

290
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**" HABLAR DE RIESGO CON EL PACIENTE O CON LOS
PADRES DEL PACIENTE "**

¿COMO RESPONDER A LAS PREGUNTAS DE LOS PACIENTES?

T E S I N A
QUE COMO REQUISITO PARA
PRESENTAR EL EXAMEN PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

CLAUDIA BEATRIZ MONTERO ALARCON ✓

Para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

C.D.M.O. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS

Coordinador de Seminario:

C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS

MEXICO, D.F. 1996



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, la oportunidad que me dio para realizar mis estudios profesionales, así como conocer gente maravillosa que me enseñó y apoyó durante todos mis estudios. En especial agradezco al Dr. Alejandro Martínez por su paciencia y ayuda en la elaboración de esta tesina.

A mis papas con todo mi amor, por ser siempre mi mayor ejemplo y motivación

A mis hermanas Manicela, Martha y Alma, mis mejores amigas y que aunque a veces desde lejos siempre están conmigo

A toda la gente que me ha apoyado y ha creído en mi, que aunque algunos ya no están, siguen y seguirán presentes en mi.

A Luis por todo

A mis amigos de la Universidad en general, de la Facultad y de la ENAP, por toda su amistad, ayuda, comprensión y apoyo, en especial a Claudia Rocha.

A Quisita.

ÍNDICE

INTRODUCCION	1-2
CAPITULO I.....	3
-¿Que hace tan difícil el hablar de riesgo en el consultorio dental con el paciente o los padres del paciente?	
CAPITULO II.....	4-6
-¿Porque difieren los puntos de vista en cuanto al riesgo en el tratamiento dental?	
CAPITULO III.....	7-14
-¿Como se puede ayudar al paciente o los padres del paciente a tomar buenas decisiones respecto a su tratamiento dental?	
CAPITULO IV	15-21
-¿Como hacer para que el paciente o los padres del paciente confien su el odontólogo?	
CAPITULO V	22
-¿Se puede crear confianza en el paciente o en los padres del paciente hablando de riesgo con ellos?	
CAPITULO VI	23-25
-Pacientes o padres de pacientes que no preguntan.	

CAPITULO VII	26-27
-¿Como detectar a los pacientes o a los padres de los pacientes que tienen dudas pero no preguntan?	
CAPITULO VIII	28
-Los beneficios de una buena comunicación	
CAPITULO IX	29-32
Hablando de seguridad.	
CAPITULO X	33-35
-¿Porque hay pacientes que no se convencen con los métodos seguidos por su odontólogo?	
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA.....	37

INTRODUCCIÓN:

amalgamas ¿Seguras?

¿Si los rayos X son seguros porque usted sale del cuarto cuando me toma una radiografía?

Los odontólogos están expuestos todos los días a las preguntas de los pacientes sobre los riesgos del tratamiento dental. El Dr. Gerbert y sus colegas encontraron que el 91% de ellos tienen pacientes que manifiestan dudas sobre la amalgama dental, el 71% tienen pacientes con dudas respecto a infectarse con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) durante el tratamiento dental, y el 41% tienen pacientes inquietos respecto a los posibles efectos dañinos del flúor.

El odontólogo para tranquilizar a sus pacientes en lo que concierne a riesgos del tratamiento dental, debe dar confianza y mantener una relación Doctor-Paciente positiva y agradable.

El odontólogo protege a sus pacientes de los riesgos del tratamiento dental, siguiendo los procedimientos del control de infecciones y se mantiene informado de lo último en investigaciones sobre rayos X, fluoruro, innovaciones de materiales dentales, patología y en general, todo aquello relacionado con su profesión.

¿Debe el odontólogo hablar de sus esfuerzos con su paciente? Si, ya que no sólo es el tratamiento dental, sino también es la manera en la que el odontólogo habla del tratamiento dental, lo cual da al paciente seguridad y satisfacción.

Las técnicas de comunicación para con el paciente, son para el odontólogo igual o incluso más valiosas que las técnicas operatorias en la clínica.

Se ha observado que cuando los profesionales de la salud, dan confianza a los pacientes ansiosos brindándoles información, éstos sufren menos en todo el tratamiento y están mas satisfechos con el resultado. Contrariamente, cuando a un paciente ansioso y desconfiado no se le da confianza, el tratamiento en general se vuelve complicado e incluso puede provocar que el paciente posponga la cita, dejándole al profesional de la salud un grave problema por resolver.

I. ¿QUE HACE TAN DIFÍCIL HABLAR DE RIESGO EN EL CONSULTORIO DENTAL, CON EL PACIENTE O CON LOS PADRES DEL PACIENTE?

La palabra riesgo significa contingencia, proximidad de un daño, contratiempo, peligro o perjuicio. Correr el riesgo nos da la idea de encontrarnos expuestos a algún peligro o daño, a la influencia de la suerte o a perdernos y no poder verificar.

"Hablar de riesgo" también se interpreta como una discusión de riesgos físicos entre el odontólogo y el paciente. Esto es lo que principalmente atemoriza, además de complicar y hacer difícil de entender esta información, lo cual es normal.

Existen principalmente tres desafíos al hablar de riesgo físico en el tratamiento dental:

- a) El odontólogo y su paciente o los padres de su paciente, pueden no estar de acuerdo en la manera de percibir, discutir y manejar el riesgo físico.
- b) El paciente o los padres del paciente no confían en el odontólogo que los trata, y por lo tanto, tampoco confían en la información sobre el riesgo de su práctica dental que éste les da.
- c) Los pacientes no externalizan sus dudas o simplemente no hablan del riesgo dental.

