica, los médicos que logran establecer una adecuada relación con sus pacientes obtendrán mejores resultados con relación al diagnóstico, tratamiento y satisfacción de las necesidades de sus pacientes, que los que no lo hacen.

Existen principios éticos afirman Oliva, Bosch, Carballo & Fernández-Britto (2001), que rigen el quehacer de los profesionales de la salud y de los investigadores en general, principios universales e históricos que conservan total vigencia y que deberían aplicarse en todo momento y ser de obligatorio cumplimiento para los profesionales de la salud pública, dentro de esos principios comúnmente se exponen: el respeto a la vida, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, y la justicia.

Hoy en día esta relación Profesional/Paciente a criterio de Fodor & De la Parra (2007), es diferente a los tiempos de Hipócrates. En primer lugar los pacientes ya no son tan "pacientes". Manejan un bagaje de información que antes era de un dominio exclusivamente técnico, la irrestricta confianza de antaño, se ha transformado a menudo en una tibia confianza con cierto recelo y a veces en franca desconfianza. De una relación paternalista, vertical, descendente, centrada en el profesional, se ha pasado a una más horizontal y centrada en el paciente.

Por tal motivo el propósito del presente trabajo de investigación es abordar la relación odontólogo paciente y realizar consideraciones acerca de su importancia en la práctica clínica.

DESARROLLO

La Relación Médico Paciente (RMP) ha estado siempre condicionada por principios éticos. Y en cada etapa, la sociedad ha sometido a estudio, crítica y debate sus principios deontológicos (Boshniakov, 1988; Rodríguez Silva, 2006).

En los diferentes códigos éticos, desde el conocido como código babilónico del rey Hammurabi (siglo XVIII a.C.) y hasta los aprobados en la segunda mitad del siglo XX, estos principios fueron enunciados solamente desde la perspectiva del agente sanitario, entendiendo como tal al médico y a cualquiera de los integrantes del sistema de salud que intervienen directa o indirectamente en las

acciones de promoción de salud, prevención o curación de enfermedades (Alonso Menéndez, et al., 1987).

Después de la Segunda Guerra Mundial se origina una situación política, económica y social que tiene como fondo, entre otros escenarios, una impetuosa revolución científico – técnica, que en la salud pública se expresó por el acelerado ritmo de los avances en ramas muy diversas, así como por una acentuada tendencia a la comercialización de la medicina, a la que no escapa la Odontología, el creciente peligro de la deshumanización ante la avalancha técnica; una desmedida injusticia social en la asignación de recursos y el acceso desigual a servicios de salud (Chiu Navarro, Colás Costa, Alonso Pardo & Cossío Figueroa, 1999; Acosta Sariago, 2002).

La tecnología médica tiene un poder no visto antes para introducirse en esferas esenciales del ser humano: la concepción, su nacimiento, su intimidad, cantidad y calidad de su vida, momento y forma de su muerte, así lo expresan González López, Cabrera Machado, Cortiza Orbe, Quintero Delgado, Fonseca Romero & Ponce Rodríguez (2009), se refiere a Simón Lorda P, & Barrio Cantalejo (1995), cuando plantearan que ante esta evidencia la pregunta que ha formulado la sociedad a partir de la segunda mitad del siglo XX es la del cuándo y cómo hay que poner coto a esa "invasión" de la biografía de los sujetos, la cual es, en principio, una pregunta moral.

Este cuestionamiento según Simón Lorda, et al. (1995); y Acosta Sariago (2002), está influido por un gran número de factores, entre los que destaca el hecho de que es precisamente en esa década cuando el progreso de la medicina fragua el modelo médico tecnológico sobre el que descansan hoy una parte notable de los sistemas de salud.

Otro factor no menos importante es que en esa década según González López, et al. (2009), es que empieza a desarrollarse una capacidad cada vez mayor de injerencia de las instituciones en la vida de las personas, se producen movimientos sociales que intentan reivindicar diversos derechos civiles: derechos de las minorías, derechos de la mujer, movimientos estudiantiles, movimientos pacifistas, movimientos ambientalistas, etc.

