

245



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO DE LA RELACION
ODONTOLOGO - PACIENTE

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
HERNANDEZ PADILLA MA. DEL CARMEN
MONTEERRUBIO TORALES MAYRAM

290905

DIRECTOR: C.D. CARLOS ESPINOSA MOYEDA

ASESORES: C.D. CAROLINA ALVAREZ DE LA CADENA SANDOVAL
C.D. MA. DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS

MEXICO, D. F.

2001



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Rosa', written over a horizontal line.



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

A tí Señor

Por darnos vida, salud y fuerza
para realizar nuestras metas.
Porque todo cuanto tenemos,
somos y recibimos es gracias a tí.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por darnos la oportunidad de formar parte de esta máxima
casa de estudios, rica en ciencia y cultura.
Agradecemos el habernos formado profesionalmente
dentro de sus aulas y clínicas.

A nuestros Padres

Por permitirnos realizar un sueño,
fruto de su amor , apoyo y
sacrificio incondicional.

Al Dr. Carlos

Por haber creído en nosotras,
por su guía y consejos para
ver realizada esta tesis y por
la amistad que ahora nos une.

A la Dra. Ma. del Carmen

Por la paciencia, dedicación y amistad
que siempre nos brindó.

Por sus sabios consejos y enseñanzas.

A la Dra. Carolina

Por su colaboración y consejos
para el término de esta tesis.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	5
GENERALIDADES	
1. ÉTICA.....	5
a. Definición etimológica.....	6
b. Conceptos.....	6
c. La ética es ciencia filosófica.....	7
d. La ética se capta con la razón.....	9
e. La ética es normativa.....	9
f. La ética es práctica.....	10
g. Objeto material y formal de la ética.....	11
h. Características de la ética.....	16
i. Relación de la ética con la moral.....	17
2. DEONTOLOGÍA.....	19
a. Definición etimológica.....	19
b. Concepto.....	19
3. FUNDAMENTOS DE LA VIDA ÉTICA.....	20
a. Naturaleza humana.....	20
Características de la naturaleza humana.....	22
Partes de la naturaleza humana.....	22
b. Ley.....	23
Tipos de ley.....	26
c. Conciencia.....	27
Constitución de la conciencia.....	28
División de la conciencia.....	29
d. Libertad.....	31
Tipos de libertad.....	32
4. BIOÉTICA.....	35
a. Principios de la bioética.....	36
Principio de no-maleficencia y beneficencia.....	36
Principio de autonomía.....	37
Principio de justicia.....	38
5. RESPONSABILIDAD.....	39
a. Limitantes de la responsabilidad y de la libertad.....	40
b. Responsabilidad externa.....	41

6. INFORMACIÓN DE LA VERDAD.....	44
7. PERSONA.....	48
a. Dignidad humana.....	50
8. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	53
a. Requisitos que debe cubrir una carta de consentimiento informado.....	55
b. Problemas del consentimiento informado.....	57
9. SECRETO PROFESIONAL.....	58
a. Justificación del secreto profesional.....	60
b. Clases de secreto.....	61
c. Revelación del secreto profesional.....	62
d. Faltas contra el secreto profesional.....	63

RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE

1. INTRODUCCIÓN.....	64
a. Cualidades necesarias del profesional de la salud.....	66
b. Características del enfermo.....	67
c. Etapas básicas de la relación.....	68
d. Clases de relación.....	72
e. Conflictos en la relación.....	73
f. Rompimiento de la relación.....	74
g. Problemas actuales de la relación.....	74
h. El uso de la tecnología en la relación.....	75
2. MODELOS DE RELACIÓN.....	78
a. Paternalista.....	78
b. Autónoma (Mecánica).....	80
c. Compartida o responsable.....	81
d. Institucional.....	82
3. DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	84
4. DEBERES DEL ODONTÓLOGO.....	87
a. Deberes del odontólogo para sí mismo.....	87
b. Deberes del odontólogo con el paciente.....	89
c. Deberes del odontólogo con los compañeros de profesión.....	92
d. Deberes del odontólogo con la sociedad.....	94
e. Obligaciones civiles del odontólogo.....	97
f. Principios internacionales de ética para la profesión dental.....	97
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	99
IV. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	99

V. HIPÓTESIS.....	101
VI. OBJETIVOS.....	101
VII. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	102
VIII. MATERIAL Y EQUIPO A EMPLEAR.....	103
IX. MATERIAL Y MÉTODO.....	104
X. MÉTODO DE REGISTRO DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	107
XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	107
XII. RESULTADOS.....	108
XIII. DISCUSIÓN.....	131
XIV. CONCLUSIONES.....	132
NOTAS DE PIE DE PÁGINA.....	133
BIBLIOGRAFÍA.....	137
ANEXO 1	143
ANEXO 2	147

I. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la Carrera de Cirujano Dentista se prepara al alumno tanto técnica como teóricamente para rehabilitar el estado buco-dental de los pacientes, descuidando muchas veces la enseñanza de los aspectos éticos.

La relación odontólogo-paciente se establece desde el momento en que existe comunicación y trato entre ambas partes. Esta debe ser una experiencia positiva que conduzca a una concientización de la salud bucal en todos los aspectos, es decir desde las fases preventivas hasta las de rehabilitación.

Esta relación es beneficiosa para ambas partes. El paciente obtiene salud mediante las acciones del odontólogo; y este a su vez aprende de sus pacientes grandes enseñanzas al reconocerlo primeramente como una persona. La palabra paciente (etimológicamente: del que sufre o padece, enfermo), connota un significado de dolor. Si el odontólogo carece de calidad humana y no se sensibiliza ante esto caerá en una actitud arrogante que asumirá frente a su paciente. (14)

No hay que olvidar que el paciente en cualquiera de los enfoques que se le quiera dar a esta relación, siempre buscará la atención de su odontólogo ya sea para que le realice un tratamiento preventivo, restaurativo o la eliminación de su dolor.

Esta relación es bidireccional, debido a que es obligada la participación tanto del odontólogo como de su paciente, siendo primero él, el responsable del tratamiento y la coordinación que se llevará a cabo.

El odontólogo, con su sensibilidad, habrá de percatarse de lo anterior y tener la habilidad para proporcionar una comunicación llana, plena, clara, sin mensajes extensos o complicados que el paciente no pueda descifrar, por medio de un lenguaje sencillo y respetuoso.

Todo esto se lleva a cabo en un ambiente de calor humano y confianza donde sea fácil para el paciente saber quién es su odontólogo, qué representa, cómo está capacitado y qué puede esperar de él. El odontólogo debe tener en cuenta que su paciente necesita la información adecuada para entender su situación clínica y poder tomar decisiones al respecto; esta obligación debe cumplirse enfáticamente pues es parte esencial de la relación y primordial para el uso por parte del paciente de su autonomía (capacidad de decidir por sí mismo), con libertad y responsabilidad.

En esta información debe respetarse la dignidad, la situación y promover el cultivo de la autonomía en los pacientes, sin impedir la percepción de "su verdad".(del latín *veritas*, conformidad de lo que se dice con lo que existe, calidad de lo que es cierto). Equilibrar nuestra información veraz para no causar un daño a personas susceptibles, en pocas palabras preguntar: ¿Cuál es la mejor forma de transmitir la verdad? y ¿Cuál es la noción del paciente acerca de la verdad?.

Dicha información debe encaminar y ayudar a resolver las angustias y las dudas de los pacientes. (6)

La relación debe suponer una interacción en la cual cada participante aporte con iniciativa un ingrediente constitutivo, teniendo como base el respeto, la privacidad, la lealtad y la confidencialidad. Ha de ser dinámica y receptiva, de evolución constante como un proceso orientado a una finalidad; “el bienestar del paciente”. También es comprometedora en cuanto a que exige una raíz profunda de confianza de parte del paciente y benevolencia (simpatía o buena voluntad) del odontólogo. (11)

Como profesionales de la salud en el área de la odontología podemos identificar desde un punto de vista clínico, que necesita un paciente para rehabilitarlo de manera adecuada en lo que a la función del sistema estomatognático se refiere; pero aquí surgen varias interrogantes: ¿Es el tratamiento que se va a establecer lo que el paciente quiere?, ¿El resultado de este, cubre las expectativas del caso en particular, o sólo se aplica lo que se considera adecuado para la rehabilitación del paciente, o quizá para el odontólogo?.

Es por esto que se debe tener el conocimiento adecuado sobre los modelos de relación médico-paciente que se presentan con mayor frecuencia en el área de la salud, contribuyendo así a obtener una mejor relación con el paciente y por lo consiguiente una atención integral que vaya desde los aspectos más sencillos, como es el caso de realizar una simple profilaxis hasta tratamientos más complicados que requieran para su realización de un mayor tiempo.

Es importante considerar la formación ética del estudiante de la Facultad de Odontología ya que este es un factor relevante en la relación odontólogo-paciente; relación fundamentada en los aspectos éticos y personales de cada persona, lo cual mejorará la comunicación entre ambas partes, una que solicita atención dental (paciente) y otra que comprende y brinda dicha atención (odontólogo).

II. ANTECEDENTES

GENERALIDADES

*"Amo el canto del zenzontle,
pájaro de las cuatrocientas voces;
amo el color del jade
y el enervante perfume de las flores...
pero más amo a mi hermano el hombre".
Nezahualcoyotl*

1. ÉTICA

Toda profesión necesita de una ética y el área de la salud ha sido consciente de esto. Ya en tiempos remotos se dejaba ver esta preocupación. Como en el caso de Hipócrates, quien en su Juramento Hipocrático establece las normas éticas de la medicina.

En la actualidad es indispensable la formación de profesionales con pensamientos y actitudes éticas. Los conocimientos teóricos éticos no deben ser enseñados únicamente dentro de las aulas universitarias, si no que es fundamental la aplicación de estos en nuestra vida diaria y más aún en la profesional.

La odontología como cualquier profesión del área de la salud necesita de un comportamiento ético debido a que está al servicio de la humanidad. Dicha ética es necesaria para que se establezca entre el paciente y su dentista la confianza que ayude a mantener una buena relación odontólogo-paciente.

a. Definición etimológica

El término ética proviene de la voz griega *ethos*, que significaba al principio cubil, estancia, vivienda común. Posteriormente adquirió otros alcances: hábito, temperamento, carácter, modo de pensar.

Partiendo de la significación de *ethos* como carácter, temperamento, atributo propio, cualidad distintiva del hombre, y de la terminación *ica*, que significa "relativo a", Aristóteles formó el adjetivo *ethicos* (ético) y designó con él una clase particular de virtudes humanas, precisamente las del carácter (valor, moderación y otras), que se distinguen de las virtudes de la razón.

b. Conceptos

- La ética es una ciencia filosófica práctica y normativa que estudia racionalmente la bondad o maldad de los actos humanos.

Raúl Gutiérrez Sáenz

- La ética no es más que el intento racional de averiguar cómo vivir mejor.

Fernando Savater

- La ética es una forma racional de transcurrir en esta vida, que permite conducirnos a la felicidad como seres humanos.

Carolina Álvarez de la Cadena Sandoval

- La ética es conocimiento de lo que está bien y lo que está mal en la conducta humana.

Fagotey

- La ética es la ciencia filosófica que estudia los actos humanos en cuanto relacionados con el fin último del hombre. (1)

García Alonso

- La ética es la parte de la filosofía que considera las voliciones libres o actos librevolantes, es decir, los actos cometidos por nuestra propia voluntad, en cuanto a ser moral, en cuanto encaminados a realizar el bien. (26)

Dr. Mauricio García Sainz

- La ética supone la posesión y ejercicio de los principios morales de la persona que actúa manifestando sus motivaciones y atributos de integridad, rectitud y honradez. (27)

Dr. Manuel Velasco Suárez

c. La ética es ciencia filosófica

La ética es una ciencia de carácter filosófico por un doble motivo:

Primero, porque en el estudio de su objeto utiliza verdades ya adquiridas o demostradas por las disciplinas filosóficas, particularmente la metafísica y la teología natural. La ética no podría determinar la bondad o maldad de los actos humanos sin atender a que el resto de la filosofía enseña sobre la naturaleza humana, las nociones del bien y el mal, etc.

Segundo, porque sigue un método a fin a las otras ciencias filosóficas, particularmente a la metafísica. Este método consiste en partir de la experiencia sensible para llegar al conocimiento racional del ser de las cosas. La ética no formula a priori sus postulados, sino que se fija primero en el modo de ser de las cosas, en su naturaleza, para después afirmar sus postulados. Parte del ser para llegar al deber ser.

El hecho de que la ética sea una ciencia filosófica, es decir, una ciencia que se funda en las causas últimas de las cosas, hace que esté por encima de las ciencias empíricas, y que les sirva de norma, pauta y guía. La ética está por fuera, por encima de las ciencias empíricas.(27)

La ética tiene un carácter netamente científico, es una ciencia filosófica. El hombre se eleva por encima de los conocimientos puramente empíricos y alcanza el nivel científico cada vez que sabe buscar la causa de lo que conoce, cuando puede explicar el porqué del fenómeno o hecho de que se trata, a medida que conoce la razón de lo estudiado. Según Aristóteles se trata de una ciencia porque “ explica las cosas por sus causas”, no se trata aquí simplemente de emitir una opinión más acerca de lo bueno o lo malo; se trata de emitir juicios sobre la bondad o maldad ética de algo, pero dando siempre la causa o razón de dicho juicio. (1)

Así tenemos que la ética es la ciencia que estudia la moralidad del obrar humano; es decir considera los actos humanos en cuanto son buenos o malos.

En sus acciones libres, el hombre advierte de modo natural la bondad o la maldad de sus actos; todos tenemos experiencias de cierta satisfacción o remordimiento por las acciones realizadas. Cuando este conocimiento espontáneo de la bondad o la maldad de los actos se integra en un saber ordenado, basado en el conocimiento cierto de las causas, se origina una ciencia; la ciencia ética. (23)

d. La ética se capta con la razón

Definición de razón: Las palabras logos y rathion designan unas veces una facultad del ser racional y otras una relación entre las cosas mismas; de suerte que puede decirse que la razón del hombre (razón subjetiva) persigue y aprende la razón de las cosas (razón objetiva). En el sentido filosófico es el "modo de pensar propio del hombre a quien se define como animal racional o dotado de razón (suele reconocerse a los animales superiores una cierta inteligencia pero no la razón). (23)

La razón no es por consiguiente, un órgano de comprensión externo a la vida, si no que la vida misma como razón es el órgano de toda comprensión, porque la vida es la realidad radical. (22)

No es producto de la emoción o del instinto, tampoco es el resultado de la "intuición" del corazón, y mucho menos de la pasión. La ética tiene como base principal la razón. Y es que, para encontrar las causas de las cosas, para encontrar la razón de ser de algo, la facultad indicada justamente es la razón. Solamente así se puede garantizar el nivel científico de la ética y, por lo tanto, el acuerdo unánime de los hombres en determinados juicios. Los hombres empiezan a encontrarse y a unificarse en el plano de la razón.(1)

e. La ética es normativa

Da normas para la vida, encauza las decisiones libres, es rectora de la conducta humana.

Mientras las ciencias especulativas o teóricas se limitan a conocer realidades que no dependen de la voluntad humana, la ética se ocupa de la conducta libre del hombre, proporcionándole las normas necesarias para obrar bien. Es por ello una ciencia normativa, que califica los actos libres. (28)

La ética estudia lo que es normal más no estudia lo normal de hecho, sino lo normal de derecho.

Lo normal de hecho es lo que suele suceder, lo que estamos acostumbrados a ver. Lo normal de derecho es lo que debería suceder, aunque no suceda siempre, o hasta puede darse el caso que nunca. Lo normal de hecho suele ser tenido como razón y, por lo tanto, causa para justificar lo que se está haciendo, aunque esto no sea lo correcto.

Cuando en una conducta humana lo normal de hecho coincide con lo normal de derecho, se puede decir que se ha actuado de un modo racional, conforme a las normas propias de la ética. (1)

f. La ética es práctica

Aquí estamos tratando una de las cualidades más típicas de esta ciencia. Que la ética sea práctica significa que está hecha justamente para realizarse en la vida diaria.

No es lo mismo saber simplemente por saber que saber para actuar. La ética es un saber para actuar. La contemplación puramente teórica no es la finalidad de la ética. La inteligencia goza en el saber y en la contemplación pero la ética va más allá del saber por saber y sólo cumple su finalidad propia cuando se personaliza, cuando la llevamos a la acción, a la práctica. Si no aplicamos los conocimientos éticos en nuestro acontecer diario, no cumpliríamos con el objetivo más importante de la ética “llevarla a la práctica”.(1)

Por lo dicho antes, resulta claro que no se estudia ética por saber lo que es bueno, si no para hacerlo.

Por eso, la voluntad juega un papel muy importante al estudiar esta ciencia, no es fácil considerar el cierto orden de las acciones si la voluntad no se encuentra dispuesta a aceptarlo. De ahí que quien no quiere vivir rectamente no alcanza a comprender de modo adecuado la naturaleza y el fin de esta ciencia. (28)

g. Objeto material y formal de la ética

El tema de una ciencia filosofía se puede definir por su objeto material y por su objeto formal. En la ética el objeto material (tomando como base la definición de Raúl Gutiérrez Sáenz), está constituido por los actos humanos; y el objeto formal por la bondad o maldad de esos mismos actos humanos.

Decir que la ética estudia los actos humanos es lo mismo que delimitar el terreno de la ética dentro de un horizonte bastante preciso. La ética enfoca sus actividades netamente humana, como es la conducta del hombre, sus decisiones libres, sus comportamientos en sociedad, sus manifestaciones artísticas, etc. Está es el objeto material de la ética.(1)

El objeto formal de la ética (o punto de vista bajo el que se estudian los actos humanos) es el de la bondad o maldad moral, es decir, la ética estudia los actos humanos en cuanto a que estos son o no conformes al verdadero bien de la naturaleza del hombre, y por tanto de su fin último y de su felicidad. Ninguna tarea, ciencia o técnica donde intervenga el hombre es autónoma; todo hace referencia a la moralidad. Cada acto humano, precisamente porque es un acto libre o de decisión, tiene una connotación moral: o es buena o mala, degrada a la persona o la engrandece.

Pero sucede que estos actos humanos todavía presentan una cierta amplitud para su estudio. Hay, de hecho, varias ciencias que estudian los actos humanos, como son: la historia, la psicología, la antropología, la sociología, entre otras. La ética estudia los actos humanos desde un punto de vista diferente al de otras ciencias: cuál es la bondad o maldad de estos actos humanos. A las otras ciencias no les interesa este aspecto. (1)

El acto humano es aquel que procede de la voluntad deliberada del hombre, es decir, el que es realizado con conocimiento y libre voluntad.