II. ¿PORQUE DIFIEREN LOS PUNTOS DE VISTA EN CUANTO AL RIESGO DEL TRATAMIENTO DENTAL?

Los dentistas y los pacientes frecuentemente están en desacuerdo a la hora de evaluar los riesgos dentales.

Los pacientes hablan preocupados e incluso desconfiados de la amalgama, el flúoruro y la transmisión del VIH, por ejemplo. Mientras, los odontólogos generalmente tienden a estar de acuerdo con los expertos en que los riesgos asociados con estos temas son mínimos.

Gerbert y sus colegas, autores del artículo: "Risks of the big three: what dentist and patients believe about dental amalgam, fluoride and HIV." JADA Se percataron de que estas diferencias, pueden obstaculizar la relación dentista-paciente.

Es posible que el dentista siga pensando que los riesgos son mínimos, pero no puede seguir sin saber como discutirlos, ya que es fundamental para reducir la preocupación del paciente.

Para que un odontólogo tenga éxito al hablar de riesgo con los pacientes, primero debe entender la percepción de riesgo del paciente, conocerla firmemente estando o no de acuerdo con esta.

Un artículo de la revista de la "Asociación Médica Americana" recuerda a los profesionales de la salud, que los pacientes deben decidir de que riesgos prefieren hablar -aunque esto signifique subjetividad, al imponerse a la información y a la objetividad-. El autor incita a los científicos y a la comunidad médica en general, a reducir la forma de percepción pública, a través de la educación y una buena orientación.

Investigaciones exhaustivas han analizado las diferencias en las percepciones, entre los expertos y los no expertos, y estas indican que:

La percepción del riesgo de los expertos esta basada en riesgo probable y el resultado o consecuencia en potencia del riesgo semejante al daño, enfermedad o muerte. Por ejemplo, los odontólogos como expertos dentales, juzgan el riesgo de la transmisión del VIH en su consultorio, considerando la probabilidad de la transmisión (cero o nada en esencia) y la consecuencia de la transmisión (muerte eventual por SIDA).

Las personas "no profesionales" en cambio consideran una multitud de factores más en la evaluación del riesgo.

La diferencia de percepciones de riesgo entre profesionales y no profesionales se puede ilustrar con una ecuación; **Los expertos evalúan el riesgo como: Probabilidad x Consecuencia x Factores de ultraje**

Los factores de ultraje son características que influyen en la exacta percepción, dando como resultado el ultraje o atropello público frente a riesgos particulares. Estos están hechos de elementos de "riesgo mínimo", contra elementos de "riesgo máximo" incluyendo: Familiar vs. no familiar, natural vs. no natural, ética vs. negligencia, riesgos conocidos vs. riesgos desconocidos, beneficios visibles vs. beneficios invisibles, y situaciones voluntarias vs. situaciones involuntarias.

Sí una situación en particular tiene características de riesgo mínimo, se percibirá como menos severa y provocará menos atropello o ultraje que una situación semejante con características de más riesgo.

Aquí hay un ejemplo de como diversos factores afectan la percepción de la gente:

De acuerdo con "Science" (1985), muchos temas tienen igual riesgo, pero la manera de percibirlos difiere. Por ejemplo cada persona, en un año incrementa en un millón la posibilidad de morir, también tiene igual riesgo fumar 1.4 cigarros, tomar 5 litros de vino, tener un chequeo de rayos X, volar 6000 millas en un jet comercial, viajar 150 millas en un coche particular, vivir en New York por dos días, beber agua de Miami por un año ó vivir mas o menos a 20 millas de una planta nuclear por 150 años.

¿Tenemos la misma reacción ante todos estos riesgos? Ciertamente no, porque difieren los factores de ultraje. **Muchas personas nos sentimos cómodas con los riesgos familiares y voluntarios como lo es viajar en un coche, pero nos mostramos ansiosos y preocupados con los que no nos son familiares, como los vuelos comerciales.**

III. ¿COMO SE PUEDE AYUDAR AL PACIENTE O A LOS PADRES DEL PACIENTE A TOMAR BUENAS DECISIONES RESPECTO AL TRATAMIENTO DENTAL?

Hasta ahora se ha mostrado como la gente común percibe el riesgo, ahora vamos a aplicar el factor de ultraje a la práctica dental y se presentará una guía para que el odontólogo se comunique con su paciente.

Las siguientes recomendaciones no están diseñadas para forzar al paciente a aceptar los puntos de vista del dentista, están diseñadas para ayudar al odontólogo a hablar desde la perspectiva estructural del paciente, para así ayudarlo a tomar decisiones dentales efectivas.

FAMILIAR VS. NO FAMILIAR

Si las personas están más cómodas con los riesgos familiares que con los no familiares, entonces un paciente hará una decisión más sabia si él o ella, conoce más de él.

Rankin y Harris autores de "Patient's preferences for dentists' behaviors." JADA. Encontraron que los pacientes en general, gustan de los dentistas que les explican el tratamiento, como funciona el equipo, y como otros pacientes responden a todo esto. Asimismo encontraron también que a los pacientes no les gustan los dentistas que comienzan el tratamiento sin explicarles nada.

Examinando esto se puede decir que los pacientes gustan más de los doctores confiables y sinceros, que les dicen tanto lo bueno y grato, como la cantidad de riesgo y displacer que pueda haber durante el tratamiento.