Simón Lorda, et al. (1995); y Acosta Sariago (2002), refirieron que como la sociedad norteamericana atravesaba en esos momentos una crisis de credibilidad moral ante la conmoción originada por la reciente recesión económica y la crisis inflacionaria causada por la política gubernamental, la guerra de Viet Nam, el asesinato político de figuras que representaban opciones de cambio (Malcolm X, Martin Luther King Jr., los hermanos Kennedy) y el

escándalo de Watergate, colofón del desprestigio del gobierno de Richard Nixon.

Frescas aún están las huellas de la Segunda Guerra Mundial, entre cuyos horrores y los dejados por la intrínseca degradación del nazismo, se encontraban crímenes relacionados con experimentos directos en humanos (prisioneros de guerra y de cultura), cuyo descubrimiento al finalizar la conflagración da origen al Código de Nuremberg (Amaro Cano, Marrero Lemus, Valencia, Casas & Moynelo, 2007).

Vinculados y mezclados con estos sucesos, refieren Simón Lorda, et al. (1995); Acosta Sariego (2002); y Amaro Cano, et al. (2007), se empiezan a hacer notar los “derechos de los pacientes”. Este giro del punto de vista hasta entonces tradicional de la RMP, trae como consecuencia una profunda modificación de esta, que tendrá su máxima expresión en la teoría del consentimiento informado. Todo ello hará que en los albores de los años setenta, surja la disciplina llamada Bioética.

Amaro Cano, et al. (2007), plantea que la Bioética que es un término empleado por primera vez por el Dr. Van Rensselaer Potter en un artículo científico publicado en 1970, se ha extendido considerablemente. Acosta Sariego (2002), planteó que aunque su concepto abarca solo a las ciencias de la salud y en particular a la RMP, en realidad abarca los principios morales inherentes a toda la condición humana, a su búsqueda del saber y a su uso para el mejoramiento de la humanidad y su supervivencia, afirma este autor que es entonces que, a los principios tradicionales de la ética médica –beneficiencia y no maleficencia- la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

De la relación paternalista anterior, en que son los agentes sanitarios y las instituciones que representan los que deciden qué es o no mejor para el paciente, se pasa a un modelo en el que los pacientes (o sus responsables legales) son fundamentales para que el proceso de toma de decisiones diagnóstico – terapéuticas respecto a su caso sea éticamente aceptable.

El consentimiento informado (CI) constituye un elemento esencial de la actual relación médico paciente (RMP) y uno de los principales derechos de los pacientes. Su doctrina presupone que el enfermo o la persona en situación de riesgo de enfermar tras recibir y comprender una información suficiente acerca de su problema clínico, de forma autónoma y libre, acepta determinados planteamientos diagnósticos y/o terapéuticos sugeridos por el médico (Rodríguez Núñez & Martinón, 1995).

En el ejercicio de la Odontología Gonzalo Rojas & Clara Misrachi (2004), refieren que actualmente existen factores, a menudo subvalorados, cuyo impacto a través del tiempo, pueden ser trascendentes para un desempeño adecuado en el aspecto profesional y la vida cotidiana del Odontólogo. La experiencia ha demostrado que los niveles de stress y angustia con los cuales muchos pacientes enfrentan los tratamientos, justificados o no, no dejan ileso al profesional tratante.

Si bien, esta relación más democrática tiene muchas ventajas al estar tratando con un paciente mucho más informado, en numerosas ocasiones, el manejo de esta información, sin un filtro profesional adecuado, ha contribuido a malos entendidos, disputas, y a veces, judicialización de casos. La observación de medidas higiénicas, uso de barreras (como guantes, mascarillas, elementos desechables etc.), tiene gran influencia en ciertas actitudes, preguntas y críticas, a menudo mal resueltas. Esto mismo no ha dejado indemne la relación Profesional / Paciente, contaminando con temor y desconfianza un vínculo que para funcionar con éxito requiere de apertura y alianzas. En el mundo de la Psicología y de la Psicoterapia se habla de “alianza terapéutica”, es decir, paciente y terapeuta trabajan juntos en aras de un tercero, el paciente mismo (Fodor, et al., 2007).