En el acto humano interviene primero el entendimiento, porque no se puede desear lo que no se conoce; con el entendimiento el individuo advierte el objeto y delibera si ha de atender a él o no. Una vez conocido el objeto, la voluntad se inclina a él, o lo rechaza. Los actos humanos son los únicos moralmente calificables: son buenos o malos. (26)

Elementos del acto humano:

1. La advertencia: por la advertencia el hombre percibe la acción que va a realizar, o que está ya realizando. Esta advertencia puede ser:

*Plena, si advierte perfectamente la acción.

*Semiplena, si la advierte sólo imperfectamente (ejemplo, estando dormido).

Obviamente, todo acto humano requiere de la advertencia, de modo que un hombre que actúe a tal punto distraído que no se percate de ninguna manera de lo que hace, no realiza un acto humano. La advertencia a de ser doble; advertencia del acto en sí y advertencia de la relación que ese acto tiene con la moralidad. (26)

2. El consentimiento, lleva al hombre a querer el acto previamente conocido, buscando con ello un fin.

Un acto consentido es el que procede de un principio intrínseco (en este caso, la inteligencia y la voluntad) con conocimiento del fin. El acto consentido o voluntario puede ser:

- Perfecto, si es plenamente consentido.
- Imperfecto, si se realiza con consentimiento semipleno.
- Directo, si al realizar la acción se consigue el efecto deseado.
- Indirecto, si al realizar la acción, además del efecto que se persigue, sobre vienen otros, inseparables del efecto directo. Este acto se da cuando al realizar una acción además del efecto que se persigue de modo directo con ella, se sigue otro (u otros) efecto adicional, que no se pretende, sino sólo se tolera por venir inseparablemente unido al primero.

Por ejemplo, el odontólogo que realice una extracción dental (efecto bueno, voluntario, directamente buscado) posiblemente provoque la fractura de una tabla ósea (efecto malo, indirectamente voluntario). (26)

Por voluntario indirecto se entiende, un acto del que se sigue un efecto bueno y otro malo; de ahí que también se le llame voluntario de doble efecto. Pero muchas veces es inseparable la aparición de un efecto malo al pretender uno bueno. Para que sea lícito realizar este tipo de acciones es preciso que se reúnan cuatro condiciones:

1. Que el objeto del acto sea en si mismo bueno, o al menos indiferente.
2. Que el efecto inmediato o primero que se produce sea el bueno y el malo sea sólo su consecuencia necesaria.

3. Que el que actúa se proponga el fin bueno, es decir, el resultado del efecto bueno, y no el malo, que solamente lo tolera.
4. Que exista un motivo proporcionado para permitir el efecto malo. (26)

Moralidad del acto humano:

Al juzgar la bondad o maldad de una acción nos encontramos que está integrada por factores múltiples. Resulta necesario juzgar la bondad o la malicia de cada una de las partes que componen el acto humano, pues el acto humano es un todo integrado, en el que cada elemento contribuye a calificarlo de bueno o de malo. Los elementos que integran el acto humano son:

1. *El objeto del acto.* Constituye el dato primario y fundamental, es el fin próximo de una elección deliberada que determina el acto del querer de la persona que actúa. El objeto es el acto ya calificado éticamente, ya que el objeto es el dato fundamental de la acción, la moralidad depende principalmente de él, si el objeto es malo, la acción necesariamente será mala, si el objeto es bueno el acto será bueno si lo son las circunstancias y la finalidad.
2. *Las circunstancias.* Son diversos factores o modificaciones que afectan el acto humano. Evidentemente, debe tratarse de circunstancias implicadas de algún modo con la moralidad, no de aquellas que no influyan absolutamente en la bondad o maldad de la acción. Se pueden considerar, en concreto las siguientes:

- Las consecuencias o efectos derivados de la acción.
- Quién realiza la acción.
- El modo como esa acción se lleva a cabo.
- Qué cosa designa de la cualidad de un objeto y su cantidad.
- Dónde, el lugar en que se realiza la acción.
- Con qué medios se realizó la acción.
- Cuándo, ya que en ocasiones el momento en que se efectúa la acción influye en la moralidad.

Las circunstancias contribuyen a agravar o a disminuir la bondad o malicia de la acción, pero no pueden de suyo modificar la calidad moral de los actos, haciendo buena una acción de suyo mala.

3. *La intención o finalidad.* Es el objetivo que busca quien realiza un acto. Se llama también finis operantis (fin del que obra, para distinguirlo del objeto moral) o finis operis (fin de la obra exterior). En ocasiones la finalidad del que actúa puede coincidir con el objeto de la acción. Si la intención del que actúa es buena, añade nueva bondad al objeto. El principio de que el fin no justifica los medios tiene valor universal y permanente.

El principio básico para juzgar la moralidad es el siguiente:

“Para que una acción sea buena, es necesario que lo sean sus tres componentes: objeto bueno, fin bueno y circunstancias buenas. Para que el acto sea malo, basta que lo sea cualquiera de sus elementos”. (26)

h. Características de la ética

Las actitudes éticas que son tomadas por el hombre, se ven relacionadas con ciertas características al querer llevarlas a la práctica, con la finalidad de tomar decisiones correctas. Dichas características son:

- *Autoconocimiento:* La vida ética pide conocerse así mismo. Si no me conozco a mi mismo, como puedo saber cuales son mis capacidades, mis pensamientos y mi interior.
- *Interioridad:* Se trata de ser dueños de nuestros actos y decisiones. Estar seguros de nuestras convicciones, ser consistentes, fieles y auténticos en nuestras decisiones.
- *Alternativa:* Las decisiones de comportamiento ético se presentan cuando hay varias vías. La vida nos presenta varios caminos a seguir, favorables o desfavorables dependiendo de lo que quiero, puedo o debo hacer. Esta característica nos da la oportunidad de elegir lo más conveniente para cada persona.
- *Definición:* Es buscar límites existiendo una renuncia a ir más allá. Es conocer hasta donde puedo ser capaz, y hacerme responsable de mis actos.
- *Acción:* Es la creación de nuevas necesidades. Tratar de actuar con justicia, de ser mejores. Siempre buscando el bien.
- *Cotidianidad:* La práctica perseverante implica trabajo y disciplina. La ética debe ser parte de nuestro actuar diario a base de trabajo y disciplina.
- *Transformación:* Que el hombre se convierta en un ser libre, dueño de sus actos. La ética nos permite reflexionar en la toma de decisiones, al no dejarse llevar por la vida, las costumbres y la sociedad.

- *Crecimiento*: La posibilidad de ser mejores cada día. No conformarse y tratar de llegar siempre a la perfección de nuestros actos para crecer humanamente.
- *Relación*: La ética se da en las relaciones del hombre consigo mismo y con los que le rodean.
- *Felicidad*: La ética busca la felicidad del hombre, la auténtica vida ética tiene que traer la plenitud de éste por propio convencimiento, conocimiento y no por imposición. (1)

i. Relación de la ética con la moral

Por su contenido etimológico la ética (del griego “*ethos*”) y la moral (del latín “*moralis*”) se asemejan, porque las dos significan “*costumbre*”.

Es necesario tener presente que la moral es el hecho del comportamiento humano, el conjunto de las acciones humanas; la ética es la ciencia que estudia ese hecho.

Dicho de otra manera: la moral se refiere a la conducta del hombre que obedece a ciertos criterios valorativos acerca del bien y del mal, mientras que la ética estudia la reflexión acerca de tales criterios, así como todo lo referente a la moralidad. (1)

Se acostumbra a entender por moral el conjunto de principios o de normas (reglas) de comportamiento de las personas que regulan las relaciones de estas entre sí y también respecto a la sociedad, a una clase determinada, al Estado, a la Patria, la Familia, etc. Las costumbres y los hábitos de nuestros remotos antepasados, que desconocían aún la división de la sociedad en clases, formaban precisamente su moral, y su autoridad era frecuentemente más fuerte que las normas y leyes jurídicas de la sociedad de clases. En la actualidad la moral no se reduce ya a hábitos y costumbres. Responde a una forma específica de la conciencia social.

Las normas de comportamiento forman el núcleo de la moral, estas abarcan la conducta de las personas no sólo en el marco de la vida privada, sino todo el comportamiento del individuo respecto a las demás personas y a la sociedad. La moral abarca no sólo los puntos de vista y sentimientos morales. Se aplica también a la estimación de todas las relaciones sociales, que las personas enjuician en función de las condiciones históricas y de los intereses de la sociedad, como justas o injustas, como buenas o malas.

El ámbito de la moral se convierte también en objeto de estudio por parte de una ciencia especial, de la ética. En un principio, la ética, en cuanto ciencia moral, no se ha desmembrado aún del conocimiento filosófico, pero al convertirse en una rama especial del saber filosófico, la ética deja ya de coincidir con la moral. (29)

La vida moral encuentra su fundamento en principios que tienen poder para guiar, orientar e informar toda acción moral; tales principios son el deber ser y la bondad que trascienden a toda acción humana y que seguirán existiendo aunque no hubiese ya, ni hubiera habido nunca en el mundo una sola acción buena o conforme a lo debido.

A estos principios podría llamárseles valores morales, estos valores son a su vez verdad y por lo tanto, objeto para la inteligencia que los considera como principios o leyes, a los que la voluntad debe subordinarse. La voluntad al conformarse con ellos reconoce su verdad y su valor. (30)

Así concluimos que la moral es el conjunto de normas y comportamientos que la sociedad suele aceptar como válidos; ética es la reflexión del porqué consideramos válidas esas normas.



2. DEONTOLOGÍA

La deontología es la parte práctica de la ética profesional. Es una disciplina que va a dotar al odontólogo y demás profesionales de los conocimientos éticos necesarios para ejercer correctamente su profesión.

Así tenemos que se han creado códigos que señalan los deberes y obligaciones de los profesionistas. Algunos de estos códigos son: Juramento Hipocrático, Constitución de la OMS, Código Internacional de ética médica de la World Medical, Declaración de Ginebra, Helsinki, Sidney, Oslo, Tokio y Hawai, entre otros.

Estos códigos no emiten juicios sobre la conducta de los seres humanos como tales, sino que están hechos para determinados grupos o miembros de la sociedad (médicos, abogados, etc.). Es importante señalar que el conocimiento de un código ético no hace más moral a un hombre.

a. Definición etimológica

La deontología es la parte práctica de la ética profesional.

Etimológicamente, la palabra viene de *deontós*, que significa lo debido, el deber y de *logos*: tratado o discurso. Así tenemos una ciencia que trata de los deberes.

b. Concepto

La deontología trata acerca de los deberes o moral profesional. "Comprende el estudio de los deberes y derechos de los profesionistas a la luz de la ley natural, del derecho positivo o legislación de la comunidad humana".

La deontología, entendida como el estudio de los deberes y derechos de los profesionistas, entraña una serie de virtudes y actitudes que una parte de la sociedad (profesionistas), posee y asume para hacer posible la moralidad de la comunidad. En efecto, los deberes que estudia y prescribe la deontología nos permiten referirnos a una serie de principios o códigos de acuerdo con los cuales debe de vivir y realizarse el individuo en sociedad.

Estos deberes, determinados por la ética, fijan íntimamente nuestras obligaciones en relación con la bondad o la maldad de las acciones que libremente ejecutamos en nuestro actuar profesional y en todas las vinculaciones con nuestros pacientes.

Podemos decir así que la deontología profesional es la moralidad del trabajo profesional.(1)

3. FUNDAMENTOS DE LA VIDA ÉTICA

a. Naturaleza humana

En una aproximación conceptual, diremos que naturaleza es lo mismo que esencia, es decir, “aquello que hace que una cosa sea lo que es”, y no otra. Por naturaleza se entiende la misma esencia constitutiva de un ente en cuanto que es también el principio de sus operaciones. Observando el modo como actúa el hombre, deducimos fácilmente su naturaleza; existen operaciones espirituales y libres (hablar, razonar, amar) y modos humanos de realizar acciones comunes a otros seres (crecer, comer, reproducirse), por ello ya desde la antigüedad clásica, se define a la naturaleza del hombre como “animal-racional”.

El vocablo griego que designa el concepto de naturaleza (*physis*) significa proceso, *physis* es una palabra relacionada con igual *phye* que significa crecimiento. Así cada ente (todo lo que existe) tiene su propia naturaleza y, por tanto, su peculiar desarrollo específico.

Aristóteles decía que la naturaleza no está en el hombre de manera definitiva, sino como mero principio o posibilidad que debe actualizarse mediante el obrar. Cualquier actividad humana deberá encaminarse, por ello, a la realización o perfeccionamiento de la naturaleza.

El obrar del hombre tiene así un sentido de finalidad, que no es otro que el despliegue de todas sus capacidades. Hablamos así de hombres buenos y malos. Aunque todo hombre sea bueno por el hecho de ser, llamamos malo al que no dirige sus actos al bien verdadero y a su naturaleza y se priva, por ello, de la perfección que podría lograr con sus acciones. La recta razón es el medio a través del cual se descubre la moralidad. (28)

La naturaleza humana es la base y el sustrato a partir del cual se puede evaluar y juzgar el acto humano.

Actos Humanos: Tomados en su conjunto forman el comportamiento o la conducta del hombre. Pueden ser reconocidos como el conjunto de acciones realizadas por el hombre, de acuerdo con una específica intención; dichos actos representan la forma como el sujeto establece sus relaciones con los demás, son ejecutados consciente y libremente.(1)

Por su relación con la normatividad ética, el acto humano puede ser:

- Éticamente bueno, llamado también acto lícito, es aquel que resulta conveniente a la naturaleza humana en orden a su fin último (ejemplo, decir la verdad).
- Éticamente malo o acto ilícito, sino resulta conveniente a la naturaleza humana en orden a su fin último (ejemplo, el suicidio).
- Indiferente, cuando ni le es contrario ni conveniente (ejemplo, pasear). (26)

Es preciso saber distinguir entre los actos humanos y los actos del hombre. Tanto unos como otros son ejecutados por el sujeto; en esto se asemejan. Pero los primeros son realizados consciente y libremente, es decir, en un nivel racional, a diferencia de los segundos, que carecen de conciencia, de libertad o de ambas cosas, carecen de valor moral.

(1)

Características de la naturaleza humana

- *Universalidad:* A pesar de las diferencias individuales y de etnias, hay que admitir una naturaleza común y específica igual para todos los hombres y con las mismas exigencias fundamentales.
- *Gratuidad:* La naturaleza humana es un don para cada individuo en particular, no se adquiere por la investigación o por el estudio.
- *Firmeza o Inmutabilidad:* La naturaleza humana no cambia, permanece siempre la misma, no está fundamentada en elementos exteriores.

Partes de la naturaleza humana

- *Cuerpo:* El cuerpo con todas sus posibilidades es la base de la vida, hasta las operaciones más estrictamente intelectuales corresponden a movimientos bioquímicos.
- *Inteligencia:* Es la facultad rectora de la vida; es la facultad del hombre de proponer a la voluntad los diferentes caminos que son viables.
- *Voluntad:* Inclinação de tipo racional dirigida hacia el bien en general.

- *Sensibilidad o pasiones:* La sensibilidad es el comienzo para encontrar la felicidad, en la sensibilidad nos encontramos con las pasiones (amor, deseo, alegría, esperanza, desesperanza, odio, fuga, tristeza, audacia, miedo, ira).
- *Deliberación:* Es producido entre la inteligencia y la voluntad, para realizar este acto humano digno de mérito o demérito, debe existir libertad. (1)

b. Ley

En su acepción más general, la ley es la norma a que se ajusta una cosa; es sinónimo de regla directiva; y aplicada a los actos humanos, es la regla que nos señala lo que debemos hacer o evitar para que nuestros actos sean honestos y conformes al fin racional de la naturaleza humana.(1)

La ley natural es el conjunto de reglas y normas que el hombre descubre en su naturaleza, y gracias a las cuales es capaz de dirigirse a su fin. Esta ley se llama natural no por referencia a la naturaleza de los seres irracionales, sino porque la razón que la proclama pertenece propiamente a la naturaleza humana.

Esta ley supone una intrínseca ordenación de las facultades humanas hacia sus propios fines, especialmente el de la inteligencia hacia el conocimiento de la verdad, y de la voluntad de hacer el bien. La ley natural es una luz en la inteligencia ya que se da en el hombre una claridad, una visión con la cual puede juzgar tanto los principios fundamentales del orden moral, como sobre el modo justo de aplicarlo en los casos concretos. (28)

Contenido de la ley natural:

Los preceptos de ley natural, se agrupan de acuerdo con la facilidad del hombre para conocerlos en tres grados:

1.- Preceptos inmediatos y universalísimos. Son los imperativos morales más evidentes, y cuya ignorancia es imposible a cualquier hombre dotado de uso de razón. Se han formulado de diversos modos:

- No hagas a otro lo que no quieras para ti.
- Da a cada uno lo que le corresponda.
- Observa siempre el orden del ser.
- Vive conforme a la recta razón.
- Cumple siempre tu deber.

2.- Preceptos primarios o conclusiones próximas. Son los preceptos de ley natural que fluyen directa y claramente de la conjugación del primer principio con las exigencias de la naturaleza humana, y pueden ser conocidos por cualquier hombre con un simple raciocinio.

Ejemplo:

Precepto inmediato: "Haz el bien y evita el mal".

Exigencia de la naturaleza humana: "Para la naturaleza humana, la vida es un bien".

Principio primario de ley natural: "Es bueno respetar la vida propia y ajena".

3.- Preceptos secundarios o conclusiones remotas. Son postulados éticos deducidos de varios preceptos primarios, y se accede a ellos sólo después de un raciocinio más elaborado.

Ejemplo:

Precepto inmediato: "Haz el bien y evita el mal".

Exigencias de la naturaleza humana: "El primer bien del ser humano es la vida".

Principios primarios de ley natural: "Privar de la vida a una persona inocente es un asesinato".

Conclusión remota: "Privar voluntariamente de la vida a un óvulo fecundado es un asesinato". (28)

Los principios morales sobre la ignorancia de la ley natural son:

1.- Es imposible la ignorancia del primer principio de ley natural a cualquier hombre dotado de uso de razón. Puede alguien equivocarse al apreciar lo que es bueno o lo que es malo, pero no puede menos de saber que lo bueno ha de hacerse y lo malo evitarse.

2.- Los preceptos primarios pueden ser ignorados, al menos durante cierto tiempo. Aunque se deduce fácilmente con un simple raciocinio, el influjo de un ambiente degradado, la incultura, los vicios, etc., pueden inducir el desconocimiento de algunas consecuencias inmediatas de los primeros principios de la ley natural. Sin embargo, esta ignorancia no puede prolongarse mucho tiempo sin que el individuo sospeche de la malicia de sus actos.