El odontólogo puede incrementar la percepción de familiaridad, narrando la historia de ciertos temas. Por ejemplo, "Nuestro procedimiento para el control de infecciones esta recomendado por la Asociación Dental Americana y no es nuevo, existe desde 1976, mucho antes de que se tuvieran noticias del VIH y SIDA" "La amalgama dental ha sido usada por más de cien años y cerca de cien millones de americanos tienen obturaciones de amalgama".

NATURAL VS. NO NATURAL

La gente se preocupa menos de los riesgos naturales (como lo es la radiación solar), que lo que se preocupan por los no naturales (como la radiación de los rayos X).

Partiendo de aquí, podemos decir que los que proponen el agua fluorada, nunca mencionan que la cantidad de flúor que tiene el agua es una "dosis", ya que mucha gente no quiere nada en su agua y la palabra "dosis" suena a algo no natural, a algo médico. También los que se oponen al fluoruro usan esta estrategia de lo no natural para desacreditar el fluoruro , describiéndolo como **poción sospechosa o basura tóxica.**

Los que lo apoyan utilizan mensajes naturales como: "El fluoruro es el enemigo natural de la caries. El fluoruro está en forma natural en el agua desde el principio de los tiempos. La fluoración es simplemente ajustar la cantidad de flúor, para que así tenga un nivel óptimo para la salud dental".

Se puede también defender el mercurio de la amalgama de forma natural, "En el cuerpo humano siempre hay una cantidad muy pequeña de mercurio, éste entra al cuerpo con la comida que ingerimos, con el agua que bebemos y con el aire que respiramos. El cuerpo lo elimina de manera natural por medio de la orina".

ETICO VS. NO ETICO

Los riesgos que son éticamente inconvenientes, parecen ser más peligrosos que los que no lo son. ¿Que quiere decir ésto ó que es lo que tiene ésto de relevancia?

Hay enunciados que comparan costos con la seguridad publica y tienen por lo tanto un elemento ético implícito.

Por ejemplo, **No existe una ley que diga que es obligatorio hacer la prueba de VIH a todos los profesionales de la salud, porque ésto seria demasiado caro.**

Cabe mencionar que las categorías morales significan más que la relación de costo-beneficio.

A muchos pacientes les encantaría saber como un odontólogo justificaría este extraño trueque, de poner costo a la vida humana.

El odontólogo, cuando trate este tema, en vez de argumentarse con el costo de la prueba, puede decir, "Los pacientes quieren tener garantía para su seguridad. La mejor garantía no es una prueba obligada, pero si lo es el que el dentista se apegue estrictamente a las precauciones universales. Ahora permítame explicarle las medidas preventivas que tomamos para su seguridad en este consultorio".

CONICIDO VS. DESCONOCIDO

El nivel público de desconcierto se incrementa, si hay controversia científica sobre determinado tema de riesgo, por ejemplo, Flúor, amalgama y control de infecciones tienen mucha controversia dentro de la comunidad odontológica.

En un nivel personal, si un odontólogo trabaja cerca de otro que se opone a las obturaciones con amalgama, el primer odontólogo verá como aumenta el número de pacientes, con dudas respecto a la amalgama. Si un dentista del pueblo, por ejemplo se opone a la fluoración del agua, otro dentista tiene un arduo camino que recorrer para que la gente acepte la fluoración del agua.

En esencia, el público se angustia cuando los expertos no se ponen de acuerdo.

Hay dos reacciones o procedimientos para trabajar con pacientes desconcertados por una controversia científica de un tema de riesgo.

Primero, el odontólogo puede contar con su credibilidad personal, explicando que ha considerado ambos lados y dar razones sólidas de porque la opción que escogió es la mejor para sus pacientes.

En segundo lugar, puede el odontólogo apoyarse en sus diplomas profesionales, además de comparar la credibilidad y el número de partidarios de cada una de las teorías del tema de controversia.

BENEFICIOS VISIBLES VS. BENEFICIOS INVISIBLES

El común de las personas miden la relevancia de los beneficios evaluándolos y comparándolos con el riesgo.

Por ejemplo, el cloro está asociado con algunas formas de cáncer, pero el agua no clorada puede crear una epidemia de tifoidea. Después de comparar los beneficios y los riesgos, muchos de nosotros optaríamos por clorar el agua.

El odontólogo puede ayudar a sus pacientes a tomar buenas decisiones en su tratamiento dental, identificando los riesgos y beneficios de cada una de las opciones del tratamiento, por ejemplo, puede comparar los beneficios, los riesgos y los costos de las obturaciones de amalgama, las obturaciones de resinas composites y las obturaciones de oro.

Puede también comparar el riesgo del tratamiento con el riesgo de no tratarse, por ejemplo, Para un paciente angustiado por la seguridad de los rayos X el odontólogo puede decir, **"Es muy sabio de su parte el considerar el riesgo de cualquier tratamiento antes de que usted tome una decisión, pero con las actuales precauciones, un rayo X dental, tiene muy poco riesgo para su salud, comparado con los problemas dentales que no se detecten y por lo tanto no se traten por no tomar las radiografías"**.

Con un paciente con dudas y temor a una cirugía periodontal, el odontólogo puede comparar el pequeño riesgo de un entumecimiento parcial de la lengua después de la cirugía, con el riesgo mucho más grande y probable de perder dos o mas dientes, de no hacerse la cirugía.

VOLUNTARIO VS. INVOLUNTARIO

Las personas en general, están mas dispuestas a aceptar riesgos altos, cuando sienten algo de control, como esquiar o montar bicicleta. A diferencia de los riesgos en los que sienten muy poco control, como los aditivos de la comida o la contaminación del agua.

Si los pacientes se sienten carentes de podero de control en sus decisiones de tratamiento, quizá ellos no estarán dispuestos a considerar las recomendaciones del odontólogo.