Gonzalo Rojas, Clara Misrachi & Germán (2003), plantean que existen diferentes factores a considerar de stress y por lo tanto susceptibles de provocar patología y/o trastornos en la relación entre el Profesional y el Paciente, estos los separó en aquellos dependientes del medio, (como condiciones de trabajo, presiones económicas, cumplir programas, etc.) de aquellos que dependen de la persona del dentista, del paciente y de la interacción entre ambos.

Blanco Ruiz, García López, Rodríguez García, Menéndez Laria & Sotres Vázquez, (2004), plantean que la importancia clínica de los factores sociales participantes en la relación estomatólogo-paciente u odontólogo-paciente está avalada por múltiples investigaciones y por la práctica médica diaria, añade que entre estos factores cobra vital importancia “el cuadro interno de la enfermedad, la comunicación estomatólogo-paciente, las motivaciones y expectativas del enfermo, la personalidad del paciente y la personalidad y estilo terapéutico del profesional, aunque se describen diferentes esquemas de la dinámica de la relación médico-paciente, todos aquellos de indudable valor didáctico y teórico-práctico, pero es necesario tener presente, por una parte, un enfoque dinámico a la hora de seleccionar cual es la relación médico-paciente más adecuada para una u otra situación por parte del odontólogo, y por otra, qué dinámica de la relación médico-paciente

es más rica que cualquier esquema, por cuanto lo que entra en juego es la personalidad de ambos participantes en una singular interrelación generada por la situación creada, por lo antes expuesto se puede afirmar que la relación médico-paciente constituye un elemento psicoterapéutico por sí, y existen evidencias abrumadoras de que ella sigue determinando en gran medida la efectividad de toda intervención médica, con la participación activa del paciente bajo la atenta dirección del profesional, por tal motivo a criterio de los autores de la presente investigación, se considera necesario que los estudiantes de odontología manejen estos aspectos, siempre bajo la dirección del profesor, pues ellos intervienen en el proceso de atención a pacientes en las consultas y tienen que prepararse para su futuro desempeño profesional.

Podemos afirmar el indudable aspecto psicológico en la relación médico paciente, ya que cuando los individuos pierden sus dientes, se afectan su imagen, tiene trastornos en su salud en general y en su comunicación en la sociedad, entorpeciendo sus relaciones interpersonales en el ambiente familiar y social, esto genera sentimientos de ansiedad, así como de inseguridad, claro no de igual medida en todos los pacientes pues esto depende de la importancia que este le atribuya a su enfermedad.

Ejemplo de esto es cuando a nuestras consultas acuden pacientes agobiados por el dolor, con su cara cubierta por un pañuelo, reclamando su atención inmediata y comprensión por parte del odontólogo para que le alivie y pueda incorporarse posteriormente a la sociedad, en este caso el paciente debe ser tratado de forma afable, brindándole todo el apoyo posible, con un alto humanismo, con la ética médica requerida para que se logre éxito en el tratamiento.

Blanco Ruiz, et al. (2004), plantean que el secreto en la relación odontólogo paciente en este paciente está dado por varios factores, entre los que se encuentran los rasgos de la personalidad de los sujetos, el nivel de información que se establezca, la profundidad en el análisis de la enfermedad y la respuesta del paciente ante el tratamiento.

En todo momento el odontólogo debe tratar de responder a las expectativas del paciente, por lo que debe ser cuidadoso en el lenguaje, tratarlos con amabilidad, con afecto, dirigirse con seguridad hacia el paciente, con una adecuada profesionalidad, de esta forma se establece una adecuada comunicación y confianza en el paciente, para que cuando se tengan que realizar determinadas técnicas difíciles y desagradables para el paciente éste las acepte y coopere con el tratamiento, así se podrá restablecer la funcionalidad del órgano dentario así como las

funciones bucofaríngeas afectadas, como son la masticación, fonación, estética y deglución.