3.- Las conclusiones remotas pueden ser ignoradas de buena fe e incluso por un tiempo largo, ya que suponen un razonamiento largo y muchas veces difícil, su conocimiento puede verse impedido, sobre todo entre gente ruda e incivil. (28)

Tipos de ley

- **Ley Natural Física:** Es la relación constante entre dos fenómenos. El hombre únicamente las descubre. (ejemplo, Ley de la Gravedad).
- **Ley Natural moral:** El hombre, por medio de su inteligencia puede conocer las exigencias y las inclinaciones de su propia naturaleza. La expresión racional de tales exigencias constituye la ley moral. Tiene la propiedad de ser:
 - a) **Universal:** Válida para todos los hombres, de cualquier etnia, época y lugar. Está inscrita en la naturaleza humana, que es la misma en todos los hombres. (1)
 - b) **Inmutable:** Es característica de esta ley permanecer invariable a través de la historia y del flujo de ideas y costumbres. Las normas que la expresan se mantienen sustancialmente valederas, incluso cuando se pretende destruirla o arrancarla del corazón del hombre: resurge siempre en la vida de los individuos y de las sociedades.
 - c) **No admite dispensa:** Indica que ningún legislador humano puede dispensar de la observancia de la ley natural. En el caso de la ley natural, el legislador no ha sido hombre alguno.
 - d) **Evidencia:** Todos los hombres conocen la ley natural con sólo tener uso de razón , y su promulgación coincide con la adquisición de ese uso.
- **Ley positiva:** Es la que se promulga explícitamente en un código, y sirve como complemento a la ley natural, pues desarrolla y explica cómo debe actuar el hombre en situaciones más concretas. Abarca todo lo que se llama derecho positivo incluyendo las Constituciones de los países, los Códigos Civiles, ley Orgánica de la UNAM y otros estatutos.

La ley positiva ha de cumplir con estas cualidades: debe ser justa, útil a la comunidad, estable y promulgada por un legislador. (28)

c. Conciencia

La palabra conciencia proviene del latín *conscientia*: saber con, *cum scire*. Este “saber con” es un saber compartido y quien comparte con otro un conocimiento puede ser, según el caso, testigo, confidente o cómplice, funciones todas que pueden ser desempeñadas por la conciencia moral. (1)

La conciencia en sentido estricto se distingue del conocimiento en cuanto que acompaña con claridad difusa todo contenido del espíritu. La conciencia en cuanto a conocimiento propiamente tal supone un volverse sobre un objetivo ofrecido al espíritu para analizarlo y comprenderlo. (27)

En las lenguas provenientes del latín, con la palabra conciencia expresamos dos conceptos diferentes: 1) el hecho de ser conscientes, y 2) el hecho de ser responsables.

El término conciencia puede utilizarse en dos sentidos:

- *Psicológico o general*: Es el conocimiento del propio yo y de los actos. En el sentido psicológico significa conocimiento del propio ser de nuestra existencia, de nuestros estados y de sus actividades así como también de las modificaciones existentes.
- *Específico o moral*: Sólo puede existir con el apoyo de la conciencia psicológica ya que si no estoy consciente, como podría darme cuenta de mis actitudes morales. (1)

Así tenemos que la conciencia psicológica responde a la cuestión ¿qué soy yo?, y la conciencia moral lo hace a la pregunta ¿qué hay que hacer?.

La conciencia nos permite hacer un juicio valorativo por medio del entendimiento, así el hombre conoce y compara para poder distinguir entre el bien y el mal, entre lo verdadero y lo falso. (1)

La conciencia es “el juicio que realiza la inteligencia partiendo de la ley natural, con el cual dictamina sobre la bondad o maldad de un acto concreto”.

La conciencia no es, pues, una potencia más, añadida a la inteligencia y a la voluntad; se puede decir que es la misma inteligencia cuando juzga de la moralidad de una acción, de acuerdo a los principios de la ley natural. (28)

Constitución de la conciencia

La conciencia está formada por:

- **Elementos racionales:** La conciencia es la misma razón práctica en su acto de juzgar sobre los hechos particulares. Es algo interior al hombre pero no autónomo, ya que la razón está siempre regida por la inteligencia de las cosas.
- **Elementos emocionales:** La conciencia se apoya también en los afectos y en los sentimientos.
- **Elementos exteriores:** La conciencia se forma en un determinado ambiente social, en un contexto histórico particular, rodeado de circunstancias especiales y de ellos recibe muchos elementos. Los aspectos humano, social e individual forman parte de estos elementos exteriores. (1)

División de la conciencia

Con respecto al tiempo de la acción, ya sea antes o después del hecho, se divide en:

- **Antecedente:** Juicio del entendimiento práctico sobre la moralidad de un acto, que va a realizarse. Está conciencia valora antes de que la acción se realice, ella nos manda o prohíbe, aconseja o permite. Hace considerar al sujeto la relación que su acto tiene con la ley moral.
- **Consecuente:** Este tipo de conciencia va a emitir un juicio sobre un acontecimiento ya realizado. Se puede presentar sin que se de la antecedente. (1).

El juicio de esta conciencia aprueba el acto bueno (produciendo en el interior alegría y paz), o la reprueba, si fue malo, con la inquietud, la tristeza o el remordimiento. (28)

En comparación con la ley moral la conciencia puede ser:

- **Verdadera o recta:** Se caracteriza porque el juicio del entendimiento se adecua a aquello que la ley ordena.
- **Errónea:** No coincide con lo que la ley ordena, es fruto de la ignorancia por parte de la persona que realiza cierta acción.

En relación con el consentimiento de la razón, se divide en:

- **Cierta:** Es la que emite un dictamen con seguridad y sin temor a equivocarse, puede estar de acuerdo o no con lo que la ley ordena.
- **Dudosa:** Llamada así impropriamente porque la situación de duda no es un juicio de la razón, sino más bien un estado de la mente que todavía no emite un veredicto.(1)

Dictamina con temor a errar, o ni siquiera se atreve a juzgar. Es importante evitar los juicios realizados con conciencia dudosa, distinguiendo siempre entre:

- *La duda negativa, que es la sustentada en motivos poco serios.
- *La duda positiva, que se da al presentarse razones serias para dudar.

Las dudas negativas (dada la debilidad de la mente humana), deben despreciarse, pues de lo contrario se haría imposible la tranquilidad interior del sujeto. Sobre las dudas positivas caben dos posibilidades:

- *Llegar a una certeza práctica y consultar a quienes más saben.
- *Si luego de intentar la eliminación de la duda esta persiste, se ha de elegir la parte favorable a la ley moral natural. De este modo se excluye la posibilidad del ilícito. (28)

Ejemplo: Si el odontólogo duda sobre un posible embarazo de su paciente, debe protegerla al tomar radiografías dentales. La parte favorable a la ley es, evitar dañar al feto.

- **Escrupulosa:** Es un tipo patológico que se pone de manifiesto en algunas personas, que creen ver siempre un mal donde no lo hay. (1)

Como característica principal, los escrúpulos producen infundado temor y ansiedad desproporcionada. Los escrúpulos propiamente dichos pueden tener una causa patológica, para salir de ese estado, además de las ayudas médicas, el escrupuloso debe esforzarse seriamente para despreciar sus escrúpulos y obedecer a la persona que lo aconseje. (28)

- **Laxa:** Para las personas que la experimentan todo es lícito, toman lo grave como leve con una gran ligereza moral.(1)

Es la que sin fundamento alguno o por razones superficiales, quita razón de ilicitud moral a lo que sí la tiene. Para salir de una conciencia laxa se precisa remover sus causas: procurar una sólida instrucción en la ley moral, aumentar la capacidad reflexiva, mejorar las disposiciones de la voluntad. Con el paso del tiempo, una conciencia laxa llega a convertirse en conciencia endurecida, pues la frecuente repetición de acciones ilícitas conduce a la incapacidad de advertir su gravedad, o a ni siquiera reconocerla.

Principios para seguir la conciencia:

1.- Nunca es lícito actuar contra la conciencia cierta. La persona debe obedecer siempre el juicio cierto de su conciencia, si obra deliberadamente contra este último se condenaría así mismo.

2.- Es necesario actuar siempre con conciencia verdadera, ya que la rectitud de los actos consiste en su conformidad con la ley natural.

3.- La conciencia errónea no es regla de moralidad, ya que quien la tiene advierte la obligación de superar el error en que se halla.

“El juicio de la conciencia no es autónomo, sino heterónomo, es decir, la conciencia no crea la ley moral, sino que la ley natural es anterior a ella, y en ella se fundamenta”. (28)

d. Libertad

Algunos dicen que la libertad se debe dejar guiar por la verdad, es decir, que cuando se conoce esa verdad se puede elegir. Otros parecen decir que la verdad reside en la elección misma, es decir, que todo lo que se decide en forma consciente es moralmente correcto. (2)

Definición: Facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra, o de no obrar, por lo que es responsable de sus actos. Estado o condición del que no es esclavo. (1)

La capacidad de elegir es la primera idea que surge en el intelecto para definir la libertad.

Al existir dos o más alternativas, la capacidad de optar por una de ellas se denomina libertad. La persona, en un momento particular, percibe que hay dos posibilidades frente a él, y desea una más que la otra, debido a distintas motivaciones, la persona valora estas motivaciones y opta por una.

Hasta aquí, se descubre que la libertad es una facultad que, por ser una capacidad, es una función susceptible de ser ejercida. Sin embargo, puede haber algo que obligue a la persona a optar por alguna alternativa. A este factor externo se le denomina coerción.

Tipos de libertad

- **Libertad externa o física:** Consiste en la ausencia de vínculos materiales.
- **Libertad interna moral:** Consiste en la capacidad de elegir entre un bien y un bien mayor (que sería deseable fuera de calidad, de excelencia, perfección y preferencia), con plena deliberación y conciencia. Este tipo de libertad se entiende mejor cuando una persona decide con toda la fuerza de sus convicciones y actúa. En esta libertad hay una fácil asimilación de la persona acerca de lo recto, lo bueno, lo de calidad y excelencia.
- **Libertad interna psicológica:** Consiste en que nuestras decisiones puedan dirigirse en cualquier dirección: hacia el bien o hacia el mal. Esto es: tenemos el abanico abierto de posibilidades por delante y podemos querer cosas diferentes. Gracias a este tipo de libertad, aunque una elección nos atraiga más que otra, podemos renunciar a ella, dominar la atracción que ejerce sobre nosotros y optar por lo que nos parece correcto.

Esta libertad es la que más engrandece al hombre, porque con ella nos hacemos dueños de nuestros actos, aumentamos nuestra capacidad de elección, de calidad y excelencia y podemos alejarnos de estereotipos.

- **Libertad legal:** Es la ausencia de vínculos de conciencia, este tipo de libertad es lo opuesto a la obligación moral, donde no hay una obligación moral para una acción determinada, se dice que hay libertad legal para la misma. (1)

La libertad es la facultad de elegir y requiere de sano juicio, ausencia de coerción y conocimiento.

El sano juicio es otro factor indispensable para poder catalogar el acto como libre. Si no existe la capacidad de la persona de juzgar (que no es otra cosa que valorar las alternativas y desear alguna de ellas en relación a ese valor), no se ejerce la libertad. En este concepto se está aludiendo al concepto de la libertad interior. Esto se define como una voluntad que no sufre de imposición interna, dentro de la misma persona. Es un querer de la persona (voluntad), que no puede limitarse por ninguna forma interna.

El preso puede estar impedido de salir de su celda, pero no se puede impedir que piense que es inocente. Al no haber ninguna imposición interna, la persona es responsable de sí mismo, con todas sus consecuencias morales, cuando no hay sano juicio se pierde esta libertad interior.

Otro elemento importante es el *conocimiento*, para ejercer la valoración exacta de cada alternativa, no hay otra posibilidad que conocerlas previamente; si no se les conoce, no se puede elegir.

Es importante hacer una pequeña aclaración entre los elementos del acto libre, porque no todos son iguales en la forma de adquirirse. El sano juicio no depende de la persona en el momento de la elección, pues si se está enferma (de modo que se dificulte su conocimiento del discernimiento de las cosas), no hay culpa de la persona. Es un factor externo que está alterando su juicio.

La coerción también es algo que afecta desde el exterior, y la existencia de ella no depende de sí mismo. En cambio, el conocimiento pleno, como elemento de la elección, sí depende de la persona, por lo que es deber de la persona, es decir, es una obligación, el buscar conocer a fondo sobre la situación, para poder ejercer la libertad. Es paradójico el cómo la propia libertad exige, para su práctica, que la persona se informe. Cuando esto no ocurre, se imputa a las personas una responsabilidad culpable por ignorancia. Es decir, que antes de elegir, deberían haberse preocupado por conocer.

Esto quiere decir que toda elección requiere lo que se va a hacer, y que por ello se le va a juzgar.

Si las distintas alternativas nos llevaran a lo mismo y si el efecto producido fuera irrelevante; daría lo mismo inclinarse por cualquiera, y no sería necesario investigar para conocer la mejor alternativa.

Esta obligación, manifiesta en las leyes habla de la existencia de ese bien previo a la elección, que hace necesario que busquemos la mejor opción.

La realidad de la “elección hacia el bien”, se debe a la existencia de un elemento: a una natural tendencia hacia ese bien, sea este aparente o real. Esta tendencia natural, ese deseo por el bien se denomina voluntad, que es en otras palabras, el querer de una persona.

Se concluye diciendo que la libertad tiene tres elementos constituyentes que son: el juicio, el conocimiento y la ausencia de coerción. (2)

4. BIOÉTICA

El término bioética (del griego *bios*, vida y *ethos*, ética) es un nombre nuevo, utilizado por vez primera por el cancerólogo estadounidense Van Rensselaer Potter en su libro *Bioethics: a Bridge to the Future* (1971), en el que propone la siguiente definición: Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta la luz de valores y principios morales. Potter pretendía que la bioética fuese una combinación de conocimiento científico y filosófico, y no solamente una rama de la ética aplicada. (3)

Así Potter propuso una nueva disciplina llamada bioética. Aquí la derivación es doble para subrayar los dos ingredientes más importantes para conseguir la nueva sabiduría que se necesita: 1) conocimiento biológico, 2) valores humanos. Tal como lo ve Potter la bioética intenta relacionar nuestra naturaleza biológica y el conocimiento realista del mundo biológico con la formulación de políticas encaminadas a promover el bien social. (31)

Para Reich (cancerólogo de Madison) el término bioética tenía un sentido ambiental y evolucionista: como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de valores humanos.. Elegí *bio*, para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos; y elegí *ethics*, para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos. (3)

Otra definición de bioética es: Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud cuando esa conducta se examina a la luz de los valores y principios morales. (32)

a. Principios de la bioética

Principio de no-maleficencia y beneficencia

Estos dos principios éticos están en la base del Juramento de Hipócrates y han sido centrales en la ética médica clásica. El Juramento contiene, por una parte, el llamado principio de no-maleficencia, que empalma con un principio ético, enunciado en latín *primum non nocere*, ante todo, no hacer daño. De este principio se derivan para el médico normas como no matar, no causar dolor, no incapacitar (ni física, ni mentalmente), no impedir placer.

El principio de beneficencia, en su sentido etimológico de hacer el bien, esta incluido en el Juramento de Hipócrates, tanto en las obligaciones del médico hacia sus maestros y familiares, como en su afirmación de que establecerá el régimen de los enfermos de la manera que le sea más provechosa y, sobre todo en la exigencia de que en cualquier casa que entre no llevará otro objetivo que el bien de los enfermos. (3)

El principio de beneficencia aparece enfrentado al de autonomía del paciente, quién no siempre acepta el bien que el médico considera proporcionarle como tal. El paternalismo médico se desarrolla históricamente sobre la base del Juramento Hipocrático, como proceso de dominación y culmina en el principio de beneficencia, mezcla de paternalismo y poder.

La confianza del paciente en el odontólogo facilita la beneficencia. Esta mezcla pretende beneficiar a un ser humano, pero que en ciertos casos puede resultar incorrecto ya que se niega a aceptar los deseos, opciones y acciones de esa persona. (4)

Principio de autonomía

Este segundo principio es el que está en la base del nuevo marco de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Por debajo del concepto de consentimiento informado está el reconocimiento de la autonomía, de la capacidad de decisión del paciente.

Últimamente lo que subraya el principio de autonomía es el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas, incluso de forma especial, por el hecho de estar enfermo. Significa la superación de esa tendencia a convertir al paciente en un menor de edad, a quien se tiende a mantener sistemáticamente al margen de algo, que a nadie afecta más que él mismo. Podemos decir que el consentimiento informado es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma. (3)

Según este principio, cada persona tiene derecho a autogobernarse es decir, para que se aplique un tratamiento, el paciente primero debe estar de cuerdo en recibirlo.

La autonomía acarrea dos nuevas exigencias para el médico, la primera es que la autonomía del paciente le exige al médico proporcionarle a éste no sólo las indicaciones para su tratamiento, si no las razones de esas indicaciones, para que el paciente comprenda y pueda aceptarlas. La segunda es que el paciente podría escoger el no recibir un tratamiento indicado. Aquí no sería el médico quien fallaría en dar la información correctamente orientada, si no el paciente quien reniega de la verdad. (2)

La autonomía se ha convertido en la consigna que simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción, por más bien intencionados que sean nuestros actos; sin embargo, existen ciertas limitaciones morales (coerción, privación de la información, engaño físico y emocional) y prácticas (enfermedades prolongadas y debilitantes, física y mentalmente) que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas del paciente. (5)

Principio de justicia

Para definir este tercer principio de la bioética se ha acudido a la vieja definición del jurista romano Ulpiano: "Ius suum unicuique tribuens", dar a cada uno su derecho. En una formulación especialmente válida, se le ha definido como: casos iguales requieren tratamientos iguales, sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos.

Belmont definía el principio de justicia como imparcialidad en la distribución de los riesgos y los beneficios. El problema surge de la consideración sobre quiénes son iguales. ya que entre los hombres hay diferencias de todo tipo. Sin embargo, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas.

Al mismo tiempo, de los tres principios siguen procedimientos prácticos: la beneficencia lleva a una evaluación de los beneficios y riesgos; la autonomía conduce a la percepción de si existe un verdadero consentimiento informado; la justicia lleva a una selección equitativa de los sujetos. (3)

La concepción de la justicia que propone el filósofo de Harvard John Rawls, constituye parte del gran debate actual sobre qué se entiende por criterio de justicia. Ha de ser una concepción pública de la justicia, aceptable para todos y guía de las instituciones básicas de la sociedad democrática. Rawls supone para ello tres principios básicos: 1) libertades básicas iguales, 2) igualdad de oportunidades y 3) principio de la diferencia.

Pretende llegar a una concepción universal de la justicia, válida para todos los tiempos y lugares, independientemente de las contingencias históricas, políticas, económicas o culturales, se basa en la prioridad de la libertad: libertad de pensamiento y de conciencia, libertad política de asociación, libertad física de integridad de la persona y de los derechos y libertades que incluyen el principio de legalidad.(4)

5. RESPONSABILIDAD

Responsabilidad y obligación van íntimamente ligados. La palabra responsabilidad, del verbo *responder* significa obligarse a, empeñarse. Entonces responsabilidad es la condición del que: se obliga a, del que responde a y puede responder ante.