¿QUE ES LO QUE EL ODONTOLOGO PUEDE HACER PARA AUMENTAR LA SENSACION DE CONTROL DEL PACIENTE?

El odontólogo debe **involucrar al paciente** en una discusión del tratamiento. Informarle al paciente cuidadosa y detalladamente de su estado de salud dental, recomendarle tratamientos, indicarle los riesgos de cada opción de tratamiento y siempre darle la opción al paciente de no tomar el tratamiento, explicando también las posibles consecuencias.

Un odontólogo debe ver, que **a un paciente le afecta y le preocupa profundamente la opinión de los expertos.**

Contrariamente, la gente común cuando tiene que afrontar una situación de riesgo, no quiere una sola opinión o una sola corriente ideológica de los expertos para con el público. Ellos **buscan otras opiniones de expertos o incluso a veces de no expertos**, es decir ellos desean mucha participación al hacer sus decisiones de riesgo.

Supongamos que un paciente pregunta: **¿Como fue posible que "tal paciente" se infecto de SIDA en el consultorio de su dentista?** El odontólogo no debe responder esta pregunta basada en una sola opinión de expertos:

"No tiene porque preocuparse por ese caso aislado, nosotros tenemos las precauciones necesarias con nuestros procesos de control de infecciones".

En lugar de esto, el odontólogo debe responder con un argumento basado en una decisión hecha de manera común: "Nosotros estamos de acuerdo con usted respecto a su seguridad. Los expertos creen que esto se debe a que algunos dentistas no siguen las normas para el control de infecciones. ¿Le interesaría que le mostrara los métodos para el control de infecciones que seguimos aquí en el consultorio? Así usted verá todo lo que nosotros hacemos, y estaremos dispuestos a contestar cualquier duda que tenga".

Para terminar el odontólogo puede ofrecer alguna opción en el proceso del tratamiento, para ayudar al paciente a incrementar su sensación de control. Por ejemplo, "Podemos, en este tratamiento, trabajar en cualquier orden ¿Con que desea empezar? Podemos empezar por el lado derecho o el izquierdo. ¿Por la arcada superior o la inferior? ¿Quiere usted empezar el Martes o el Jueves? ¿Por la mañana o la tarde?".

Todo esto demostrará flexibilidad por parte del odontólogo, e incrementará la buena voluntad del paciente, para el tratamiento que necesite.

IV. ¿COMO HACER PARA QUE EL PACIENTE O LOS PADRES DEL PACIENTE CONFÍEN EN SU ODONTÓLOGO?

El odontólogo que considera las preguntas de sus pacientes con respecto al riesgo, puede observar que ellos en sus preguntas reflejan una emisión de confianza (los pacientes no están solo preguntando de temas de riesgo también preguntan cosas sobre el odontólogo). También puede observar que la confianza es esencial para que un paciente acepte sus respuestas y propuestas.

Los investigadores que han estudiado las sensaciones respecto al riesgo, enfatizan la importancia de la credibilidad y de la confianza en la discusión de determinado riesgo.

Hay algunas investigaciones sobre comunicación, que muestran que un mensaje para ser aceptado, debe venir de una fuente creíble.

A continuación se presentan algunas estrategias de comunicación para que el odontólogo pueda crear confianza en su paciente.

RECONOCER LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Escuchar bien, mostrar interés, no interrumpir y en general tener buena voluntad al escuchar los puntos de vista del paciente, es el primer paso para que un odontólogo pueda ganar la confianza del paciente.

Gazda autor de "Interpersonal communication: a handbook for health professionals". Dio esta nota respecto a la comunicación Doctor-Paciente: "El primer objetivo en el cuidado profesional de la salud es tratar de entender la situación tan bien como sea posible y aceptar (al paciente) a la persona como el ser individual que en realidad es. Esto permite que (el paciente) la persona se sienta mas cómoda al discutir un problema y posteriormente continuar la conversación".

RECONOCER LAS PREOCUPACIONES DEL PACIENTE

Que el odontólogo diga que es lo que el piensa que el paciente esta tratando de decir. Parafrasear concede legitimidad al punto de vista del paciente. El odontólogo debe permitir que el paciente decida la exactitud con la que entendió: "Usted esta preocupado acerca de la seguridad de los rayos X dentales, después de haberse tomado una mamografía ¿Estoy bien?"

También el odontólogo debe aceptar el punto de vista del paciente y explicarlo, sin que parezca que está de acuerdo con el, puede decir, "Realmente entiendo porque usted se siente de esta manera" o "Muchos pacientes en esta situación llegan a la misma conclusión".

Todo esto no es en realidad una estrategia de comunicación pero funciona amenudo para transmitir confianza al paciente.

Supongamos que al consultorio de un odontólogo se presenta un paciente que se muestra desconfiado y pregunta "¿Porque me preguntó usted antes de recomendarme el tratamiento, si yo tenía seguro médico?"

Lo primero que el odontólogo debe hacer es defenderse, en esta conversación hay dos opiniones o puntos de vista, la del paciente y la del odontólogo. El paciente por lo general defiende su punto de vista o su posición hasta llegar a un acuerdo con el odontólogo.

Cuando un paciente se muestra desconfiado el, odontólogo, debe empezar por entender claramente que es lo que le preocupa al paciente, y aclarar su duda firmemente.

Es muy simple, el odontólogo debe otorgar credibilidad para ganarse a el paciente.