En el 2012 afirmó Álvarez Quesada, que en el aquel momento, en la sociedad actual, la imagen y el concepto del odontólogo han ido cambiando con el tiempo, se han realizado grandes avances científicos, se ha mejorado la técnica de ejecución de los tratamientos, los equipamientos se han modernizado y los materiales se han vuelto mucho más estéticos, todos estos aspectos ayudan a establecer las bases de una mejor relación paciente-odontólogo.

La relación con el paciente puede variar de uno a otro de muy diversas maneras dependiendo del sujeto en sí mismo, de su personalidad, edad, patología, nivel socio-cultural y económico, afirma Alvarez (2012), planteamiento que compartimos los autores del presente trabajo, también debe considerarse pacientes con discapacidades o minusvalías (físicas o psíquicas), así como el envejecimiento fisiológico natural.

Entre el odontólogo y el paciente desde su primera visita se comienza a aplicar el método clínico, que como afirmara Antúnez Baró, et al. (2014), tiene entre sus componentes fundamentales, la relación médico-paciente, el interrogatorio y el examen físico, al ser la historia clínica su herramienta más importante en la recogida de datos.

Afirma Antúnez Baró, et al. (2014), que el método clínico continúa con el papel protagónico en el ejercicio racional y humano de la medicina actual y futurista, su herramienta, la relación médico-paciente, cuando es adecuada, constituye en sí misma un acto terapéutico basado en la confianza que deposita el paciente en el médico en su calidad de experto.

Cuando se realiza inicialmente un buen interrogatorio y se logra una buena comunicación entre el paciente y el odontólogo se crean las condiciones para que se establezca una relación de confianza, como afirmó Álvarez (2012), que conducirá a una satisfacción por ambas partes y a la realización de tratamientos de calidad.

Geller (2003), planteó que el encuentro médico-paciente constituye el acto más trascendente en el ejercicio de la profesión, en la medida que mejore ese lazo en cuanto al tiempo, el afecto y todos los demás aspectos de ese contrato, que se establece entre ambas partes, la atención médica se podrá considerar superior, aspecto que compartimos los autores de este trabajo, para ello debemos ser amable, sincero, hablar con lenguaje claro, ser explícito, no utilizar palabras o preguntas técnicas difíciles, no ser violento en el trato, ofrecer tranquilidad y confianza.

Clásicamente la relación del paciente con el dentista puede subcribirse a tres formas según Del Rio Highsmith. (2003):

- a. Paciente pasivo: donde el dentista asume toda la responsabilidad y el mando y es el paciente el que de una forma pasiva obedece en todas las fases del tratamiento, es decir, se deja llevar sin resistencia.
- b. Paciente cooperativo: es cuando el paciente, informado de su estado y de su plan de tratamiento por parte del dentista, está dispuesto a colaborar y a seguir cada fase del tratamiento.
- c. Paciente y dentista que mantienen una relación de mutuo acuerdo o participación: es cuando por ambas partes se establece una buena relación y se comparten responsabilidades para el mantenimiento de la salud oral.

A nuestro criterio el paciente cooperativo y el que mantiene una relación de participación son los ideales para que el odontólogo se pueda desempeñar adecuadamente en la consulta, pues se siente responsable con su tratamiento y por tanto colabora para que se realice con la mayor calidad.

Como afirma Álvarez Quesada (2012), para el odontólogo, el área bucal presenta un componente muy variado, con diferentes significados a nivel funcional, estético, de identidad para el paciente, de personalidad, por otro lado, cada paciente presenta y siente diferentes tipos de necesidades de tratamiento y rehabilitación. Además que a veces la atención odontológica se puede realizar en centros asistenciales o instituciones privadas o públicas en las que los pacientes pueden estar ingresados o acudir de forma ambulatoria.