También proviene de la palabra *rem ponderare* que es sopesar una cosa y de *respondeo*, que es: yo me comprometo.

La responsabilidad es también la posibilidad de prever los efectos del propio comportamiento y corregir el comportamiento mismo a partir de tal previsión. Cuando hablamos de una persona responsable es porque incluye en los motivos de su comportamiento la previsión de los efectos posibles de éste.

Para que haya responsabilidad se necesita:

- Un sujeto consciente y que sea libre de actuar o no actuar.
- Una norma ética.
- Una acción.
- Consecuencias de ese acto.

En general, se es responsable éticamente sólo del acto cuya naturaleza se conoce y cuyas consecuencias se pueden prever, y en relación con los que se tiene libertad.

La responsabilidad supone la atribución de los actos realizados, y obliga al hombre a responder de ellos ante una especie de tribunal que puede ser:

- Su propia conciencia.
- Una autoridad moral (como pueden ser padres, superiores, jefes, etc.) (1)

a. Limitantes de la responsabilidad y de la libertad

1. **La violencia:** Es el poder físico externo que nos hace actuar contra nuestra voluntad.
2. **El miedo:** Es la aprensión de un mal inminente. No anula la responsabilidad pero la disminuye.
3. **La ignorancia:** Es la falta de conocimiento en alguien que es capaz de tenerlo. La ignorancia invencible no puede superarse y anula la responsabilidad. La ignorancia vencible puede ser superada y no anula la responsabilidad, aunque la reduce.
4. **Las emociones, las pasiones:** La pasión antecedente que surge espontáneamente reduce la responsabilidad y raramente podrá anularla. La pasión consecuente deliberadamente provocada no reduce la responsabilidad, incluso puede aumentarla.

5. *Trastornos psíquicos*: Los estados mentales anormales afectarán gravemente la capacidad de la persona para realizar actos humanos.

6. *El hábito*: Es una forma constante de actuar mediante la repetición del mismo acto. (1)

b. Responsabilidad externa

La responsabilidad externa admite, a su vez, dos posibilidades: responsabilidad social y responsabilidad civil legal, jurídica y penal.

La responsabilidad social es la obligación que tenemos ante el tribunal de la opinión pública. Es sabido que la opinión ajena falla sobre buen número de nuestros actos exteriores y emite variedad de conceptos.

La responsabilidad jurídica o legal nos obliga a responder de nuestros actos ante los magistrados o tribunales que representan el poder judicial del Estado. Se reduce, en último análisis, a la obligación de reparar las violaciones a la ley dentro de las condiciones prescritas por el código civil. La responsabilidad penal no es si no un caso especial de la jurídica mediante la cual se está obligado a reparar la violación al orden, según lo determina la ley. El hombre puede ser llamado también a responder de sus actos ante el poder público, y ésta es la llamada responsabilidad civil.

La responsabilidad profesional cae siempre primero bajo la responsabilidad ética, sin que es ésta excluya la posible responsabilidad civil y penal de las leyes.

El profesionalista enfrenta dos formas de responsabilidad: la personal y la social. La responsabilidad personal obliga al profesionalista a adoptar una actitud decidida hacia el estudio y la investigación. Cuidadoso de su formación técnica, científica y humanística. (1)

El acto dental, entendido como esa parte de la actividad profesional del odontólogo cuando lleva a cabo el estudio clínico del paciente para llegar al diagnóstico y tomar una decisión del manejo del problema, conlleva a una serie de responsabilidades, ya que de esa acción el paciente sabe que depende su futuro en aspectos de salud.

Al tratar de llegar a un diagnóstico, el dentista pone en práctica todo su saber, sus conocimientos, los recursos científicos al alcance y el sentir del paciente con su preocupación y sus dudas.

Vivimos en una sociedad cada vez más conocedora y educada, en la que el enfermo y sus familiares tienen acceso inmediato a una enorme información acerca de aspectos de salud, de enfermedades, de tratamientos y de doctores, así lo vemos en periódicos, revistas, radio, televisión y más recientemente en las redes de intercomunicación. Tenemos una sociedad que ha adquirido una mayor conciencia ciudadana de los Derechos Civiles.

Por otro lado, los cambios progresivos en la organización de los sistemas de salud, la participación cada vez más amplia de los avances tecnológicos, equipos e instrumentos al área de salud, la creciente incorporación de compañías de seguros, han influido en las exigencias y responsabilidades que debe asumir cada una de las partes.

Así tenemos que la responsabilidad debe ser asumida por:

- *El profesionalista*, quien debe contar con los conocimientos científicos necesarios y actualizados, para brindar al paciente una mejor atención dental, utilizando los mejores recursos que las circunstancias permitan, normando su conducta, sus decisiones y acciones en la dirección de buscar el beneficio para el paciente; respetando sus derechos así como su dignidad.

El odontólogo debe informar al paciente cual es su estado de salud, darle a conocer el plan de tratamiento, sus posibles beneficios y riesgos, así como la referencia acerca de otros procedimientos alternativos que pudieran realizarse, incluyendo los costos en su caso.

- *El paciente*, quien habiendo recibido a través de su odontólogo suficiente información de manera explícita y clara, tome una decisión razonada para aceptar la proposición del plan de tratamiento. Esto es lo que se entiende por consentimiento informado.
- *Los familiares del paciente*, que en su caso, deben participar siguiendo las recomendaciones del odontólogo y en algunos casos respetando la decisión del paciente, teniendo una base informativa y de conocimientos, de acuerdo a su posición y nivel en la sociedad, guiándose siempre por el camino que busque el bienestar del paciente.
- *Los medios de comunicación masiva*, como focos de difusión de noticias, y de conocimientos tienen una enorme influencia en la comunidad, y por tanto tienen también una enorme responsabilidad; sus textos, y su información, en ocasiones resultado de interpretación ligera y rápida de los hechos, son tomados como verdades y son muchas veces el factor que inclina en una dirección u otra las decisiones de los pacientes y familiares.
- *Las compañías de seguros*, así como las empresas corporativas involucradas en los servicios de salud están jugando un papel cada vez más importante, que en muchas ocasiones interviene e interfiere con la relación odontólogo-paciente, y con las decisiones que de ella se derivan.

Con estos sistemas, quedan separados, y en ocasiones contrapuestos, los intereses y derechos del paciente y por el otro lado los intereses de la empresa que cubre los gastos. fomentando el distanciamiento odontólogo-paciente, además de romper el secreto profesional perdiendo la confidencialidad y el respeto a la intimidad y a la privacidad del paciente.

Tomando en cuenta los factores arriba enunciados que intervienen en el ejercicio de nuestra profesión, contando con la participación responsable, ética y organizada de todos ellos. conciliando equilibradamente los diferentes intereses, se logrará permitir que la relación odontólogo-paciente siga siendo el hecho esencial de nuestro quehacer diario, siempre y cuando se conserve a todo nivel y en toda circunstancia el objetivo primario y principal. que es el bienestar del paciente, y sólo a ello se sujeten y sometan todas las acciones. (28)

6. INFORMACIÓN DE LA VERDAD

La verdad, según el diccionario de la Real Academia Española, significa conformidad de las cosas con el concepto que de ella se forma la mente, conformidad de lo que se dice con lo que se siente o se piensa; propiedad que tiene una cosa de mantenerse la misma, sin mutación alguna; juicio o proposición que no se puede negar racionalmente y ni hablar del significado filosófico. (6)

La honestidad, la veracidad y la seguridad del secreto profesional constituyen las bases de la confianza que el paciente deposita en su odontólogo.

Como es natural hay lugar para la broma y el humor, pero también es necesaria una atmósfera seria cuando se dice la verdad, y el paciente así lo comprende. El paciente viene a la consulta para saber la verdad sobre sí mismo no para que se le engañe con medias palabras y oscuridades. Muchas veces es desagradable y difícil decir la verdad, pero todavía puede ser más duro el aceptarla. Quizá cause preocupación leve o alarma seria, de forma que origine depresión o ansiedad aguda en el paciente.

Debemos decidir “cuánto” diremos en una ocasión determinada y “qué” palabras emplearemos. ¿Desea el paciente toda la verdad?, quizá no, si le cargamos con una verdad desagradable, también debemos ayudarle para que haga frente a la inevitable reacción. (7)

La verdad no es sólo transmisión de información, aunque sea objetivamente exacta por parte de la gente sanitaria, sino que implica un compromiso correlativo de sólida fidelidad. De otro modo, se reduciría a una triste parodia de la verdad de la que el enfermo está necesitado. La verdad se dice no dentro de un espacio vacío, si no en dirección del otro; por eso, quien la dice debe sentir también qué provoca en el otro.

Con demasiada frecuencia y facilidad, el odontólogo opta por callarse o negar la verdad al enfermo cuando esta es desagradable, hasta afirmar un derecho a decir lo falso si es necesario. Entonces, se debe asistir en el deber de la verdad y en la virtud de la veracidad, precisamente por la conciencia del odontólogo en su dignidad humana y profesional y por el bien y el respeto del paciente.

Es importante considerar al paciente como compañero activo de la relación terapéutica con sus derechos, valores, sentimientos, relaciones familiares y sociales. Este tipo de relación no requiere solamente de un máximo de discreción, sino también de un máximo de honestidad y de sinceridad.

El callar o el mentir pueden perjudicar fácilmente su propia dignidad profesional, al bien del paciente y a la figura social del odontólogo. Se puede crear un clima de ambigüedad y a veces de mentira que va a ocasionar que si el paciente se entera por otros medios de la verdad, pierda inevitablemente la confianza respecto de su odontólogo. (8)

En el centro de la atención del paciente está el ejercicio de la verdad mutua: el paciente espera que el odontólogo sea honrado, capaz y eficiente, y el odontólogo a su vez espera que el paciente sea sincero y bien intencionado. La ética en el respeto a los derechos humanos y la confidencialidad son inherentes a la justicia en la relación odontólogo-paciente. El ejercicio de la verdad es esencial para los mejores propósitos de ambas partes. Los riesgos o peligros terapéuticos deben analizarse con franqueza señalando que pueden ir desde ligeros o moderados hasta los muy graves. (9)

En el proceso de información el odontólogo participa con dos conocimientos, los relativos a la observación de los hechos y los de su propia experiencia, sin intentar separarlos del todo y debe analizarlos con el paciente de manera clara, nunca sesgada; ni exagerando riesgos ni beneficios, puesto que si así ocurriera, aún en forma sutil, llevaría implícita una inmoral influencia, para tal vez lograr una decisión poco justificable, a veces adversa para el paciente. La comunicación de la verdad requiere de la comprensión de la situación, del paciente y su entorno emocional. No se trata de forzar un compromiso entre autonomía y autoridad del profesional de la salud sino de reconocer la sensibilidad del paciente y la prudente advertencia del odontólogo sin promover pronósticos que se presten a posibles mal entendidos y dificultades posteriores. (10)

Reconocer el “deber del cuidado” significa aceptar la obligación de hacerse cargo del paciente para atenderlo con puntual esmero; que el dentista abandone toda otra ambición que no sea a favor del bienestar y mayor satisfacción posible del paciente, con la responsabilidad de no descuidar las atenciones y servicios necesarios, respetando las normas éticas y legales para no abandonar su deber de atender a su paciente hasta modificar el compromiso por ambas partes.

En ausencia de la conciencia ética, la costumbre va ya en dirección contraria a los intereses del paciente, de manera que generalmente, ocurra una simple inválida información y no una comunicación de la verdad para incumplir los deberes que son propios del profesional de la salud hacia el paciente, cuya vulnerabilidad anula su capacidad de defensa, pero que por ello mismo, deben exaltarse los sentimientos de compasión y solidaridad caritativa.

En las expectativas de alivio o curación se entrelaza, con los sentimientos familiares, la experiencia médica dentro de pautas significativamente culturales. En ambas circunstancias se mide la inteligencia y las convicciones éticas del odontólogo que o se están perdiendo o nunca han figurado en su conducta profesional. (11)

7. PERSONA

El concepto de persona hace la referencia de aquello que le da valor a un hombre como ser racional, capaz de dominar sus propios actos, de sentir y actuar por sí mismo en forma autónoma, constituyéndose como la totalidad de una serie de capacidades, no sólo intelectuales, también fisiológicas, emocionales y espirituales. El hombre cuenta con una serie de valores que lo diferencian de los demás seres naturales y le dan una dignidad propia que debe ser respetada, proyectando su vida libremente, con capacidad de convertirlo en un ser responsable. (5)

Así tenemos que el término persona en la tradición clásica apunta a una realidad sobresaliente, y lo más sobresaliente que existe en el universo es el ser inteligente, con entendimiento racional. (12)

La persona se realiza en el desarrollo, expansión y acrecentamiento de todas sus posibilidades, pero la realización personal de todas mis posibilidades sucede dentro, y no fuera, de la relación personal con el "otro". El valor de la persona aquí toca su punto culminante. Sólo en la comunicación humana llega el hombre a ser sí mismo y a realizarse personalmente. No sólo es necesario el "otro" para la vida práctica, sino para la mejor comprensión y perfeccionamiento de su realidad personal. Entendiendo, viendo al otro, puedo entenderme a mí mismo.

Así pues, la esencia del hombre, lo que es, hay que entenderla dinámicamente, al igual que la esencia del ser personal. Desde el origen del hombre ya está puesto en su constitución esencial de cuerpo y espíritu, por lo cual es persona, aunque como persona aún no se haya realizado de un modo completo.

Esto sólo será posible en la propia autorrealización que, a su vez, sólo es posible en la relación personal. (1)

Como profesionales de la salud nos pasamos la vida tratando con personas de la tercera edad y jóvenes, ricos y pobres, inteligentes e ignorantes, cordiales y agresivos. A pesar de todo, cuando estamos muy ocupados o preocupados, muchas veces tendemos a pensar en los pacientes no como personas, sino como en casos, diagnósticos, problemas clínicos o mecanismos trastornados. Como ha resaltado Paul Tournier, “nuestros pacientes quieren que lo sepamos todo sobre sus enfermedades, pero también desean ser comprendidos como personas”. Thomas Sydenham, aconseja advertir a los que entran a formar parte de la profesión que “no van a tratar con animales innobles. Podemos entender el valor de la raza humana si recordamos que Dios quiso que su Hijo se hiciese hombre...”. Estas verdades enaltecen al hombre, cualquiera que sea el ropaje o la condición con que se presenta en nuestra consulta. (7)

Esta visión de la persona conduce a entender especialmente al paciente concreto, a la persona que está enferma, no al enfermo en sentido genérico o abstracto. Se reconoce que aún en los casos de más estrecha relación entre dos seres humanos no se logra nunca una comprensión completa. Sin embargo, comprender al paciente es una característica de los mejores profesionales de la salud. El análisis del significado de las palabras del paciente, de su silencio, de su expresión, de sus movimientos, no cesa nunca. Actuar de esta forma y hacerlo con tal naturalidad que no dificulte el desarrollo de una relación constructiva entre el profesional de la salud y el paciente, es un verdadero arte. (12)

Es por ello que la atención que se presta al hombre en el campo de la salud, debe fundamentarse especialmente en una formación humanística, basada en patrones éticos,

dada esa común dignidad de naturaleza propia de cada hombre y de todos los hombres. (5)

Podemos concluir que la persona se constituye como la totalidad de una serie de capacidades no sólo intelectuales, sino fisiológicas, emocionales, así como espirituales. Se caracteriza además por ser autónomo, es decir, capaz de proyectar su vida libremente, capacidad que la convierte en un ser responsable moralmente. (33)

a. Dignidad humana

El hombre es una unidad sustancial que participa de dos mundos: el natural y el espiritual. Se nos presenta como un espíritu encarnado o como un cuerpo espiritualizado, pero siempre como uno, como una sustancia de naturaleza racional. Así podemos decir que por encima de la biología esta el espíritu, que más allá del organismo esta el hombre. En otras palabras, que el ser humano es mucho más que un mero organismo vital.

La característica esencial del ser humano, la que lo eleva de la vida animal, es la razón. Gracias a esta facultad, el hombre realiza diversas funciones: afirma, niega, compara, analiza, sintetiza, deduce, induce, se da cuenta de sí mismo y tiene identidad histórica, es decir, a pesar de su constante cambio, permanece siempre el mismo. Ahora bien, el hombre no es un ser completo, acabado o perfecto. Por el contrario, nos descubrimos imperfectos, incompletos y aquejados de un sinfín de necesidades, tanto físicas como espirituales, que tendemos a satisfacer en todo momento. Esta circunstancia nos convierte en seres en perpetua búsqueda de aquello que nos hace falta, de modo que nuestro actuar no será nunca gratuito, sino que siempre estará motivado por la búsqueda del valor que complete nuestro ser.

Del mismo modo nos descubrimos autores de nuestros actos, libres para elegir los caminos que han de integrarnos y hacernos como personas, puesto que nos ha sido impuesta la tarea de hacernos a nosotros mismos. Son otras características del espíritu, entonces, la libertad y la conciencia de sí mismo, potencias inmateriales que colocan al hombre en un plano superior. Así la vida humana se nos presenta con un alto contenido de valores que convierte al hombre en el ser más digno de la naturaleza. (13)

La dignidad del hombre se funda en que "es persona", en su ser personal, en su entendimiento y en su voluntad; en su autoconciencia y autodeterminación; en su actuar libre y consciente. Por otra parte, la palabra dignidad significa también, fundamental y primariamente, preeminencia, excelencia. Digno es aquello por lo que algo se destaca entre los otros seres en razón de su valor que le es propio. Hoy nadie se niega a reconocer que el hombre es persona. (12)

Es conveniente distinguir otro tipo de sentido que puede tener el término dignidad del hombre: dignidad que le corresponde esencialmente como ser de una singular especie, superior a las demás por su condición original o nativa (todas las mujeres y los hombres nacemos personas, igualmente personas, aunque no personas iguales), independientemente de su cooperación, de sus méritos, y la dignidad adquirida debida a su forma de enfrentar dificultades, de relacionarse con el otro, de enfrentar responsabilidades, de su comportamiento individual o social. (1)

Únicamente en el grado personal hay una primacía de lo individual en cuanto tal. Por ser un fin en sí mismas y, por tanto, únicas e irrepetibles, las personas son dignas de ser nombradas por su propio nombre. La persona es un sujeto consciente, racional y libre. Por ello, tiene una vida personal.