ELOGIAR AL PACIENTE

Algunas veces un cumplido es un punto extra para ganar legitimidad a la inspección u opinión del paciente, e incrementará su confianza, su sensación de seguridad, su buena voluntad y disposición para escuchar al odontólogo.

Si una mamá de un paciente dice: **"No estoy segura si quiero que a mi hijo se le apliquen esos peligrosos rayos X"**. El odontólogo puede decir: "Esto me suena como si usted hubiera buscado información sobre esto, me siento halagado por tener un paciente que se interese por saber más sobre todos los aspectos de su salud, ¿Estaría usted interesada en algo mas de información, acerca de la seguridad del flúor, para que asi considere su decisión?"

Con esto el odontólogo ya reconoció y legitimizó la opinión del paciente.

A continuación hay unos consejos para reafirmar la confianza del paciente, dándole información de temas de riesgo.

EL ODONTOLOGO DEBE EXPLICAR COMO FUE QUE LLEGO A FORMAR DETERMINADA OPINION

El que el odontólogo le explique a su paciente, cómo fue que llegó a determinada opinión, es mejor aún que sólo decirle su opinión sobre determinado tema.

Esto le permite al paciente saber que su dentista, esta consciente, que tiene a su alcance diferentes opiniones y además tiene buenas razones para de todas ellas seleccionar la correcta.

También es mejor, que en vez de que el odontólogo, se presente ante el paciente con un diagnostico y plan de tratamiento completo, considere antes informar al paciente de cada etapa del diagnostico y el tratamiento, de los criterios seleccionados, considerar alternativas y platicar de las recomendaciones.

Esto es, involucrar al paciente temporalmente como socio o cómplice del tratamiento, después él o ella no tendrá que estar paso a paso en la evolución final. Todo esto se trata más bien, de ponerlo al tanto de las discrepancias que hay, y que tome una decisión.

PRESENTAR MENSAJES BALANCEADOS

Cuando un odontólogo se encuentra con un paciente que es desconfiado, se ve tentado a enfocar y platicarle sólo de los beneficios del tratamiento que esta proponiendo, dejando a un lado los riesgos.

El odontólogo se puede sentir confundido entre su responsabilidad profesional, que le dice que debe revelar todos los detalles y su deseo personal de persuasión.

Esto que parece un problema en realidad no lo es. Investigaciones demuestran que ambos tipos de mensaje presentan ventajas y desventajas, además de ser juzgados con más confianza que los mensajes que solo presentan ventajas.

Por lo tanto, el odontólogo, construye credibilidad, al presentar un panorama balanceado de los beneficios y riesgos.

MENCIONAR LA FUENTE DE INFORMACION

El odontólogo no esta sólo en su opinión, y debe permitir que su paciente sepa que su opinión es conforme a: La Asociación Dental Americana, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Asociación Dental Mexicana, etc. Debe el odontólogo platicar del Manual de Conformidad Reguladora de la ADA, a fin de mostrar que no es a juicio de nadie el control de infecciones, y que es una ley.

También puede mencionar un reporte del consumidor de 1991 que concluye diciendo: "La amalgama nos ha demostrado un camino sólido, tiene un récord y una discusión no resuelta de los riesgos y desventajas de ésta, pero a pesar de todo, las obturaciones de amalgama siguen siendo la mejor opción."

QUE EL ODONTOLOGO PLATIQUE SU PROPIA EXPERIENCIA

Los pacientes pueden pensar: "Yo se lo que los científicos dicen, pero...¿Que tanta atención dental han recibido?"

Los pacientes confían en las manos expertas del odontólogo, y escuchan las historias que éste les cuente, el odontólogo debe platicar historias de casos, dar ejemplos específicos de pacientes (naturalmente al hablar de sus pacientes deberá mantener en confidencia la identidad de éstos).

También escucharán los pacientes las propias experiencias del odontólogo.

Aquí hay algunos ejemplos sencillos que utilizan profesionales con experiencia para crear confianza:

"Yo tengo amalgamas en mi propia boca y las usaría en mis hijos si tuvieran caries"

"Nosotros seguimos los procedimientos de control de infecciones, como si fuéramos nosotros ó nuestros familiares los que estuviéramos recibiendo el tratamiento".

"Usted sabe que mi madre viene a atenderse aquí, el cubículo en donde usted se hará el tratamiento, está acondicionado exactamente igual para ella que para usted"

"Usted debe hacer su propia decisión respecto al tratamiento de su hija, pero en lo personal, me gustaría que mis hijos tuvieran los beneficios del agua fluorada".

"Yo le coloque a mi cuñado el mismo tipo de puente

EL ODONTOLOGO DEBE HABLAR AL NIVEL DEL PACIENTE

Para que los mensajes del odontólogo sean fáciles de entender y de recordar, debe hacer sus enunciados concisos, con oraciones cortas y palabras familiares.

V. ¿SE PUEDE CREAR CONFIANZA EN EL PACIENTE O EN LOS PADRES DEL PACIENTE HABLANDO DE RIESGO CON ELLOS?

Las siguientes estrategias de comunicación pueden ser usadas todos los días para reforzar la credibilidad en la práctica profesional del Cirujano Dentista.

MENCIONAR ACTIVIDADES PROFESIONALES

El odontólogo puede mencionar lo que aprendió dando clases en la Universidad, en una conferencia en un hospital o congreso, ó bien cuando estuvo dando servicio dental a un comité social. Y si el odontólogo está constantemente estudiando, tomando seminarios ó cursos, **debe hacerlo notar en su plática ó con diplomas en su consultorio.**

Cuando el odontólogo se ausenta del consultorio, por algún simposio, encuentro ó seminario, debe asegurarse que su servicio de recepción de llamadas, diga a los pacientes que llamen en su ausencia, que no se encuentra por estar en un congreso.