Por lo que se puede afirmar que estos factores anteriormente mencionados, todos ellos pueden influir en el establecimiento, características y calidad de una relación odontólogo-paciente.

Es importante recordar que el éxito no está asegurado por la mera adquisición por parte del paciente del “conocimiento teórico sobre la salud bucal” sino por la adquisición y la práctica sostenida de hábitos que llevan al mejoramiento y al mantenimiento de una salud bucal excelente. En otras palabras, el resultado final de un programa de Odontología preventiva debe ser un cambio en la conducta y no sencillamente un cambio cognoscitivo.

Como plantean Chaffin, Mangelsdorff & Finstuen (2007), la adhesión al tratamiento del odontólogo por parte de los pacientes también se puede ver influida por una serie de factores:

- Iniciar y continuar el programa de tratamiento prescrito por el odontólogo.
- Asistir a las horas de consulta citadas y acudir a las revisiones periódicas.
- Tomar correctamente la medicación prescrita o realizar los cuidados bucales oportunos.
- Mantener los cambios iniciados en el estilo de vida hacia una mejora de los hábitos y de la higiene oral.
- Realizar correctamente el régimen terapéutico indicado para sus cuidados en el hogar.
- Evitar comportamientos de riesgo que puedan influir en su estado de salud oral.

Se puede interpretar que estos factores están relacionados con la cooperación del paciente, por lo que es decisivo establecer una buena relación odontólogo-paciente basado en la confianza y la cooperación entre ambos.

Constituye un problema frecuente en la atención dental la ansiedad dental (AD) citado Rojas Alcayaga, et al. (2011), referidos por Berggren & Meynert (1984); Mercado (2006); y Eitner, Wichmann, Paulsen & Holst (2006), el cual constituye una barrera para el éxito terapéutico, describen Corah, O'Shea & Skeels, (1982), que esta se caracteriza por la conducta evitativa, la que se presenta principalmente por la dificultad de asistir a controles dentales periódicos, posponiendo las citas y recurriendo para su atención solamente cuando se le presentan episodios dolorosos, esto genera que la prevención y el tratamiento sea difícil en pacientes con alto grado de ansiedad dental, lo que no es beneficioso para su salud bucal.

Refieren McCubbin & Sampson (2006), que la falta de control y predictibilidad de un estímulo son fenómenos relacionados al desarrollo de estrés lo cual se ha asociado con la experiencia de ansiedad dental, dado porque los procedimientos utilizados en la atención dental son invasivos, y pueden causar dolor e incomodidad, si se le suma la relación con el entorno debido a las posiciones que debe asumir el odontólogo y que dificultan la comunicación entre ambos, genera en el paciente una falta de control de la situación por parte del paciente puede desencadenar stress, que puede manifestarse en un cuadro ansioso del paciente lo cual dificulta la atención adecuada.

Rojas Alcayaga, et al. (2011), plantean que se han investigado diversas estrategias para disminuir la ansiedad dental. Entre ellas destacan las técnicas de relajación, la musicoterapia, la hipnosis, la desensibilización sistemática y las técnicas de percepción de control.

Las técnicas de relajación implican la distensión psíquica y muscular, facilitando la recuperación de un estado de tranquilidad en los pacientes ansiosos. En el ámbito de la atención odontológica, las técnicas de relajación han reportado efectos beneficiosos como lo reporta Lahmann, et al. (2008).

Se ha utilizado la música antes o durante la consulta, lo que se conoce como la musicoterapia, con el objetivo de generar en el paciente una sensación de bienestar y tranquilidad que se oponga a la natural respuesta ansiosa frente a la consulta dental, lo que posibilita una relación más armoniosa y placentera entre el paciente y el odontólogo, es mayor su cooperación ante el tratamiento y se le puede realizar adecuadamente el proceder que requiere el paciente. Algunas investigaciones han reportado beneficios *de esta técnica para el control de la ansiedad dental como son los realizados por Mok & Wong* (2003); y Nilsson (2008).