Expresión que significa la vida individual o la vida como un proceso unitario de acciones. Todos los hombres tienen una identidad y permanente dignidad, que se deriva del hecho natural de que son personas. Por esta dignidad personal todos los hombres son iguales entre sí, e idénticamente sujetos de derechos inviolables. (12)

Después de todo lo expresado, podemos decir que la singular perfección, excelencia o dignidad no le viene tanto a la persona de lo dicho como de su naturaleza racional y libre, razón de su dignidad y trascendencia, de su conciencia de responsabilidad ante sus propios principios humanos y éticos. Éste es el aspecto más formal y perceptible de su ser y dignidad que hace a la persona valiosa. La dignidad de la persona humana le viene fundamentalmente de su ser persona y de todo lo que ello significa. (1)

La máxima dignidad de la persona, se ha expresado en la tesis filosófica de que “la persona es lo más perfecto de toda la naturaleza”. (12)

Así concluimos que la dignidad:

- Implica valoración de sí mismo.
- Implica un compromiso de querer realizarse.
- Implica lucha por ser alguien, por encima de los obstáculos, pero lucha con limpieza y con honestidad.
- La creatividad ayuda poderosamente a desarrollar la dignidad de la persona humana. De ahí la importancia capital del cultivo de la imaginación en la formación de las personas.
- Cuando una persona descubre su propia dignidad, se hace posible el cambio. El cambio no sólo es posible, es necesario para el desarrollo del hombre. (33)

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El ejercicio médico se basa en dos principios fundamentales: la capacidad técnica del odontólogo y el consentimiento idóneo del paciente. El mundo moderno hace énfasis en la autonomía de la persona humana y por esto el paciente exige se le respete su derecho a decidir o rehusar cualquier acción médica. La autonomía del paciente es no sólo para aceptar sino para rechazar; puede hablarse con igual validez de un consentir idóneo como de un rehusar idóneo. Consentimiento idóneo se da cuando el paciente acepta o rehusa la acción médica luego de entender una información, considerar las más importantes alternativas y ser capaz de comunicar la decisión. Para que esto se dé, el paciente debe tener una competencia mental y estar libre de cualquier coacción para actuar.

Un problema que surge es el de la información adecuada. ¿Cuándo puede decirse que el paciente tiene una información adecuada para un consentimiento idóneo? El primer problema es la terminología científica, difícil de entender para la persona, y la disparidad de criterios que surgen entre el profesional de la salud y el paciente. El odontólogo frecuentemente habla de probabilidades, expectativas de salud, en otras palabras de números; mientras que al paciente le interesa el aspecto cualitativo o la calidad de su vida.

Si es imposible obtener el consentimiento idóneo del paciente o un tercero, el odontólogo debe guiarse por un principio básico como sería el que la mayoría de las personas quieren vivir más que menos y todo ser evita el dolor siempre que pueda. (14)

El consentimiento informado, en efecto, es una instancia moral antes que una obligación jurídica y por tal motivo podrá garantizar el bien del hombre sólo si se basa en el conocimiento y el valor de la vida humana.

En la relación odontólogo-paciente existe una dimensión ética de la cual el consentimiento informado no se puede dejar de considerar y asume un significado más profundo cuando se toma como parte esencial del deber del odontólogo. El consentimiento del paciente debe de ser informado para ser válido, condición difícil de cumplir para el paciente, que para tal fin es necesario que conozca a plenitud las modalidades del diagnóstico, las finalidades del tratamiento, los riesgos, los beneficios y las posibles alternativas terapéuticas.

La exigencia de dicha aprobación da más poder al paciente equilibrando de esta manera el notable poder del odontólogo por su conocimiento. Por lo tanto, el consentimiento es un valor a promover, subraya la autonomía de la persona, estimula a una decisión racional y libre, evita fraudes o engaños e introduce al paciente en decisiones que le afectan y reduce por lo tanto la responsabilidad profesional médica tanto civil como penal.

El consentimiento informado del paciente es uno de los pilares de la licitud del tratamiento dental-quirúrgico y encuentra su fundamento en la relación del mismo consentimiento informado, con la situación de necesidad y con las disposiciones de la ley.

El consentimiento informado no puede anular la obligación del odontólogo de empeñar su ciencia y su conciencia al servicio de la vida y de la salud del paciente; existen dos argumentos que facilitan esta situación, el primero es ofrecer una información completa sobre la relación entre los riesgos y los beneficios, así como las posibilidades de suceder y de afrontar una complicación; y el segundo consiste en orientar al paciente, aconsejándolo, confortándolo y si es necesario animándolo a realizar la mejor elección.

La forma de expresión del consentimiento puede ser oral o escrito, legalmente se sugiere este último incluso con testigos, no olvidando que el paciente tiene el derecho en cualquier momento de revocarlo por voluntad propia. (15)

a. Requisitos que debe cubrir una carta de consentimiento informado

1. Nombre de la institución o consultorio.
2. Nombre, razón o denominación social.
3. Título del documento.
4. Lugar y fecha.
5. Nombre y firma del autorizante (paciente o representante legal).
6. Señalamiento preciso del acto médico consentido (con referencia al riesgo-beneficio esperado o resultado aceptado, etc.).
7. Nombre y firma de los testigos en su caso.

El documento deberá ser impreso, redactado claramente, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

Estos requisitos se encuentran establecidos en los artículos del 80 al 83 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. (16)

Condiciones y requisitos de compromiso ético necesario, para obtener el consentimiento válidamente informado de sus pacientes:

1. Es recomendable obtener un consentimiento informado después de dar la información adecuada al paciente, plantearle los riesgos y beneficios, las posibilidades de complicación y sobre todo orientarlo y aconsejarlo, y animarlo a decidir con libertad.
(29)
2. El odontólogo debe informar con toda sinceridad y amplitud a sus pacientes.
3. El consentimiento debe ser obtenido sin diligencias de convencimiento o coerción.

4. El odontólogo debe asegurarse que el paciente esté capacitado mentalmente y pueda ser competente para aceptar o rehusar cualquier procedimiento dental-quirúrgico y/o auxiliarse con familiares responsables. (9)
5. El consentimiento informado bien ejercido valora la autonomía y la libertad responsable en la relación odontólogo-paciente, evita fraudes o engaños así como coacciones y reduce la responsabilidad profesional.
6. El consentimiento informado no debe anular la obligación del odontólogo a empeñar su ciencia y su conciencia al servicio del paciente.
7. El consentimiento informado es primordial en la investigación clínica y en la experimentación con personas humanas y debe manejarse de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud Mexicana y en las declaraciones internacionales al respecto.
(29)

El consentimiento obtenido sin satisfacer estos elementos carece de validez, excepto en situaciones en las cuales, por emergencias y convergente decisión familiar responsable, se justifique el “paternalismo”, ejecutivo del odontólogo. Presuponiendo con razón que el paciente daría su consentimiento si fuera capaz de hacerlo. (9)

Hoy, la omisión del consentimiento escrito, o bien los consentimientos incompletos, en ocasiones culposos u otras veces fruto de una relación de confianza recíproca con el paciente; se han vuelto en casos de fracaso o de graves complicaciones, incluso mortales, un instrumento judicial de fácil acusación contra el odontólogo, quien al carecer de pruebas documentales, se verá obligado a sucumbir a la exigencia de las normas y a la severidad de la jurisprudencia, donde las decisiones de los jueces provienen de una interpretación demasiado restrictiva y médicamente desinformada. (15)

b. Problemas del consentimiento informado

El consentimiento informado plantea serios problemas en la práctica dental. Algunos con relación al paciente otros con relación al odontólogo.

Desde el punto de vista del paciente, el consentimiento informado puede interferirse por las reacciones emocionales que la enfermedad produce en él, disminuyendo o quitándole su plena capacidad de decisión. El paciente puede negar psicológicamente la enfermedad o sentir que esta es un castigo y por lo tanto no merece tratamiento. Otros tienen un sentimiento masoquista y lo que buscan es aumentar el sufrimiento. Algunos buscan con la enfermedad una ganancia secundaria como recobrar el afecto o el cuidado que sienten han perdido y por esto sus decisiones están condicionadas.

La enfermedad deprime al paciente y lo hace más dependiente a medida que avanza el proceso patológico. En nuestra cultura, el paciente asume actitud de dependencia frente al odontólogo y desea que el dentista tome las decisiones por él para evitar ansiedad.

Otro problema para el consentimiento informado es la información que el paciente tenga del proceso patológico y de las acciones de salud. La terminología médica es difícil de entender y a veces los odontólogos voluntaria o involuntariamente la hacemos más oscura; cualquier paciente por ignorante que sea, entiende lo que se le explique con relación a su enfermedad, si se hace en términos adaptados a su cultura.

El paciente puede llegar con ideas preconcebidas lo cual también interfiere el consentimiento. En toda sociedad hay tabúes o ideas sobre las enfermedades y procedimientos de salud. Hay enfermedades vergonzosas, palabras como cáncer que despiertan horror en el paciente. Para otros el ser hospitalizado significa proximidad de la muerte; una palabra puede tener distintos significados para el odontólogo y el paciente. Hay

por esto infinidad de situaciones en que por distorsión de la información, el consentimiento informado no es adecuado.

La otra clase de problemas que surgen con el consentimiento informado son por parte del odontólogo. Este puede manipular la información dada al paciente y así distorsionar su consentimiento. Puede exagerar, los efectos secundarios de un procedimiento o droga para que el paciente rehuse o al contrario minimizarlos para lograr su aceptación creando una situación en la cual el consentimiento no va a ser idóneo.

Otras veces el odontólogo no informa con el pretexto de evitar ansiedad en el paciente, lo cual es un error pues si se le explica adecuadamente, todo paciente entiende sin necesidad de generar ansiedad.

Para evitar estas interferencias se requiere de tiempo y del conocimiento integral del paciente por parte del odontólogo. (14)

9. SECRETO PROFESIONAL

Desde la antigüedad el secreto profesional ha sido considerado esencial para el ejercicio de la medicina. El Juramento Hipocrático ya lo menciona: “lo que pueda oír y ver en el curso del tratamiento y aún fuera de él con respecto a la vida de los hombres que no deba divulgarse, lo guardaré dentro de mí mismo considerando hablar de ello como algo deshonesto”.

El secreto profesional es la obligación ética que tiene el odontólogo de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y vida del paciente o su familia.

El secreto profesional obliga al odontólogo aún después de que el paciente haya muerto y no se limita sólo a lo que éste comunique al odontólogo sino lo que él vea y conozca directa o indirectamente, sobre el proceso patológico de su vida, extendiéndose a su familia. Si el odontólogo al tratar a un paciente conoce sucesos íntimos que no deben ser conocidos, tiene la obligación de no revelarlos.

A los estudiantes de odontología y personas involucradas en la atención dental también los obliga el secreto profesional, pues es necesario asegurar al paciente que todo lo relativo a su vida y enfermedad será guardado en reserva.

El ejercicio de la odontología actual plantea problemas de secreto profesional. Hasta hace poco en el acto dental sólo intervenían el odontólogo y el paciente, pero la complejidad de la medicina moderna ha hecho que muchas personas intervengan en la atención de un paciente, lo cual dificulta el guardar el secreto.

Otro problema es el desarrollo de la informática en el ejercicio de la odontología; con ella los datos del paciente deben ser reconocidos por muchas personas pudiendo ser reveladas fácilmente. (14)

a. Justificación del secreto profesional

Es necesario analizar cuál es la razón del secreto profesional y porqué desde la antigüedad se ha tenido como esencial en el ejercicio odontológico.

La primera justificación es la de dar confianza al paciente. La confianza es fundamental en la relación odontólogo-paciente; éste debe estar seguro que puede confiar su intimidad a una persona la cual no va a revelar lo conocido. Los odontólogos hemos perdido confianza ante los pacientes porque faltamos con frecuencia al secreto profesional y el paciente sabe que lo dicho al odontólogo va a ser sabido por otras personas.

La segunda justificación es la de no producir daño al paciente. Al revelarse se puede producir daño moral o físico a su persona y familia. Muchas veces no se mide el alcance de ello y se habla con ligereza de lo conocido durante la consulta; se oye en cafeterías de clínicas y en reuniones sociales a dentistas contando las enfermedades y problemas de sus pacientes si preocuparse del mal que pueden producir.

La tercera justificación es el derecho que el paciente tiene a su privacidad. No sólo debe respetarse la privacidad del paciente sino que ésta es un derecho de él. Cuando se falta al secreto profesional, se divulgan hechos que pertenecen a la vida privada del paciente. Si el paciente está seguro de que el odontólogo guarda el secreto profesional, esto alivia su sufrimiento pues encuentra una persona a quien confiar sus problemas íntimos, lo cual ya es de por sí una terapia. (14)

b. Clases de secreto

- **Secreto Natural:** Es independiente de todo contrato. Se extiende a todo cuanto sea descubierto por casualidad, por investigación personal o por confidencia y no puede divulgarse. Aunque el depositario del secreto (la persona que se está enterando de éste) no haya prometido guardar sigilo (secreto absoluto que se guarda de una cosa o noticia), ni antes ni después de que la otra persona le haya manifestado el hecho, o de haberlo descubierto, está obligado a callar porque podría causarle un daño.
- **Secreto Prometido:** Nace de un contrato, a saber, de la promesa de guardar silencio hecha gratuitamente después de haber conocido el hecho, ya sea por casualidad, por investigación profesional o por confidencia espontánea o provocada.
- **Secreto Confiado:** Se da en una persona necesitada de ayuda o consejo y se ve obligada a revelar su intimidad, así que también surge de una promesa explícita, pero antes de que el secreto sea revelado. La persona previamente ha prometido, expresa o tácitamente, en su profesión, guardar silencio, y le es participado lo que se tenía oculto, añadiendo que se le revela confiando en su promesa bajo el sello del secreto. (1)

El secreto profesional dentro de este trabajo lo separamos en dos apartados:

- Todo lo que abarque la historia clínica es parte del secreto profesional, desde la edad del paciente, antecedentes, padecimientos actuales, pronóstico, etc.
- Todas las situaciones externas al historial clínico que sean expresadas por el paciente hacia el odontólogo, así como también lo que éste pueda oír, pero comprender; todas deberán resguardarse en la intimidad del consultorio. (1)

c. Revelación del secreto profesional

Hay situaciones en que al odontólogo le está permitido revelar el secreto y otras en las que es obligatorio hacerlo.

El secreto puede revelarse con o sin el consentimiento del paciente. Con el consentimiento, cuando el paciente permite se revele el secreto, por ejemplo para una compañía de seguros o a un tercero.

Los problemas surgen cuando no hay consentimiento del paciente o aún oposición. La norma para revelar el secreto es “siempre que se revele debe buscarse el bien del paciente o la sociedad y los beneficios deben ser mayores que el mal producido”.

1. Es permitido revelar el secreto *cuando se busca el bien del propio paciente.*
2. *Por beneficio de la familia*, como sería comunicarle la enfermedad que padece uno de sus miembros para salvaguardar la familia.
3. Otras veces el secreto se revela *por el bien de una empresa u organización.*
4. Debe revelarse el secreto profesional *para provecho de la sociedad.* El odontólogo debe notificar los casos de enfermedades contagiosas y venéreas. (14)

No puede olvidarse que el odontólogo tiene responsabilidades no sólo con su paciente sino con la sociedad y por ende con la ley. Muchas veces estas responsabilidades entran en conflicto, como cuando el dentista está obligado a guardar el secreto profesional a su paciente pero también tiene obligación de reportar los heridos o los que padecen enfermedades contagiosas.

d. Faltas contra el secreto profesional

Las faltas más comunes de la ética médica son las cometidas contra el secreto profesional debido a la poca formación humana y ética de los odontólogos y a la complejidad de la atención dental; en la atención del paciente intervienen muchas personas y esto dificulta el guardar el secreto profesional. Sin embargo en ningún momento hay justificación para faltar a principio tan importante en el ejercicio de la odontología.

Los odontólogos faltan al secreto profesional comentando con su familia lo conocido durante su ejercicio dental. Otra falta contra el secreto profesional es la relacionada con la historia clínica. Ninguna persona, ni siquiera un odontólogo, puede leer la historia del paciente sin el consentimiento de éste o de su odontólogo tratante. Los estudiantes de odontología u otro personal en entrenamiento pueden hacerlo si hay sólo interés científico y no por mera curiosidad.

Otra falta es el publicar en periódicos y revistas no científicas y dirigidas al público, información sobre pacientes con un fin más de sensacionalismo que de beneficio para la comunidad.

En las publicaciones y reuniones clínicas, cuando se quiere presentar pacientes se debe pedir el consentimiento a ellos y guardar el anonimato; esto no sólo con respeto al paciente, a su intimidad, sino también para guardar el secreto profesional.

Es necesario insistir que el secreto profesional es un principio básico en el ejercicio de la odontología y que sin él, la sociedad y los pacientes pierden la confianza necesaria para una buena relación odontólogo-paciente. (14)

RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE

*“En el arte de vivir,
el hombre es al mismo tiempo
el artista y el objeto de su arte,
es el escultor y el mármol,
el médico y el paciente”.*
Erich Fromm

1. INTRODUCCIÓN

El ser humano es persona, y la enfermedad es un estado que viene a afectar a su ser personal. El profesional de la salud también es persona, y se aboca a una relación personal con su paciente en el que debe reconocer derechos que jamás deben prescribir, tales como: el derecho a la vida y a la integridad física, a ser protegido de lo que pueda amenazar su salud, y a los cuidados para conservarla.

La salud del enfermo es para el profesional de la salud un bien a conseguir, y en ese empeño su actividad se personaliza en la explícita referencia de la persona de su paciente.

(17)

En primer lugar, una relación debe suponer una interacción en la cual cada participante aporta con iniciativa un ingrediente constitutivo de la relación en sí. En el contexto de la relación odontólogo-paciente, éste último presenta su vivencia bien sea por medio de la palabra o de gestos, e interpreta su sufrimiento y dolencia en cuanto realidad personal. A su vez, el odontólogo presenta su articulación científico-técnica del cuadro clínico, explica el sufrimiento en términos del dolor y la dolencia en términos de un diagnóstico. También se

trata de una reciprocidad entre la experiencia e historia personal del afectado por una dolencia o daño y el experto clínico, quien representa la vivencia en lenguaje y contexto científico-técnico.

La relación ha de ser personal en virtud de que el vínculo generado supone la intervención del intelecto y la voluntad al igual que la afectividad. El profesional de la salud debe tener el discernimiento sobre lo que el paciente realmente necesita, lo que debe hacerse en pro del paciente y de saber como implementar lo clínicamente indicado. Pero el paciente como persona incorpora su dolencia en una búsqueda para entender e interpretar la misma, busca sentido y propósito para su sufrimiento el cual puede conducir a la desesperación, y así aporta al profesional de la salud una descripción y significación de lo que supone el vivir la enfermedad -ambos unen sus voluntades en promover el bien y evitar el mal- aunque puedan diferenciarse en la estimación de lo bueno y lo malo para el paciente concreto. (18)

El paciente es responsable de su vida y de su salud, pero no tiene la facultad moral de manejarlas arbitrariamente, sino que tiene el deber de salvaguardar su propia vida y de promover su salud.

El odontólogo es el profesionalista solicitado y escogido libremente por el paciente y aceptado por éste (o, en cualquier caso, llamado por la familia u ofrecido por la sociedad), para ayudar a prevenir la enfermedad o a curarla, o para rehabilitar las fuerzas y las capacidades del sujeto; y se configura como prestador de un servicio calificado.