EL ODONTOLOGO DEBE ELOGIAR SU PRACTICA

Naturalmente, el odontólogo no puede elogiarse a sí mismo, y hablar de su brillante trabajo, pero sí puede hacer notar el desempeño de su asistente ó de su higienista frente al paciente, los pacientes apreciarán estos mensajes y se dará cuenta de la calidad de tratamiento que esta recibiendo.

VI. PACIENTES O PADRES QUE NO PREGUNTAN.

En algunos seminarios que ha habido en Estados Unidos, sobre cómo responder preguntas difíciles, algunos odontólogos han comentado:

"Mis pacientes no están preguntando ese tipo de cuestiones, acerca de estos temas" (R.Wright. Tough questions, great answers: responding to patient issues in the 90's [seminar] ADA Council on Dental Practice, 1994).

Los pacientes pueden tratar de ocultar sus dudas, en comentarios improvisados, por ejemplo:

Un paciente que tiene miedo de la posible transmisión del virus del VIH por medio de la pieza de mano, sería extraño que preguntara. "¿Ese taladro puede infectarme de SIDA y matarme, verdad?" En lugar de esto él ó ella preguntaría ó diría: "Vi algo en la televisión, acerca de los turbinas dentales" ó "¿Trata usted, pacientes infectados con VIH?", cuando en realidad su duda es: "¿Puede usted infectarme de VIH?".

LOS PACIENTES PUEDEN NO DECIR NADA DE SUS PREOCUPACIONES O DUDAS

Los pacientes siempre tienen dudas y preguntas, en lo que a atención y cuidado de la salud en general se refiere, pero no siempre preguntan o piden información.

De todo lo que concierne a la atención y cuidado de la salud en general, los pacientes siempre están deseosos de información, pero es raro el paciente que pregunta por ella.

Daly y Hulka, (Autores de: "Talking with the doctor.") encontraron que de cuatro mamás preocupadas, una no menciona siquiera su gran preocupación sobre la salud de su hijo, debido a que no tuvieron oportunidad para preguntar o simplemente, no tuvieron valor para hacerlo.

Las investigaciones demuestran que los pacientes, quieren mucha más y detallada información, especialmente acerca de los riesgos, tratamiento y terapias alternativas, que la que rutinaria y generalmente ofrecen los profesionales de la salud.

En una encuesta que realizó la ADA, se encontró que seis de cada diez pacientes abandonarían su tratamiento dental si estuvieran insatisfechos con su dentista, y solo muy pocos dijeron que antes discutirían su insatisfacción con su dentista.

En algunos casos, los pacientes se acercan al equipo del cirujano dentista (enfermeras, higienistas, recepcionistas, etc...) En lugar de acercarse al odontólogo para hacer sus preguntas sobre "riesgo". Algunos de los dentistas que han asistido a los seminarios antes mencionados, descubren que aunque a ellos no se les presentan preguntas de riesgo frecuentemente, a su equipo sí y con mayor frecuencia.

Aunque esta evidencia está basada sólo en anécdotas, esto muestra que **el equipo del cirujano dentista tiene que hacer frente a las preguntas de los pacientes, mientras los odontólogos no sospechan nada.**

VII. COMO DETECTAR A LOS PACIENTES O LOS PADRES DE LOS PACIENTES, QUE TIENEN DUDAS, PERO NO PREGUNTAN.

Aquí se presentan algunos tips para el odontólogo:

-Escuchar atento a cada comentario del paciente y tratar de ir más allá de éstos, para **descubrir mensajes ó dudas ocultas**, que puedan ser importantes para que el paciente este tranquilo y tenga un tratamiento seguro.

-Explicar las cosas al paciente como si fuera una clase ó un curso de precauciones universales y ofrecer un **"tour de control de infecciones"** en su consultorio, a los pacientes nuevos.

-Facilitar folletos de temas de riesgo -flúor, rayos X, amalgama, control de infecciones- dejarlos fuera en la sala de espera, de manera que los pacientes no tengan que preguntar por ellos.

-Cuando un tema es muy hostil ó controversial, puede el odontólogo escribir una carta acerca de este tema, dirigido a sus pacientes, dejar copias en el escritorio ó en la recepción, para que el paciente las lleve a casa y las lea cuidadosamente. Hay muchos pacientes que confían más en la palabra de su odontólogo, que en cualquier otra fuente de información dental.

-El odontólogo puede usar un botón que diga, "Preguntas bienvenidas" ó "Pregúntame acerca del control de infecciones".

-Organizar una reunión de equipo, para discutir esas preguntas y las posibles respuestas. Juntos podrán trabajar en las respuestas, reuniendo las necesidades tanto de los pacientes como las del odontólogo y su equipo.

VII. LOS BENEFICIOS DE UNA BUENA COMUNICACIÓN.

El aspecto más memorable para el paciente ó los padres del paciente de su tratamiento dental, es el contacto personal con el odontólogo y su equipo del odontólogo, tanto positivo como negativo.

Es muy típico que los pacientes evalúen la excelencia del cuidado ó tratamiento, no en el aspecto clínico, sino en la excelencia de la comunicación.

La buena ó excelente comunicación -y como resultado la satisfacción del paciente- deja muchos beneficios a ambos, al paciente y al odontólogo.