Todas estas técnicas antes mencionadas tienen como objetivo disminuir la ansiedad dental, lo que propicia que el paciente coopere con el proceder que requiere este paciente, el cual proporcionó su consentimiento previamente, proporcionando que se armonice la relación odontólogo-paciente, por lo que se logra mayor efectividad en la acción desarrollada por este profesional.

Antúñez Baró, et al. (2014), realizó algunas sugerencias simples y efectivas basadas en su experiencia de la práctica clínica, las que permiten elevar el impacto de una buena relación médico-paciente.

- Esté disponible para el paciente en todo lo que sea posible. La falta de disponibilidad y preparación para atender es, vista como una desconsideración y es una de las principales quejas de los pacientes.
- Brinde a su paciente toda su atención cuando lo solicita. Esto establece una impresión positiva para el visitante.
- Trate de minimizar las interrupciones, especialmente cuando el paciente comienza a hablar en forma abierta. Si tiene que interrumpirlo, hágalo con tacto, le dice que le gustaría saber más acerca de eso.
- Demuestre atención y respeto en forma gestual, mire al paciente a los ojos periódicamente, intente escucharlo, inclínese hacia adelante, utilice adecuado tono de voz, etc.
- Haga preguntas de respuesta abierta. Esto demuestra respeto por la capacidad del paciente y aumenta la posibilidad de descubrir algo que de otra forma puede pasar inadvertido.

- Comparta información con el paciente a lo largo de la consulta sin esperar hasta el final para hacerlo. Esto reduce la ansiedad del paciente y aumenta su confianza.
- Utilice un lenguaje simple y repita todo lo que sea necesario para asegurarse que el paciente comprende. Realice preguntas de chequeo, como: "¿Le quedó claro?" o "¿Se siente cómodo con lo que usted necesita hacer?".
- Sea auténtico con su paciente. No fuerce una conversación intimista o familiar si no se siente cómodo haciéndolo. Sin embargo, asegúrese de comunicar interés y preocupación por el paciente.
- Reconozca que, desde el punto de vista del paciente, él o ella ha hecho un esfuerzo especial para verlo.
- Reconozca que los desacuerdos o la falta de cumplimiento del paciente con usted pueden deberse a razones que ellos sienten legítimas. Pregunte al paciente acerca de estas razones y discúptanlas juntos.
- No piense que el paciente que no formula preguntas, no desea estar totalmente informado. El paciente generalmente lo desea y necesita información.
- Aliente a los pacientes a aprender más acerca de su salud y de los problemas vinculados a la misma, a realizar preguntas, y a compartir la responsabilidad acerca del tratamiento y de las prácticas saludables. Esto mejorará el cumplimiento y la satisfacción de los mismos.
- Examine al paciente siguiendo el método clínico.
- Aplique los principios de la bioética

CONCLUSIONES

La relación médico-paciente constituye el aspecto más sensible y humano en el campo de la Odontología, es uno de los binomios de relaciones humanas más complejos, que requiere de una competencia básica, la comunicación, dada la tarea multi e interdisciplinaria de la profesión de hoy, que requiere de la integración de saberes y deberes, donde se encuentran imbricados profesores y estudiantes, así como del trabajo en equipo acorde al ámbito donde se desarrolle.

La relación odontólogo-paciente constituye la base de una buena práctica clínica, la cual debe ser cuidada y llevada con la máxima excelencia, para así, de esta forma, lograr objetivos comunes para ambos y una mejora de la salud bucal y contribuir a la salud general del individuo y la comunidad.

Quedó demostrado que el método clínico continúa jugando un papel protagónico en la odontología actualmente, siendo su herramienta, la relación odontólogo-paciente, por lo que debemos esmerarnos para que sea la adecuada, donde se incluyen a los estudiantes junto al profesor, ya que ella constituye en sí misma un acto terapéutico basado en la confianza que deposita el paciente en el profesional en su calidad de experto.