El paciente, por tanto, es siempre el agente principal de la gestión de su propia salud. El acto dental y su control se convierten, por consiguiente, en una relación de sinergismo (acción coordinada de varios factores para la obtención de un mismo resultado). (22)

El paciente sigue siendo el actor principal en la gestión de la salud, el profesional de la salud que acepta ayudarlo es también el actor, pero en el sentido no de quien actúa sobre un objeto, sino de quien colabora con un sujeto principal para alcanzar un propósito determinado. (19)

a. Cualidades necesarias del profesional de la salud

Para poder establecer una buena relación con su paciente, el profesional de la salud necesita estar en posesión de determinadas cualidades:

- Ante todo debe ser un auténtico amigo de la humanidad, con una gran capacidad para la compasión y una disposición pronta para servir.
- Debe ser un hombre de ciencia constantemente renovada.
- Junto a la ciencia, necesita poseer una adecuada habilidad profesional, es decir, la capacidad para aplicar los conocimientos que posee a los casos particulares que se le presenten.
- Cuidadoso de la dignidad profesional, que implica, en primer lugar un verdadero respeto de sí mismo. Debe evitar toda vida de escándalo, alejando así toda sospecha que pudiera recaer sobre su persona.
- Poseer un buen espíritu de observación. Observar es fijar la atención sobre una cosa con el propósito de percibirla tal y como se presenta.
- Por las características propias de la profesión, en las que se presentan situaciones imprevistas y de urgencia, el profesional debe gozar de buena salud.

b. Características del enfermo

La enfermedad no existe, lo que existe son los enfermos. La enfermedad es una perturbación, más o menos grave, de la dinámica vital de un ser humano. La enfermedad toma la forma de un ser humano, con obligaciones familiares, con ilusiones, con una misión en la vida concreta y valiosa.

El acto médico, a través de la relación odontólogo-paciente, penetra en la vida de esa persona tan profundamente que exige del odontólogo toda su dedicación y entrega. El paciente representa a la humanidad enferma, y ante ella se debe adoptar una actitud de amor y comprensión. De ahí la preferencia que muestra con aquel en quien puede confiar, al que se siente seguro de que puede llamar cuando lo necesite, porque lo sabe servicial, honesto y eficiente. A un enfermo nada le atemoriza más que ver a un profesional de la salud distante, evasivo, vacilante o despreocupado por su salud.

Actualmente una gran mayoría de enfermos encuentra una barrera en la relación con el médico (odontólogo, etc). La necesaria socialización de la medicina a puesto al enfermo en la situación de aceptar al profesional de la salud que le ofrecen y que él no conoce. Eso perturba la relación normal entre ambos, pero la actitud del profesional debe hacer favorable el medio a fin de que la asistencia transcurra aceptablemente.

Pueden reconocerse fácilmente tres tipos de pacientes: los que gozan de salud y desean conservarla. Recurren al odontólogo para confirmar su estado de salud o descubrir una posible enfermedad. Los que se sienten enfermos y quieren curarse. Quieren saber lo que les aqueja, y vencer la enfermedad. Son la mayoría de los pacientes que concurren a los consultorios u hospitales.

Los que se sienten bien y quisieran estar enfermos. Acuden con los profesionales de la salud con la firme idea de engañarlo con síntomas fingidos (hipocondríacos, neuróticos, etc.).

Todo enfermo, insensiblemente, pone de manifiesto su egoísmo. Desea verse servido con prontitud. La angustia que le causa al verse limitado por su enfermedad, lo lleva a ser exigente con los que le rodean. Ahorra esfuerzos y descarga sobre las personas que lo atienden todas sus preocupaciones. Por eso el cuidado de los enfermos exige una vocación especial, decidida y generosa.

Es importante saber que el enfermo no puede transmitir al profesional más derechos sobre su persona que los que él precisamente posee. No es dueño arbitrario de su vida, y por ello no puede disponer de ella como le plazca.

El paciente debe dar su consentimiento para que su odontólogo use los medios que le ayuden a recuperar la salud. (17)

c. Etapas básicas de la relación

- *Etapa educativa.* En ésta los aspectos prácticos de la relación con los pacientes es muy limitada, encuadrada a tener una visión lejana y áspera de lo que es un paciente, observando reacciones y no participando de sus emociones y sentimientos. En una palabra se llega a conocer la nosología y la clínica de las enfermedades, pero deja a la deriva el aspecto humano de los pacientes, su familia y su medio social.
- *Etapa aplicativa o práctica-profesional:* El pensamiento del paciente así mismo tiene varias fases en su relación con el profesional de la salud:

1. **Antes de la relación:** Es entendible que toda relación “a priori” (independientemente de la experiencia) parte de un deseo apoyado en imágenes subjetivas, de lo que cada uno en su papel o posición (paciente y odontólogo) quisiera corresponder al otro y como debiera ser, así incluimos aspectos como los biológicos, económicos, educativos, de edad, físicos, morales, sexuales, religiosos, políticos, etc.

Es objetivo notar que existe una inquietud mental preparatoria a toda relación entre seres de la misma especie, que se basa en la experiencia previa. En este caso el paciente desea un odontólogo para él, y no sólo ser un paciente más de su dentista. (19)

2. **Inicio de la relación:**

a) *La primera fase* de esa relación es la mirada. La mirada del paciente es una mirada de petición. La mirada del profesional de la salud es envolvente, busca reconocer síntomas, debilidades, mensajes en el paciente. Es importante que al futuro odontólogo, al que se le enseña a percutir, auscultar, se le enseña a mirar al paciente con un sentido humano personal. A través de ese primer contacto el profesional de la salud debe proyectar su profundo calor humano y su interés personal por ese paciente. Así va a generar la confianza hacia él, tan importante para el resultado favorable del tratamiento. Son factores importantes para inspirar confianza, la apariencia personal, la seguridad con que actúa, la franqueza y honestidad con que se expresa.

Además de mirarse, el profesional de la salud y el paciente hablan entre sí. El paciente habla de sí mismo, explica lo que siente en su mundo, en su cuerpo, en su intimidad. Es interprete y testigo de lo que le aqueja.

b) *En la Segunda fase* el profesional de la salud, en cambio no habla de sí mismo, sino del paciente y de su enfermedad. Interroga, anima, orienta, invita (en vez de ordenar) y calla para escuchar. El arte de hablar al paciente es algo que también el profesional de la salud debe de aprender.

c) *En una tercera fase* el odontólogo pone sus manos sobre el cuerpo del paciente: percute y palpa, toca al enfermo no solamente para percibir anomalías sino también para comunicarle apoyo y compañía. (17)

3. **Durante la relación:** En este momento la relación está establecida, pero es indispensable mantenerla y conservarla. El paciente fundamenta sus actitudes en relación con la evolución de su padecimiento, siendo más estable, cuanto mejor se sienta en su enfermedad y el conocimiento científico y moral del dentista. El profesional de la salud entiende que entre más claro y real sea lo que diga, mejor hará sentir al paciente e incluso facilitará la aceptación de procedimientos y terapéuticas dentales. En esta fase es donde el ingreso y participación familiar enmarca la relación, primero como conocimiento profesional y segundo como coparticipación familiar.

4. **Después de la relación:** Para comprenderlo mejor, resulta indispensable dividir en lo que significa para el paciente y lo que es significativo para el profesional de la salud, de la siguiente forma:

- **Positividad para el paciente:** Significa el haber logrado y obtenido lo que buscaba con el profesional de la salud, desde un aspecto como ser humano, dignificado por la actitud médica y restablecido de la patología que originó la relación.
- **Positividad para el profesional de la salud:** El hecho de saber y conocer que su conocimiento y experiencia han logrado establecer una relación con quien no conocía, partiendo de una apertura en confianza profesional y posteriormente ética hacia el paciente, estableciendo un compromiso moral de ida y vuelta, sin menos cabo de su persona o profesión.
- **Negatividad para el paciente:** En la situación de observar limitantes del profesional de la salud en sus ofrecimientos terapéuticos, quizás por dudas diagnósticas no descartadas, exceso de confianza, falta de experiencia, desinterés en sus valores personales, presiones terapéuticas, etc.
- **Negatividad para el profesional de la salud:** Considerar que sólo lo que ha otorgado como terapéutica es suficiente, no esperando más nada del paciente que sólo confirmación y aceptación a sus procedimientos, ignorando la opinión del paciente y sus valores. (19)

En otros tiempos la relación odontólogo-paciente pudo considerarse como de dos personas, en la actualidad esta relación tiene ramificaciones multidireccionales, tanto por las personas implicadas como la familia, equipo de dentistas y personal de salud, autoridades sanitarias, compañías de seguros, comisiones éticas, abogados y jueces, como por los valores e intereses en juego. (15)

Ahora bien, existen casos de pacientes no competentes en que es invariable e invaluable la participación familiar, para el manejo de procedimientos que no alteren la ética médica ni pueda dañar al enfermo, incrementando el conflicto moral de la relación. El conflicto se incrementa cuando la experiencia educativa no nos dice como actuar y tratar al núcleo familiar. También debemos saber que la evolución de ésta relación conlleva a dos situaciones de índole físico-moral: el restablecimiento de la salud y la complicación de la enfermedad. (19)

d. Clases de relación

La relación es *directa* cuando se hace entre el profesional de la salud y el paciente sin ningún intermediario; el enfermo solicita ser atendido por su odontólogo y éste acepta.

La relación es *indirecta* cuando entre ambos está de por medio una institución. Este tipo de relación tiene el peligro de destruir el factor humano necesario para una buena práctica dental porque el odontólogo no siente responsabilidad frente el paciente sino que se escuda en la institución. A su vez el paciente sólo ve en el odontólogo el funcionario que lo atiende por una obligación contractual.

La relación puede ser también de dos clases si se tiene en cuenta la voluntad de las partes. Si ambas partes quieren la relación será voluntaria. Cuando la relación se hace a través de un tutor o persona responsable se plantean problemas éticos pues éste puede no buscar el bien del paciente. En estos casos el odontólogo tiene la obligación de proteger los derechos del paciente recurriendo aún a la ley.

El paciente y su dentista son libres de iniciar, continuar y terminar cada etapa de la atención odontológica.

Existe otra clase de relación: la obligatoria por parte del odontólogo o del paciente. El odontólogo tiene obligación ética de atender a un paciente en caso de accidente, urgencia o desastre, y no puede rehusar prestar sus servicios lo mismo cuando no haya otro odontólogo. Por su lado el paciente tiene la obligación de aceptar al odontólogo que se le asigne dentro de una institución. No puede decirse que en las circunstancias en donde el paciente no escoge a su odontólogo se da siempre una mala relación; esto depende de los valores humanos del profesional. En la búsqueda de una mejor relación debe estar presente la confianza ya que sin ella no puede desarrollarse una práctica dental satisfactoria. (14)

e. Conflictos en la relación

- *El primero* es cuando el dentista quiere lograr de su paciente ganancias deshonestas.
- *La segunda clase* de conflicto surge con la familia del paciente. A veces los intereses familiares se vuelven contra los derechos del paciente y aquí es cuando el odontólogo debe defenderlos.
- *La tercera clase* se da cuando en la relación intervienen terceros. Estos conflictos son frecuentes cuando la medicina es dada por el Estado y éste fija normas de atención las cuáles a veces no son beneficiosas para los pacientes.
- *La cuarta clase* de conflicto es la surgida entre el odontólogo y la sociedad. Como es el caso de reportar las enfermedades venéreas. (14)

f. Rompimiento de la relación

La relación puede romperse por voluntad del paciente y/o por voluntad del dentista. El paciente tiene derecho y libertad de terminar la relación en cualquier momento o etapa de ésta. El dentista a su vez puede romper la relación por varias causas:

- Falta de colaboración del paciente y/o de la familia.
- Incompatibilidad moral entre el odontólogo y su paciente.
- Imposibilidad física de atender los pacientes por falta de tiempo.
- La falta de recursos económicos puede también justificar el terminar la relación.
- Interferencia con otros colegas.
- Por incapacidad científica.
- Falta del paciente a sus deberes. (14)

g. Problemas actuales de la relación

Actualmente es muy deficiente el modo en como perciben los pacientes a su dentista.

La relación odontólogo-paciente, guiada éticamente y que permitió a la profesión odontológica que centrara su vocación humanista y creciente responsabilidad frente al derecho a la salud y vida para todos está expuesta a negativos cambios alarmantes, cuando se desprecia la dignidad de la persona y se descuida el respeto a su libertad y autonomía.

(11)

Podemos decir los odontólogos que estamos haciendo las cosas mejor pero que los pacientes se sienten peor. El público cree que los dentistas tienen un alto nivel de competencia técnica pero les falta muchas veces calor humano e interés por el paciente como individuo.

Aquella relación tradicional, que ha buscado el bien del paciente, por encima de todo otro interés, ya fuera el científico y con mayor razón el económico, ejercida con honradez, confidencialidad y capacidad eficiente, al lado del humanitarismo más sincero, deriva hoy hacia una relación comercial, cada vez menos individualizada.

El deterioro de la relación puede explicarse aunque no justificarse, por múltiples factores. La transformación rápida de la tecnología médica y la fragmentación de la atención obligan a que un paciente deba ser atendido por muchas personas. Cada día el Estado toma parte de la prestación de los servicios, lesionando en ocasiones la autonomía y autoridad que el profesional debe tener frente al paciente.

El aumento de los costos también ha influido, el público acepta que el profesional obtenga ganancias económicas pero rechaza cuando percibe que éstas no son razonables o se constituyen en la razón principal del acto odontológico.

Si queremos que los pacientes tengan fe en los odontólogos debemos cuidar no sólo que la atención sea de buena calidad sino que la actitud del profesional frente al enfermo sea bondadosa y humana. (14)

h. El uso de la tecnología en la relación

La relación odontólogo-paciente es también una relación instrumental. El instrumento técnico es hoy un cauce imprescindible en esa comunicación, pero no puede ni debe serlo todo. Y sin embargo son muchos los pacientes que se entregan con mayor confianza a los odontólogos que disponen de muchos "aparatos". Los instrumentos técnicos son importantes, pero no deben tomarse ni convertirse en recursos mágicos. (17)

Ante una odontología tecnologizada muchos pacientes se creen percibidos y tratados como objetos fragmentales en sus partes y evaluados cuantitativamente a modo mecanicista. La presencia del profesional que se considera científico-técnico, en su objetividad, pierde esa empatía, esa cálida cercanía y entendimiento compasivo que tanto necesita el paciente en su vulnerabilidad e inseguridad físicas-psíquicas y existenciales. (18)

Hay quien piensa que el uso de la tecnología, al reducir los tiempos de diagnóstico y hacerlo más penetrante y seguro, permitirá al odontólogo contar con más tiempo disponible para la relación con el paciente. La calidad de la vida identificada con la salud, constituye la mejor finalidad médica pero tal parece que la alta tecnología, reduce el juicio y ética de sus acciones. Se da la apariencia de que el odontólogo y su paciente recorrieran el mismo camino, pero en forma independiente, separados por sofisticados y costosos equipos de alta tecnología que les impiden establecer la equidad en su comunicación (comienza entonces la pendiente de la deshumanización de los profesionales de la salud). (11)

La invención de un instrumento no ha modificado sólo las condiciones de ejecución del trabajo, sino que ha acabado por inducir una cultura refleja, provocando una mentalidad y una cultura diferentes.

En materia de tecnología hay una ley de circularidad: el hombre cambia el medio técnico; pero el odontólogo técnico cambia también al hombre.

Con respecto a lo anterior también es necesario aclarar que el uso de tecnología odontológica cada vez más sofisticada y que favorece al paciente, de ninguna manera es condenable, siempre y cuando no se abuse de ella, so pretexto de ayuda al enfermo, promoviendo más bien el mercantilismo y el lucro desmedido a costa de los pacientes; pues

esto degrada la odontología y el comodismo, permite que nos alejemos de los parámetros habituales de diagnóstico como son la historia clínica y la exploración física, exigiendo a la tecnología que ante el más mínimo esfuerzo, nos lleve al diagnóstico y nos marque la pauta a seguir, escondiendo nuestra incapacidad clínica. (15)

La práctica odontológica en México aún no ha sufrido tanto éste fenómeno, nuestro trato con los pacientes todavía es muy cercano. Este no es el caso de los países desarrollados, donde la tecnología avanza cada día más y es mayor el alcance a esta. Ejemplos: computadoras que diagnostican el estado buco-dental de los pacientes, unidades dentales digitales equipadas para brindar mayor comodidad a los pacientes, etc.

2. MODELOS DE RELACIÓN

a. Paternalista

La relación es paternalista cuando el odontólogo es quien toma las determinaciones a favor del paciente, sin tener presente su consentimiento, o porque sea el propio paciente quien le da toda la libertad de elección a su doctor.

El factor principal para llevar a cabo esta relación es la confianza que exista entre el odontólogo y su paciente. (14)

Esta ha sido la relación más común en la historia de la medicina y casi la única hasta principios de este siglo. El médico hablaba, ordenaba y el paciente obedecía. Basada en la legislación como norma ética del Juramento Hipocrático. (Hipócrates, 406-370 a.C.). El cual dice lo siguiente:

“Juro por Apolo médico, por Asclepio y por Higía, por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que cumpliré, en la medida de mis posibilidades y de mi criterio, el juramento y compromisos siguientes:

Considerar a mi maestro en medicina como si fuera mi padre; compartir con él mis bienes y, si llega el caso, ayudarle en sus necesidades, tener a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación ni compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas orales y demás doctrinas, así como a los de mi maestro, y a los discípulos comprometidos y que han protestado juramento según la ley médica, pero a nadie más.

Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la

medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerme de toda maldad y daño.

No administrar a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomar la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Así mismo, no recetar a una mujer un pesario abortivo; si no por el contrario, vivir y practicar mi arte de forma santa y pura. No castrar ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, si no que los dejare en manos de quienes se ocupan de estas prácticas.

Al visitar una casa, entrar en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de los daños voluntarios y de actos perversos, en especial de todo intento de seducir a muchachos o a mujeres ya sean libres o esclavos.

Callar todo cuanto vea y oiga, dentro y fuera de mi actuación profesional, que se refiere a la intimidación humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto.

Si cumplo este juramento sin faltar a él, que se me conceda gozar de la vida y de mi actividad profesional rodeado de la consideración de todos los hombres hasta el último día de mi vida; pero si lo violo y juro en falso, que me ocurra todo lo contrario". (1)

El juramento antes mencionado ha servido como base sobre todo de la relación paternalista, esto se debe principalmente a la importancia que se le da a la recuperación de los pacientes, tomando siempre en cuenta las decisiones adecuadas por parte del odontólogo y admitiendo el compromiso con el mayor interés posible a favor del paciente.