Los pacientes satisfechos están en general más dispuestos a:

- Permanecer con el odontólogo.
- Recordar y seguir recomendaciones.
- Recomendar a otros pacientes con el odontólogo.
- Experimentar menos incomodidad durante el tratamiento.
- Tener más cortos periodos de recuperación.
- Requerir menos medicamentos
- Tener una experiencia con menos angustia.
- Hablar con su odontólogo y no con su abogado, cuando éste se encuentre insatisfecho.



IX. HABLANDO DE SEGURIDAD

Es una realidad que los pacientes sienten temor respecto a su seguridad cuando se trata de cuidado dental, aunque en actividades mucho más riezgosas, no sientan temor alguno.

¿Es sabio de parte del odontólogo, hacer ver esta diferencia en la apreciación de los riesgos?

A continuación se presenta una pequeña guía para el odontólogo, de lo que se debe comparar y no, al trabajar con pacientes.

Primero, el odontólogo no debe comparar los riesgos que se perciben como voluntarios, con los riesgos que se perciben como involuntarios. Recordando que, **"las personas están más dispuestas en general, a aceptar riesgos más altos en situaciones en las que sienten control."**

Un comentario del odontólogo como, **"Usted tiene menos riesgos y ésta más seguro durante el tratamiento dental, que en el trayecto que hizo manejando hasta el consultorio"**, no da confianza al paciente, ya que no dice nada de la efectividad del control de infecciones, por ejemplo, los pacientes se sienten más seguros y con más control junto a una rueda de coche, que en un sillón dental.

Kimberly Bergalis. (En su artículo: "The sting of AIDS, the scorn of strangers.") Enfatizó la importancia de la sensación de control cuando dijo "Yo no quiero vivir en un mundo sin riesgos, solo quiero que las personas sean capaces de escoger sus riesgos, yo no vi la opción de salir del consultorio y buscar otro odontólogo":

Segundo, el odontólogo debe evitar hacer comparaciones, con eventos sensacionales, como comparar el riesgo de contraer VIH en el consultorio, con la posibilidad de que le caiga un rayo en el consultorio o ser secuestrado por terroristas, ésto no se debe hacer, ya que la gente casi siempre sobrestima los no muy comunes y grandes riesgos, en cambio se preocupa poco por los riesgos comunes. Por ejemplo, se piensa que los tornados y el asma causan cada año más o menos el mismo número de muertes, pero se sabe que los tornados matan alrededor de cien personas al año, mientras que el asma mata alrededor de tres mil.

En general, no se deben comparar riesgos que no sean del mismo tipo. Daniels en su artículo de la JAMA, menciona que el riesgo de infectarse de HIV durante una cirugía, practicada por un doctor que desconozca los estatutos para el control de infecciones es un décimo de probabilidad de ser muerto por un rayo, un cuarto de probabilidad de ser muerto por un toro y la mitad de probabilidades de morir al saltar de un avión con paracaidas. Tiempo después, el se dió cuenta, de que su estrategia para aminorar el miedo de los pacientes a ser infectados con HIV, podría ser rechazada y desechada.

Las comparaciones de riesgos que no son del mismo tipo, ignoran aspectos y distinciones que el público considera importantes y pueden dañar gravemente la credibilidad que el odontólogo pueda tener ante su paciente y puede provocar ultraje e indignación.

Covello, Sandman y Solvic (Autores de "Seven cardinal rules of risk communication".) Dieron a las comparaciones de riesgo diferentes categorías o rangos, con base en la aceptación pública. El hacer la comparación de un riesgo con otro del mismo rango o categoría, es siempre más aceptable.

Aquí hay una comparación de los riesgos de los rayos X con un riesgo de su misma categoría: "De acuerdo a las reglas federales, las personas que al trabajar se involucran con algún tipo de exposición a radiación, están en posibilidad de recibir arriba de cinco mil milirems en todo su cuerpo anualmente. Un examen radiográfico completo de toda la boca, en donde se utilicen veintiún películas con su dosis efectiva de radiación, equivale a tres milirems."

El comparar los orígenes de un riesgo, con otros orígenes del mismo riesgo, es menos deseable, pero aún se acepta. Por ejemplo: "Un examen radiográfico completo bucal de veintiún radiografías, tiene una dosis efectiva de tres milirems que es lo equivalente mas o menos a cuatro días de exposición natural al tipo de radiaciones que recibimos del sol."

Si el odontólogo está hablando con un paciente preocupado y temeroso por el mercurio que tiene la amalgama dental, el dentista puede decir, "Realmente entiendo que usted esté preocupado y que no quiera nada más de mercurio en su cuerpo, pero como comparación le digo que, una cena

de mariscos, puede contener mucho más mercurio que lo que contiene la amalgama dental".

Incluso el odontólogo puede también agregar, una comparación de riesgo/beneficio, al decir **"A nadie nos gusta adquirir mercurio mediante la comida, el aire o el agua. La amalgama dental es la única fuente de mercurio que es pequeña de cualquier modo, que le ofrece un beneficio a su salud, salvándole sus dientes".**

Según Ms.Robin Wright (La autora del artículo "Risk Communication".) Hay otras dos comparaciones no clasificadas por Covello y sus colegas que podrían funcionar para la odontología:

Primero, que el odontólogo compare el tratamiento dental que ofrece con otros tratamientos médicos. Por ejemplo, **"Solo el 1% de la población es alérgico al mercurio, en cambio el 10% de la población es alérgico a la penicilina."**

También se puede comparar las medidas de salud pública con las medidas de salud dental. La fluoración del agua ha sido comparada con muchos programas de vacunación y con añadir fluoruro a algunos complejos vitamínicos.