El reconocimiento de la autonomía del paciente y el proceso de consentimiento informado han provocado un cambio en la relación odontólogo-paciente, del cual no puede sustraerse la práctica en la clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Sario, J. R. (2002). La bioética de Potter a Potter. En: Acosta Sario JR, ed. Bioética para la sustentabilidad. La Habana Félix Varela.
- Alonso Menéndez, D., Smith Smith, V. V., Ramírez Márquez, A., & Ortega, A. (1987). Ética y deontología médica. La Habana: Pueblo y Educación.
- Amaro Cano, M. C., Marrero Lemus, A., Valencia, M. L., Casas, S. B., & Moynelo, H. (2007). Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer, 12(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es&nr_m=iso&tlng=es
- Antúnez Baró, A. O., & Torres González, A. (2014) La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. Rev Mediciego, 20(1). Recuperado de <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/128/459>
- Arrubarrena Aragón, V. M. (2011). La relación médico-paciente 33 (Supl. 2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>
- Ávarez Quesada, C. (2012). La relación entre el odontólogo y los distintos tipos de pacientes Revista Gaceta Dental, 1. Recuperado de <http://www.gacetadental.com/2012/01/la-relacion-entre-el-odontologo-y-los-distintos-tipos-de-pacientes-24897/>
- Berggren, U., & Meynert, G. (1984). Dental fear and avoidance: causes symptoms and consequences. Journal of the American Dental Association, 109 (2), 247-251. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/6590605>
- Blanco Ruiz, A. O., García López, E., Rodríguez García, L. O., Menéndez Laria, A., & Sotres Vázquez, J. (2004). La relación estomatólogo-paciente: Importancia de los factores sociales. *Revista Cubana de Estomatología*, 41(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100010&lng=es&tlng=es.
- Boshniakov, D. (1988). Relaciones entre el médico y el paciente en las condiciones de crecimiento del nivel de la cultura general e higiénica de la población. En: Ética médica y deontología. Moscú: Vneshtorgizdat.
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica*, 18(1), 121-127. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>
- Chaffin, J. G., Mangelsdorff, A. D., & Finstuen, K. (2007). The development of conceptual model for evaluating dental patient satisfaction. Mil Med, 172 (12), 1239-1244. Recuperado de <http://militarymedicine.amsus.org/doi/pdf/10.7205/MILMED.172.12.1239>
- Chiu Navarro, V., Colás Costa, M., Alonso Pardo, M.E., & Cossío Figueroa, N. (1999). Algunas reflexiones de la bioética en las ciencias médicas. *Educación Médica Superior*, 13(1), 15-18. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411999000100002&lng=es&tlng=es.
- Corah, N. L., O'Shea, R., & Skeels, D. K. (1982). Dentists' perceptions of problem behaviors in patients. Journal of the American Dental Association, 104 (6), 829-833. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/6954190>
- Del Rio, H. (2003). Odontología Integrada para Adultos. Madrid: Pues SL.
- Eitner, S., Wichmann, M., Paulsen, A., & Holst, S. (2006). Dental anxiety -an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. Journal of Oral Rehabilitation, 33 (8), 588-593.
- Fernández, R., Rodríguez, M., & Torres, M. (1996). La comunicación una herramienta imprescindible en el trabajo diario. La Habana: Pueblo y Educación.
- Fodor B., & De la Parra, G. (2007). La Relación Paciente/ Odontólogo: Algunas Consideraciones. Revista Dental de Chile, 99 (3), 21-26 Recuperado de http://www.revistadentaldechile.cl/temas_nov07/PDF%20NOV%2007/La%20Relacion.pdf