Así como el actuar en cada caso con profesionalismo, responsabilidad y respeto.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Algunas veces el paciente rehúsa aceptar una conducta o procedimiento pero el odontólogo, so pretexto de actuar a favor del paciente, obra a pesar de la inconformidad de la persona que recibe el tratamiento. Otras veces, el paciente no es capaz de tomar decisiones odontológicas por su ignorancia u otros motivos y el dentista, es quien determina las conductas sin plantear las diversas opciones con que se cuenta, siendo el profesional de la salud quien se aprovecha de esto en su beneficio.

La relación paternalista presenta la característica de no tener en cuenta el criterio del paciente. Si el paciente no toma parte activa del tratamiento y no se consideran sus valores al realizarlo, el odontólogo no podrá actuar en beneficio. Este modelo puede violar los derechos de los pacientes al no considerarlos como personas pensantes.

Los que apoyan este modelo, alegan que el enfermo no puede opinar por su ignorancia en medicina, pero el integrante del área de la salud, tiene la obligación de explicar a sus pacientes todo aquello que les ayude a entender de una manera sencilla y breve la causa de su enfermedad, los posibles tratamientos, sus indicaciones y las ventajas y desventajas que se presentan. De esta manera es muy posible que los pacientes puedan participar en la toma de decisiones de una forma más consciente y responsable.

b. Autónoma (Mecánica)

Este modelo de relación se presenta cuando el paciente es quien toma todas las decisiones y el odontólogo se convierte sólo en un espectador. Este modelo surgió cuando el paciente se consideró como un usuario, un cliente que estaba comprando un servicio, en este caso el de la atención dental.

Teóricamente la relación autónoma parece clara y convincente, no así su práctica. El enfermo, por su patología, puede perder la autonomía y la medicina trata precisamente de restablecérsele. La autonomía necesita que el sujeto sea competente, independiente, tenga libertad de acción y conocimiento para que sus motivaciones al actuar sean auténticas. Esta capacidad es interferida, la mayoría de las veces, por el proceso del dolor. Cuando los pacientes llegan al lugar donde van a ser atendidos, ya sea en las clínicas de la Facultad de Odontología, o en el consultorio dental. Su autonomía puede verse afectada por el aspecto dolor (sensación molesta causada por diversos factores que se presenta en alguna parte del cuerpo), que se convierte en una limitante de la libertad del paciente.

Cuando el paciente llega con alguna molestia, este dolor físico le impide muchas veces ejercer su autonomía, pues lo único que busca en esos momentos es ver resuelto su problema y eliminar su sufrimiento. Por ejemplo, cuando un paciente pide que se le realice una extracción, la cual muchas veces es innecesaria. Los derechos del enfermo no siempre priman frente al bien que se trata de darle.

c. Compartida o Responsable

Es aquel modelo de relación en la cual las dos partes asumen la responsabilidad y deciden teniendo conocimiento y libertad para hacerlo.

Es una relación madura que requiere del odontólogo un criterio bien formado para buscar sólo el beneficio del paciente compaginando esto con sus condiciones individuales. El odontólogo al establecer una relación responsable con su paciente acepta la vulnerabilidad por su condición de enfermo. (14)

El odontólogo tiene la obligación de informar al paciente sobre las diferentes opciones que existen para rehabilitar su estado buco-dental.

Así mismo, el paciente teniendo conocimiento de lo anterior elegirá junto con su dentista el tratamiento que más se adapte tanto a sus necesidades económicas, clínicas, funcionales, estéticas, sociales, culturales, etc. Esta relación también requiere de confianza y respeto mutuo.

d. Institucional

Es aquella en la que el paciente ve en el odontólogo al funcionario que lo atiende cumpliendo un compromiso contractual. Dentro de esta relación el paciente debe contar con una ficha o un número en un carnet para poder ser atendido.

En la mayoría de las instituciones de carácter oficial y semioficial encargadas de brindar atención en el área de la salud buco-dental, muchas veces no llega a existir una relación odontólogo-paciente bien establecida, debido a que los integrantes del área de la salud que prestan sus servicios no disponen del tiempo suficiente para hacerlo, así como el paciente no goza de la libertad para elegir a su odontólogo, olvidando que la comunicación, es uno de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos, no reemplazados por ningún aparato. Lo que se traduce la mayoría de las veces en crear en el paciente una mala impresión y una mala imagen sobre el servicio que es brindado por dichas instituciones.

Cuando el paciente requiere atención, le asiste el derecho a que se le suministre, de manera confidencial, toda la información sobre este proceso, con veracidad y claridad. Cuando se trata de la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, simples o que conlleven algún riesgo, tiene el derecho a conocer el nombre y la experiencia de quien se los va a ejecutar.

Tocando este punto conviene llamar la atención sobre la gran responsabilidad que cabe a las escuelas y en nuestro caso en particular a la Facultad de Odontología en esto de los derechos de los pacientes, pues las prácticas clínicas suelen hacerse en instalaciones (clínicas dentales dentro de la Facultad de Odontología, así como clínicas periféricas) destinadas a la enseñanza y a brindar atención pública y es precisamente en ellas donde con más frecuencia se olvida que los pacientes también tienen derecho a ser respetados.

Dentro de las instalaciones universitarias el paciente es un objeto de estudio que es interrogado detenidamente y examinado por los estudiantes, con la finalidad de obtener sólo beneficios profesionales que lleven al estudiante a obtener una excelente formación académica. (20)

En la Facultad de Odontología debido a la gran demanda de pacientes que se presentan diariamente, pueden llegar a darse diversas situaciones desagradables que pueden llegar a afectar a los pacientes o a los alumnos. Nos hemos enfrentado muchas veces con la problemática de tener que atender a una gran cantidad de pacientes en horarios que resultan insuficientes, ocasionando por tal motivo que no se brinde una atención adecuada a muchos de ellos.

Otro factor importante que debemos mencionar es la exigencia académica por algunos de los docentes que piden excesos de trabajos que a veces el alumno no puede cubrir viéndose obligado algunas veces a realizar tratamientos que el paciente no necesita (extracciones o endodoncias no indicadas). Sabemos que la práctica es un factor indispensable para nuestra formación profesional pero no debe verse descuidada la calidad.

Estos y otros factores influyen notablemente en la relación odontólogo-paciente, que es base de nuestra profesión.

3. DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

Durante siglos, en la medicina era impensable hablar de derechos del enfermo en los planos moral o jurídico. No se podían plantear reclamaciones ante las autoridades civiles o judiciales sino en casos muy contados, no existía un contrato médico-paciente como tal; únicamente a través de la afirmación de los deberes del médico existía un reconocimiento en la sombra, de que al paciente se le debían ciertas exigencias y se le concedían escasas prerrogativas.

En el derecho a la salud más elemental y el contexto social general de la segunda parte del siglo XX, con los movimientos de derechos civiles, de las minorías étnicas y de los consumidores, han ayudado a sensibilizar este terreno; ayudados por el despertar educativo de la población en materia de salud que ha transformado los deseos en exigencias, fomentado a su vez por los elevados costos de la medicina, la investigación científica y desafortunadamente los casos de negligencia médica, han resultado en una serie de actitudes hacia los derechos del paciente.

En relación con los derechos en materia de salud, se ha de distinguir entre el ideal recogido en las declaraciones y su real implementación práctica: pues es necesario diferenciarlos de los laborales, medir el riesgo de crear expectativas excesivas o irreales, valorar los peligros para la relación odontólogo-paciente, hacer notar el eventual oscurecimiento de la idea de que el primer responsable de la salud es el propio enfermo y por último estimar la posibilidad de llegar a una mala medicina por exceso en detrimento del mismo paciente.

Los derechos del enfermo se basan en un respeto a su figura como persona y en una valoración de la vida humana y de su dignidad.

Entre otros el paciente tiene derecho: a conocer a su odontólogo y su disponibilidad, a los mejores y más adecuados cuidados, a ser informado en lo concierne a su enfermedad, a su libertad de elección o de rechazo a los planteamientos odontológicos, a la privacidad y confidencialidad, a la responsabilidad y capacidad profesional del odontólogo, a la continuidad en la terapéutica, al respeto para sus creencias o convicciones, etc. (15)

Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad. El odontólogo debe esforzarse en facilitárselas con las palabras más adecuadas para que el paciente realmente entienda lo que se le está diciendo. El paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento que se realizará en su boca, así como el presupuesto previamente a la realización de cualquier trabajo. También cuando estamos efectuando lo anterior hay que presentar y orientar al paciente en los diversos materiales de uso odontológico, mostrándole las ventajas y desventajas, así como las indicaciones y las posibles contraindicaciones de cada uno. (1)

El paciente necesita la información adecuada y completa, para entender su situación clínica y tomar decisiones.

La información de su odontólogo debe resolver las dudas del paciente y permitir que ejerza su libertad con responsabilidad, así también se debe aceptar cualquier consulta con otro colega no debiendo negarse ni tomar algún tipo de represalias, si el paciente o sus familiares así lo piden.

Las segundas opiniones bien manejadas, deben de promoverse, pues serán positivas, al convencer al paciente de que su odontólogo está actuando a favor de la restitución de su salud.

Si el consultante coincide con la opinión original, así debe manifestarlo y retirarse del caso; si no está de acuerdo o descubre un error, debe plantearlo al odontólogo tratante, antes que al paciente, haciéndole ver el desacuerdo e insinuando su recomendación. Cuando dos o más odontólogos se ven involucrados en el diagnóstico y tratamiento de un paciente es necesario que uno sea el responsable y los otros sus consultantes, siempre en bien del paciente.

El paciente tiene derecho a conocer la razón de los honorarios y asegurarse de que no son desproporcionados al servicio brindado.

Estos derechos van lógicamente asociados a una serie de deberes para con su odontólogo y el personal de salud como colaborar en la consecución de su diagnóstico y tratamiento, respetar y valorar la opinión de él o los odontólogos a su servicio, aceptar el contrato de prestación de servicios, responsabilizarse de seguir las indicaciones respecto a su enfermedad, informar al odontólogo acerca de su deseo de involucrar a otros odontólogos con su opinión, a aceptar que la enfermedad tiene un curso y que será dado de alta cuando sea el tiempo adecuado y sobre todo aceptar la eventualidad de que su relación con su odontólogo puede no llegar a un estado de salud completo por más eficaz que sea éste. (15)

Obligaciones civiles del paciente:

- Pagar los honorarios atendiendo a la importancia del servicio, la costumbre del lugar, sus posibilidades económicas y la reputación profesional del odontólogo.
- Pagar las expensas, es decir, los gastos del odontólogo (insumos, personal, etc.).
- Pagar en el plazo convenido. (16)

4. DEBERES DEL ODONTÓLOGO

a. Deberes del odontólogo para sí mismo

- Los odontólogos y el resto del personal de salud deben cuidar y tratar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin distinciones de raza, religión, ideas políticas, condición social, nacionalidad o cualquier otra circunstancia personal o social.
- Cualquier acto que pueda denigrar el honor o la dignidad del ejercicio de nuestra profesión (mentira, engaño, abuso) y por lo tanto al de nosotros mismos, deberá ser suprimido de la práctica profesional.
- La práctica de los odontólogos debe regir su actividad según las normas morales de justicia, honradez, lealtad, igualdad, integridad, etc.
- Desde el punto de vista intelectual, la preparación y la competencia científicas abarcan, en nuestro caso, no sólo los conocimientos teóricos, sino también haber adquirido destrezas práctico-clínicas.
- Toda la formación del profesionista y del estudiante en las aulas y las clínicas consiste en la constante práctica y actualización científica. El desarrollo de todas estas capacidades, habilidades técnicas y actitud de servicio sirven a quien acude a nosotros en busca de servicios profesionales. Esta constante preparación debe de incluir asistir a cursos reconocidos de actualización de conocimientos y técnicas, bien sea en congresos, simposios, seminarios u otros.
- Actualmente, debido al extraordinario desarrollo de las profesiones y a su extensión, se ha hecho indispensable la especialización. No debemos de atender a un paciente en el caso que requiera de conocimientos especializados que salgan de nuestra competencia.

Así debemos reconocerlo y aceptarlo ante nosotros mismos. Tenemos que aprender a derivar pacientes a las especialidades respectivas o a donde nosotros consideremos necesario para su mejor atención.

- No se deberá hacer mención de una especialidad, título académico o profesional que no se posea. Estas menciones no se podrán hacer ni en la puerta del consultorio, ni en mimbres del recetario, ni en el directorio telefónico, ni en tarjetas de presentación u otros.
- Un deber profesional para con nosotros mismos y para con las personas que acuden a nosotros, es la constancia, la perseverancia, esa forma tenaz de salvar los obstáculos y de no abandonar un caso hasta dejarlo concluido con la completa satisfacción tanto de nosotros mismos como del paciente. Cuando el odontólogo acepta atender a una persona, se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios.
- Es responsabilidad guardar una pulcritud extrema en nuestra persona, tanto en la higiene corporal como en la limpieza de la vestimenta, procurando que ésta sea adecuada para nuestra profesión y nos represente como odontólogos, ya sea con bata blanca, filipina, etc.
- Es un deber por cuidado de nuestra salud y protección de nuestra vida, así también con las personas de nuestra familia, el protegerse contra enfermedades transmisibles como pueden ser la tuberculosis, VIH, la hepatitis, entre otras. Es recomendable usar cubrebocas, guantes, bata, y todo lo que nos proteja contra ese tipo de enfermedades transmisibles. (1)

b. Deberes del odontólogo con el paciente

- No se debe ver al paciente como un objeto, sino como a una persona e intentar que nuestra comunicación con él sea cercana. Asegurarnos de que lo que le estamos explicando quede perfectamente entendido; para ello, tratar, una vez que nosotros terminemos de darle la explicación, de que él con su lenguaje nos ratifique lo que intentamos decirle. (1)
- El odontólogo tiene la obligación de atender a sus pacientes dentro de su horario de consulta. Es importante que el odontólogo respete esos horarios y sea puntual en las citas. No hay nada más desalentador para un paciente que la interminable espera en el consultorio.(15)
- Hay que tener cuidado para que el paciente sienta que se le está dando toda la atención y el tiempo suficiente desde que se le recibe en el consultorio hasta que se le despide. Si es posible, tener un asistente dental para que nos auxilie en la recepción de otro paciente que acuda fuera de su cita programada, en la atención de llamadas telefónicas, o cualquier otro distractor que nos aleje de la atención del paciente. Cuidar de igual manera que no tengamos “visitas” dentro del consultorio, así como nuestras llamadas telefónicas no se prolonguen mientras estamos trabajando con el paciente.
- No se debe engañar al paciente aprovechándose de su ignorancia o poco conocimiento en el área acerca de la calidad de los materiales que estamos empleando con ello, e intercambiar el material mas costoso que nosotros presupuestamos por otro menos costoso.

- En la atención que prestemos a pacientes con deficiencias cerebrales debemos esmerarnos y tratarlos con todo el amor y práctica de nuestros conocimientos que merecen estos seres humanos.
- La actitud del odontólogo hacia los grandes laboratorios fabricantes de materiales dentales debe ser cautelosa. Es deber de nosotros investigar, preguntar fuera de estas grandes industrias la calidad y beneficios reales de sus productos.
- En las compras que realicemos en el depósito dental, saber pedir lo que realmente deseamos como material y no por apatía o pereza dejar que sean los empleados del depósito los que nos vendan lo que tienen en ese momento en existencia.
- Todo el instrumental odontológico de introducción deberá ser de buena calidad, y estar en óptimas condiciones para realizar el trabajo para el que está diseñado.
- Tener un estricto control de infecciones utilizando todas las medidas sanitarias requeridas para la protección de los pacientes; por lo tanto, este instrumental metálico y no metálico deberá ser perfectamente esterilizado, bajo las normas estipuladas, dependiendo del método a utilizar. El paciente está confiando plenamente en que nosotros así lo hagamos.
- Eliminar una vez utilizado todo el material desechable (eyectores, guantes, vasos, baberos, agujas, etc.).
- Como odontólogos en la práctica de nuestra profesión debemos buscar el correcto control del dolor para producir el menor posible por todos los medios que creamos beneficioso para el tratamiento que en esos momentos le estemos realizando al paciente. Aunque para esto tengamos que emplear más tiempo, más paciencia, y más esfuerzo de nuestra parte.

- Si cometemos iatrogenia, ya sea por descuido, ignorancia o por accidente, lo menos que podemos hacer, en justicia para nuestros pacientes, es que el producto de este error a él no le cueste, al menos en el aspecto económico.
- El consultorio o clínica es el lugar donde los odontólogos realizamos nuestra profesión, recibimos a los pacientes y los atendemos. Las instalaciones deben ser adecuadas a la dignidad profesional y acordes con el respeto debido al paciente.
- Se debe estar capacitado y tener el equipo y los medicamentos necesarios para poder resolver una situación de emergencia. Especialmente si se tiene una consulta privada y se trabaja sólo.
- En el trato con los pacientes dentro del consultorio dental habrá que cuidar nuestro lenguaje, hablar apropiadamente; esto nos distingue como profesionales. Así como usar invariablemente una bata o filipina aunque estemos tratando a nuestro mejor amigo o familiar como signo de nuestra profesión, hablar correctamente puede ser también importante.
- Dada la circunstancia de aproximación y contacto físico en el que nos encontramos en el ejercicio de nuestra profesión, debe predominar el respeto más absoluto entre el profesionista y el paciente. Un respeto primero para con nosotros mismos, y aunque el paciente pierda esta dimensión, y no lo considere así, nosotros como odontólogos estamos en nuestro consultorio, ejerciendo nuestra profesión y debemos guardar un comportamiento ético por nosotros mismos y por los pacientes. Debemos ser extremadamente cuidadosos y jamás tratar de aprovechar malintencionadamente este acercamiento físico para algo que vaya más allá del estricto cumplimiento de nuestro trabajo, y esto lo debemos ver como un precepto fundamental de la ética profesional.

- Si contraemos alguna enfermedad (gripa, gastrointestinal, respiratoria, etc.) debemos proteger al paciente, o debemos valorar si en realidad lo podemos atender en ese día o posponer la cita.
- Si por alguna causa el odontólogo a ingerido alcohol o alguna droga debe abstenerse absolutamente de dar atención dental, pues es evidente que podría perjudicar al paciente. Sabemos que tenemos disminuida nuestras capacidades tanto físicas como mentales si estamos bajo estos efectos.
- El respeto es otro de los deberes que nos impone la ética profesional, quien acude en busca de nuestros servicios profesionales, merece un respeto absoluto, tanto desde un punto de vista intelectual como físico, porque la confianza que el paciente ha depositado en nosotros debemos guardarla siempre con secreto profesional, y no comentar con nadie acerca de la vida y estado de nuestros pacientes (secreto profesional).(1)

c. Deberes del odontólogo con los compañeros de profesión

- La confraternidad entre los odontólogos debe ser importante para cada uno de nosotros. Trabajamos para un mismo fin: combatir el dolor, establecer la salud y la función bucal en nuestros pacientes, y con base en esto nos debemos sentir hermanados, sin perder de vista que sobre ella sólo tiene preferencia el interés del paciente.
- El compañerismo que nos obliga al respeto de los que ejercen una profesión similar a la nuestra nos conduce a procurar ser justos en nuestras apreciaciones de sus trabajos y habilidades. Por lo tanto, hay que abstenerse de criticar despreciativamente la actuación profesional de los colegas, tanto dentro de la actividad del diagnóstico como del

tratamiento de un paciente. Si existen diferencias de criterio, ya sean científicas, profesionales o deontológicas, y se está trabajando en equipo, éstas deberán ser solventadas en privado de forma particular, no frente al paciente o familiares.