X. ¿PORQUE HAY PACIENTES QUE NO SE CONVENCEN CON LOS MÉTODOS DE SEGURIDAD QUE SIGUE SU ODONTÓLOGO?

El odontólogo le explica a sus pacientes las estrategias de precaución y control que el sigue en su consultorio, con el propósito de ofrecerle riesgo mínimo en todo el tratamiento dental en general y en aspectos como la transmisión del VIH, alergia a la amalgama y los rayos X dentales.

Pero los pacientes no parecen estar sorprendidos, mucho menos convencidos. ¿Por que? Porque quieren tener la certeza absoluta, cero riesgo, y no riesgo mínimo. Donald Mc Gregor, experto en riesgo, dijo, "Nosotros deseamos ser excluidos de la ley natural de las probabilidades, y cuando algo anda mal, queremos que alguien se haga responsable". La sensación de tener la certeza absoluta, hace que el riesgo no parezca tan grande de como en realidad es".

¿Como puede el odontólogo presentar los hechos a este tipo de pacientes para ayudarlos a tomar mejores decisiones?

PRESENTAR HECHOS O COMENTARIOS QUE ACENTUEN LA SEGURIDAD O CERTEZA DEL PACIENTE

Que el odontólogo muestre hechos que no abran puertas a la sensación de riesgo. **"En Estados Unidos, los Centros de Control y Prevención estudiaron el caso de diecinueve mil pacientes tratados por cincuenta y siete doctores infectados con VIH. Estos centros no encontraron un solo caso de transmisión de VIH por tratamiento médico o dental"**. También puede decir: **"En los más de doce años que lleva la epidemia del SIDA, más de un billón de tratamientos dentales se han efectuado de manera segura"**.

En cuanto a la amalgama puede decir: **"los dentistas que utilizan amalgama dental en su práctica, muy frecuentemente no han revelado que se les hayan presentado problemas médicos significantes por ésto y de acuerdo a una extensa investigación de salud hecha por la "American Dental Association", estos pacientes están mas saludables que la población en general.**

DAR LA INFORMACION DE MANERA POSITIVA

Los doctores en general, lucen más prometedores ante sus pacientes, si prescriben una medicina diciendo que ésta ha salvado al 30% de sus pacientes, que si dice que con esta medicina ha perdido al 70% de sus pacientes.

SI ES POSIBLE SELECCIONAR INFORMACION QUE NO ESTE LIGADA A UN NUMERO ESPECIFICO DE PERSONAS

Información estadísticamente idéntica, puede percibirse totalmente distinta. Por ejemplo, **"Esta cirugía tiene un 95% de éxito."** o **"De mil personas que se han sometido a este tipo de cirugía, sólo quince de ellos murieron."** La primera suena mucho más positiva debido a que no está ligada a individuos. La segunda suena más negativa ya que está conectada a un número específico de personas.

CONCLUSIONES

La comunicación entre el odontólogo y su paciente o el padre de su paciente, es vital para el éxito del tratamiento.

Al no encontrar nada de bibliografía y estudios desarrollados en México respecto a las técnicas de comunicación con el paciente en odontología, pienso que es un tema que debería ser considerado para su estudio aquí en nuestro país.

Como se puede ver en el texto toda la información en cuanto a estadísticas, encuestas y doctores que han estudiado el tema, es estadounidense. Creo que de cualquier forma esta información es valiosa para todos los odontólogos mexicanos, ya que las técnicas de comunicación son universales. También pienso que si se hicieran investigaciones al respecto aquí en México, se encontrarían muchos más factores no considerados en los estudios estadounidenses, ya que considero que la diferencia económica, ideológica y cultural entre Estados Unidos y nuestro país es grande

Considerando lo anterior es urgente que comience a haber mayor participación de la comunidad científica y de las autoridades en general de nuestra facultad, para que en educación continua así como materias que se impartan dentro de los programas de estudio establecidos, se instruya al odontólogo o al futuro odontólogo sobre como tratar a su paciente y comunicarse con él, concientizandolos que su éxito o fracaso profesional, mucho depende de su habilidad para relacionarse con su paciente

Bibliografia:

1. Chambers.D. Abrams R. Dental Communication. Ohana Group 1992.
2. Robin Wriqth,M:A Risk Communication. JADA 1994.
3. Gerbert B, Bernzweig J, Bleecker T. Risks of the big three; what dentist and patients believe about dental amalgam, fluoride and HIV. JADA 1992.
4. Buchsbaum DG. Reassuranced reconsidered. Soc Sci Med 1986.
5. Rowan KE. Goals, obstacles, and strategies in risk communication: a problem solving approach to improving communication about risk. J Applied Comm Res 1991.
6. Slovic P. Informing and educating the public about risk. Risk Anal 1986.
7. Daniels N. HIV infected professionals, patients rights, and the "switching dilemma" JAMA 1992.
8. Covello VT, Allen FW. Seven cardinal rules of risk comuication. Washington. Enviromental Protection Agency, Office of police analysis 1988.
9. Covello VT, Slovic P Risk communication: a review of literature. For Enviromental Protection Agency, 1987.
10. Rankin JA, Harris MB. Patients' preferences for dentist behaviors. JADA 1985.
11. When your patients ask about dental amalgam. JADA 1991.
12. Gazda GM. Interpersonal communication: A handbook for health professionals. Rockville, Md.:Aspen Publications; 1982.
13. Daly MB, Hulka BS. Talking with the doctor. J Commun 1975.
14. Barringer F. The sting of AIDS, the scorn of strangers. New York Times 1991.
15. American Dental Assosiation Division of Communications. Dental X rays: Your Dentist's advice. Patient education brochure. 1989.