- Fodor, B., & De la Parra, G. (2007). La Relación Paciente/ Odontólogo: Algunas Consideraciones. *Revista Dental de Chile* 99 (3), 21-26 Recuperado de http://www.revistadentaldechile.cl/temas_nov07/PDF%20NOV%2007/La%20Relacion.pdf
- García, P., Abraham Marcel, E., Dueñas Gobel, N., & Salvato Dueñas, A. (2012). Importancia del Método Clínico. *Rev Cubana Salud Públ*, 38(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000300009&script=sci_arttex
- Geller, M. (2003). La toma de decisiones: ¿debe compararse con el paciente? Recuperado de <http://www.intra-med.net/contenido.asp?contenidoID=26945>
- González López, S., Cabrera Machado, C., Cortiza Orbe, G., Quintero Delgado, Z., Fonseca Romero, B., & Ponce Rodríguez, Y. (2009). Relación médico paciente y consentimiento informado en cirugía pediátrica: teoría y realidad en la práctica local. *Medisur*, 7(4), 261-268. Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/601>
- González Menéndez, R. (2003). La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional. *Educ Med Sup*, 17(4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_4_03/ems02403.htm
- Gonzalo Rojas, A., & Clara Misrachi, L. (2004). Impacto del ejercicio profesional en la salud mental del odontólogo. *Revista Dental de Chile*, 95 (1), 38 – 40. Recuperado de http://www.revistadentaldechile.cl/temas_abril_2004/PDFS%20ABRIL_2004/Impacto%20del%20Ejercicio%20Profesional%20en%20la%20Salud%20Mental%20del%20Odontologo%20.pdf
- Gonzalo Rojas, A., Clara Misrachi, L., & Germán, A. (2003). Situación de estrés, salud mental y satisfacción laboral en dentistas colegiados de Santiago de Chile. *Revista Dental de Chile*, 97, 14-17. Recuperado de <http://revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202006/pdfs%20abril%202006/Situacion%20de%20Estrés.%20Salud%20Mental%20y%20Satisfaccion%20Laboral%20en%20Dentistas%20Colegiados%20de%20Santiago%20de%20C.pdf>
- Lahmann, C., et al. (2008). Brief relaxation versus music distraction in the treatment of dental anxiety: a randomized controlled clinical trial. *Journal of the American Dental Association*, 139 (3), 317-324. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18310736>
- McCubbin, R. A., & Sampson, M. J. (2006). The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Journal of Anxiety Disorder*, 20 (1), 42-57. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16325113>
- Mercado, F. (2006). The influence of emotional context on attention in anxious subjects: neurophysiological correlates. *Journal of Anxiety Disorder*, 20 (1), 72-84. Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/ceaco/PDFs/JAD06.pdf>
- Mok, E., & Wong, K. Y. (2003). Effects of music on patient anxiety. *Association of PeriOperative Registered Nurses Journal*, 77(2), 396-410.
- Nilsson, I. (2008). The Anxiety- and Pain-Reducing Effects of Music Interventions: A Systematic Review. *AORN journal*, 87(4), 780-807. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18395022>
- Ocampo Martínez J. (2002). La bioética y la relación médico-paciente. *Cir Ciruj* 70: 55- 59.
- Oliva, J. E., Bosch, C., Carballo, R., & Fernández-Britto, J. E. (2001). El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Cubana Invest Biomed*, 20(2), 150-158. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v20n2/ibi11201.pdf>
- Rodríguez Núñez, A., & Martinón, J. M. (1995). El consentimiento informado en pediatría. Aspectos prácticos. Cuadernos de bioética, 6(22), 188-95. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/1995/2/22/188.pdf>
- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Rev Cubana Salud Pública* 32(4), Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rojas Alcayaga, G., et al. (2011). Eficacia de las técnicas de precepción de control y relajación de ansiedad dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 49(4). Recuperado de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art-6/>
- Simón Lorda P, & Barrio Cantalejo, I. M. (1995). Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)*, 105, 583-97. Recuperado de https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/marco_historico-1.pdf
- Torres Acosta, R. (1997). Aspectos éticos en pediatría. En Acosta Saviño: Bioética desde una perspectiva Cubana. La Habana: Félix Valera.