- Con respecto a los colegas en el ejercicio de la misma, hay que brindar el servicio y atención sin costo al atenderlos en nuestro consultorio. Y si las condiciones de nuestro trabajo lo permiten en el caso de sus familiares directos, considerar la posibilidad de cobrar sólo el material utilizado, así como el laboratorio, pero no nuestro trabajo.
- En caso de que existan interconsultas con especialistas, la atención de estos será exclusivamente para lo que fueron remitidos. Y no sólo del paciente específico sino de sus familiares. Este paciente pertenece por completo a nuestro colega que nos tuvo confianza y no tenemos por qué retenerlo.
- Cuando algún colega nos pida que lo sustituyamos porque está temporalmente impedido ya sea por enfermedad, rehabilitación, estudios o cuestiones personales, el odontólogo que haga la sustitución no debe atraer para sí definitivamente a los pacientes del colega.
- También debemos saber que con el avance de la técnica cada vez mayor de conocimientos se exige la formación de agrupaciones o colegios de profesionistas para ayuda mutua, transmisión de conocimientos y estudio e investigación en conjunto de posibles problemas profesionales. Debemos tratar de pertenecer y participar en estas agrupaciones.

- Si ejercemos la odontología en un equipo interdisciplinario esto no debe dar lugar a excesos de actuaciones médico-odontológicas, como pudieran ser análisis de laboratorio injustificados, consultas con otros especialistas, etc. Así como tampoco la responsabilidad individual del odontólogo desaparece o se diluye por el hecho de trabajar en equipo.
- Debemos tener una total apertura para el trato con el médico especialista en el manejo de determinados pacientes con problemas específicos. Tratar de lograr la comunicación para preguntar si tiene alguna indicación específica al respecto.
- Si se trabaja en un local donde haya varios consultorios con diferentes odontólogos y existen diferencias entre ellos, no se deberán de comentar frente al paciente. Si por alguna circunstancia el paciente después tiene que ser atendido por ese colega podrá verse afectada la relación.
- Las buenas relaciones que se tengan entre compañeros de la profesión se deben de extender a los demás profesionales al servicio de la salud. Es preciso ser cordiales y respetuosos con todo el personal auxiliar con el que convivimos y que nos hace más fácil nuestro trabajo.(1)

d. Deberes del odontólogo con la sociedad

- La actividad profesional deberá estar remunerada en forma justa y de constante equilibrio, es decir, sujeta a honorarios. Es de elemental justicia para quien pide nuestros servicios, que sepa antes de iniciar un trabajo cuanto va a pagar por el y cuanto vale el mismo. Es justo y razonable que el odontólogo busque la retribución económica acorde a sus servicios y a la capacidad de pago del enfermo. Los honorarios que un

odontólogo debe percibir deben tomar en cuenta una cantidad equitativa por los gastos de material, laboratorio, gastos propios del consultorio, etc., así como también el trabajo mismo del profesional. Esto debe ser equilibrado según su propio juicio sin que se eleven exorbitantemente.

- Estos honorarios serán dignos pero no abusivos. Nunca podrán ser compartidos entre los profesionales sin conocimiento del paciente que los está dando. La ética médica reprueba la repartición oculta de honorarios, así como la dicotomía y el pago de comisiones a espaldas del paciente.
- Se debe cuidar de no caer en el mercantilismo. Así llamamos a la actitud profesional de quien se mueve exclusivamente por fines de lucro. Los conocimientos y aptitudes del profesional no son cosas que se puedan exhibir y cotizar en el mercado, ni pueden ser sólo objeto de preocupaciones comerciales. Es pésimo profesionalista quien condiciona la eficiencia y competencia de un trabajo o servicio al monto de la retribución; o quien descuida su calidad y eficiencia porque ya se ha comprometido a no cobrar un trabajo.
- Con respecto a los materiales y equipo que se usan en el consultorio dental, el odontólogo debe tener una conciencia ecológica y social. Todos los materiales e instrumental punzocortante deberán protegerse bien y desecharse en contenedores especiales. También todos los desechos del consultorio deberán colocarse en bolsas perfectamente cerradas para evitar la contaminación del medio ambiente. Si se cuenta con aparato de rayos X, éste deberá ser revisado regularmente por personal calificado, para así evitar riesgos ambientales dentro del propio consultorio, como también hacia el exterior.

- En caso de hacernos publicidad, ésta ha de ser veraz y objetiva, de modo que no levante falsas esperanzas, propague conceptos erróneos o sea francamente charlatanería.
- El servicio social que debe prestarse en nuestra profesión antes de recibir el título, no es sólo una práctica única, si no que debe ser una forma de reciprocidad para el bienestar de la comunidad, y ese servicio no debe ser esporádico, sino continuo.
- El ejercicio de una profesión lo mismo se lleva a cabo actuando como particular en consultorio, o en práctica profesional asociada, que como miembro del sector público. Si el odontólogo piensa que en el lugar donde está trabajando no son adecuados los medicamentos o materiales que se utilizan; si cree que se están lesionando los derechos del paciente. o que éste último está siendo engañado, el odontólogo no debe hacerse cómplice de tales situaciones.
- Los odontólogos que trabajan en instituciones del sector salud u otras que presten servicios gratuitos, deben tener en mente que los pacientes que acuden a este tipo de instituciones lo hacen entre otras cosas por necesidad económica, porque son derechohabientes o trabajadores de la institución; debemos tratar de darles la mejor atención posible a nuestro alcance ya que no es correcto abusar de la necesidad de las personas. Están ahí porque no tienen otra posibilidad; hay que brindarles un servicio solícito.
- Los profesionales de la salud tenemos la obligación de dar aviso de una enfermedad contagiosa. El interés de la sociedad nos obliga profesionalmente a denunciar a las autoridades pertinentes o las personas responsables de un posible foco de infección; en cuya situación puede existir un conflicto de intereses, para esto se debe resolver el problema siempre buscando el bien común, el bien del mayor número. (1)

e. Obligaciones civiles del odontólogo

- Prestar sus servicios conforme a los principios de la práctica profesional.
- Respeto al secreto profesional.
- Responder civilmente, mediante el pago de daños y perjuicios en caso de negligencia, impericia o dolo.
- Prestar sus servicios personalmente.
- Avisar al paciente en caso de no poder continuar prestándole sus servicios.
- Cumplir con lo previsto en la Ley General de Salud, sus reglamentos y normas. (16)

f. Principios internacionales de ética para la profesión dental

Estos principios deben ser considerados como directrices para cada odontólogo; dichos principios fueron aprobados por la Asamblea General de la Federación Dental Internacional en Seúl, Corea, en septiembre de 1997, siendo los siguientes:

El Odontólogo:

- Ejercerá de acuerdo con el arte y ciencia de la odontología, así como tomando en cuenta los principios humanísticos.
- Protegerá la salud buco-dental de los pacientes independientemente de su condición individual. La obligación primordial del dentista es la de proteger la salud buco-dental de los pacientes. Sin embargo, el odontólogo tiene el derecho a negarse a tratar a un paciente, salvo en un caso de urgencia, por razones humanitarias o cuando las leyes del país dispongan lo contrario.
- Remitirá para consulta y/o tratamiento a cualquier paciente que requiera un nivel de competencia superior a la propia.

- Debe asegurar la confidencialidad profesional de toda la información concerniente a sus pacientes y a su tratamiento. El odontólogo debe asegurar que el personal a su cargo respete la confidencialidad de los pacientes, salvo cuando las leyes del país dispongan lo contrario.
- Debe aceptar la responsabilidad por, utilizar a los auxiliares dentales estrictamente de acuerdo con la ley. El odontólogo debe aceptar toda la responsabilidad por el tratamiento realizado y ningún tratamiento o servicio debe ser encomendado a una persona que no esté habilitada o legalmente autorizada a llevar a cabo ese procedimiento.
- Debe conducirse éticamente en todos los aspectos de su vida profesional, y adherirse a la legislación profesional pertinente.
- Debe continuar perfeccionando su conocimiento y técnicas profesionales. El odontólogo tiene el deber de mantener al día y actualizar su habilidad profesional, por medio de la educación continua durante toda su vida profesional activa.
- Debe apoyar la promoción de la salud buco-dental, y promover medidas aceptadas para mejorar la atención a los pacientes.
- Debe observar respeto a sus colegas profesionales y a su personal, comportarse con todos los miembros del equipo de salud buco-dental de manera profesional y debe estar dispuesto a ayudar a sus colegas profesionalmente y respetar la diferencia de opinión.
- Debe actuar de manera que realce el prestigio y reputación de la profesión. (21)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como alumnos de odontología al término de nuestros estudios de pre-grado e independientemente de la preparación académica recibida nos percatamos que no existe una idea muy clara sobre los modelos de relación odontólogo-paciente desde el punto de vista ético; el cual incluye entre otros el respeto, los valores humanos, la cordialidad, la paciencia, la comprensión, bondad, honestidad, afecto y la presentación.

•

La poca información existente referente al tema nos da como consecuencia una inadecuada difusión; percatándonos así que la relación odontólogo-paciente se realiza de manera implícita desconociendo de manera real, los modelos de relación médico-paciente existentes y menos aún sus características.

IV. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Planteado el problema, el presente proyecto tiene la finalidad de que los alumnos y odontólogos de práctica privada e institucional, conozcan acerca de la relación médico-paciente, así como los modelos de dicha relación.

•

Es importante dar a conocer al alumno, que además del conocimiento teórico- práctico es necesario aumentar la calidad de los aspectos éticos en nuestra práctica diaria para llevar a cabo una completa atención profesional.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como alumnos de odontología al término de nuestros estudios de pre-grado e independientemente de la preparación académica recibida nos percatamos que no existe una idea muy clara sobre los modelos de relación odontólogo-paciente desde el punto de vista ético; el cual incluye entre otros el respeto, los valores humanos, la cordialidad, la paciencia, la comprensión, bondad, honestidad, afecto y la presentación.

•

La poca información existente referente al tema nos da como consecuencia una inadecuada difusión; percatándonos así que la relación odontólogo-paciente se realiza de manera implícita desconociendo de manera real, los modelos de relación médico-paciente existentes y menos aún sus características.

IV. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Planteado el problema, el presente proyecto tiene la finalidad de que los alumnos y odontólogos de práctica privada e institucional, conozcan acerca de la relación médico-paciente, así como los modelos de dicha relación.

•

Es importante dar a conocer al alumno, que además del conocimiento teórico- práctico es necesario aumentar la calidad de los aspectos éticos en nuestra práctica diaria para llevar a cabo una completa atención profesional.

Con la investigación realizada se busca obtener datos que nos indiquen el modelo de relación médico-paciente que practican con mayor frecuencia los alumnos de 5° año de la Facultad de Odontología.

Con la finalidad de que los alumnos que cursan la carrera de cirujano dentista, además de conocer que hay un modelo de relación médico-paciente que prevalece, existen otros modelos con los cuales puede llegar a identificarse.

Con las características ya establecidas de dichos modelos, se enfatizará la responsabilidad profesional que tiene el odontólogo con su paciente, así mismo se buscará respetar la dignidad del mismo.

Logrando con esto optimizar la calidad de atención del servicio odontológico que presta la Facultad de Odontología a la comunidad. Así mismo, proyectar dicha calidad dentro de la enseñanza y la práctica privada.

Evitando así que el paciente sea visto dentro de la docencia como un medio académico, creando conciencia de que el paciente es una persona que padece, sufre y que busca en el odontólogo a la persona indicada que le devolverá su salud buco-dental, dándole la debida importancia a los aspectos clínicos, pero no descuidando la calidad humana.

V. HIPÓTESIS

H₁ = “El modelo de relación odontólogo-paciente que prevalece en los alumnos de 5º año de la Facultad de Odontología es el Compartido o Responsable”.

H₀ = “El modelo de relación odontólogo-paciente que no prevalece en los alumnos de 5º año de la Facultad de Odontología es el Compartido o Responsable”.

VI. OBJETIVOS

1. Objetivo General:

Identificar el modelo de relación odontólogo-paciente prevaleciente en los alumnos de 5º año de pre-grado de las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología, en el periodo 00-2, en la ciudad de México.

2. Objetivos Específicos:

- Conocer que modelo de relación odontólogo-paciente se presenta con mayor frecuencia en las clínicas periféricas durante el periodo 00-2, por sexo.
- Conocer cual es el modelo de relación odontólogo-paciente que prevalece durante el periodo 00-2, por turno (matutino y vespertino).
- Comparar los modelos de relación odontólogo-paciente que prevalecen durante el periodo 00-2, entre cada una de las clínicas periféricas cuestionada

VII. RECOLECCIÓN DE DATOS

De 10 clínicas periféricas, con un total de 402 alumnos inscritos en el quinto año durante el ciclo escolar 00-2 en la Facultad de Odontología, se eligieron para el estudio sólo 5 (Venustiano Carranza, Aguilas, Milpa Alta, Aragón y Padierna), en las que se encontraban inscritos un total de 243 alumnos, de los cuales sólo fueron encuestados 224.

Se habló con cada uno de los Jefes de Enseñanza de cada clínica, con la finalidad de obtener la autorización para aplicar los cuestionarios. Posteriormente en cada una de las clínicas se reunió al grupo por turno en un aula cerrada, y se les explicó a la forma de contestar correctamente el cuestionario haciendo hincapié en que sería de manera personal, libre y sin relevancia académica, indicándoles que disponían de 15 minutos para contestarlo. Previamente se realizó una prueba piloto dentro de la Facultad de Odontología, se aplicó el cuestionario a cinco alumnos que se encontraban desarrollando actividad clínica, con la finalidad de estandarizar el tiempo y validar cuestionario.

Se repartieron los cuestionarios, iniciando su llenado a un mismo tiempo, contabilizando los 15 minutos a partir del inicio. Posteriormente se recolectaron, siendo calificados por los encuestadores siguiendo la metodología descrita en el anexo 2.

Es importante señalar que no hubo profesores o representantes de la clínica presentes y que los encuestadores no eran conocidos por los alumnos.

VIII. MATERIAL Y EQUIPO A EMPLEAR

Recursos Humanos:

- 2 Encuestadores (pasantes de Cirujano Dentista).
- 2 Asesores expertos en Deontología.
- 1 Asesor en metodología y estadística.

Recursos Materiales:

- Goma
- Sacapuntas
- Lápices
- Bolígrafos
- Engrapadora
- Hojas Blancas Tamaño carta
- Calculadora
- Computadora (IBM Aptiva Mod. 2144-L43)
- Impresora
- Fotocopiadora
- Disketts de 3 ½
- 300 formatos de cuestionario.

IX. MATERIAL Y MÉTODO

- **Tipo de estudio:** Descriptivo/Transversal.
- **Universo de estudio:** Todos los alumnos que cursan la carrera de cirujano dentista durante el período lectivo 00-2 en la Facultad de Odontología.
- **Tipo de Muestra:** Se obtuvo por un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, consistiendo en alumnos que cursen el 5º año de la carrera de cirujano dentista correspondientes a los grupos de los turnos matutino y vespertino, que se encuentren en las siguientes clínicas periféricas: Las Águilas, Milpa Alta, Padierna, Venustiano Carranza y Aragón.

VARIABLES:

- **Independiente:** Alumno
- **Dependiente:** Modelos de relación médico-paciente.
- **Control:** No. de Cuenta
Alumnos no recursadores.
Alumnos que se encuentren desempeñando actualmente.
Práctica dental privada.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

ALUMNO: Estudiante que se encuentra inscrito en 5° año en cualquiera de las clínicas periféricas estudiadas. Se registrará a través del nombre, empezando por el apellido paterno.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:

PATERNALISTA: Aquella en la que el integrante del área de la salud, toma todas las decisiones del tratamiento a seguir de su paciente, sin tomar en cuenta la opinión del paciente.

AUTÓNOMA: El paciente es el que decide el tratamiento a seguir, mientras que el cirujano dentista es únicamente el medio por el cual consigue sus propósitos, actuando sólo como un espectador.

COMPARTIDA O RESPONSABLE: Tanto el integrante del área de la salud como el paciente deciden el tratamiento a seguir, asumen la responsabilidad y deciden teniendo conocimiento y libertad para hacerlo.

INSTITUCIONAL: Es aquella en la cual el paciente forma parte de una institución a la cual acuden una gran cantidad de personas para ser atendidas a través de una ficha o carnet, sin tener libertad de elegir a su odontólogo y adaptándose a las normas de dicha institución.

NO. DE CUENTA: Número asignado a cada alumno por parte de la Secretaría de Servicios Escolares de la Facultad de Odontología de la UNAM.

ALUMNOS NO RECURSADORES: Alumnos que no se encuentren cursando nuevamente el último año de la carrera de cirujano dentista y específicamente el Seminario de Deontología. La información se obtuvo por interrogatorio directo, registrándose como SI o NO.

PRÁCTICA DENTAL PRIVADA: Que ejerce la profesión de manera particular. La información se obtuvo por interrogatorio directo, registrándose como SI o NO.

SEMINARIO DE DEONTOLOGÍA: Materia contemplada dentro del plan de estudios de la carrera de cirujano dentista de la Facultad de Odontología, consta de un semestre. La información se obtuvo por interrogatorio directo registrándose como SI o NO.

X. MÉTODO DE REGISTRO DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos a partir del cuestionario (anexo 1) fueron vaciados en una base de datos creada con este propósito específico. Se utilizó el programa Visual D-Base, versión 5.5.

Posteriormente la base de datos fue sometida a un análisis estadístico utilizando el programa SPSS, versión 8.0, obteniendo resultados de frecuencias y asociación entre variables a través de X^2 .

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos fueron el resultado de un análisis de frecuencia y del análisis estadístico de X^2 .

XII. RESULTADOS

En la tabla 1, el total de alumnos encuestados fue de 224, de los cuales 153 alumnos corresponden al sexo femenino, lo que representa el 68.3% del total de alumnos; del sexo masculino sólo fueron encuestados 71, lo que representa el 31.7% del total de alumnos.

Tabla 1. Relación de alumnos por sexo.

SEXO	N	%
FEMENINO	153	68.3
MASCULINO	71	31.7
TOTAL	224	100

En la tabla 2 observamos que de 224 alumnos encuestados, 221 correspondieron a alumnos que no se encuentran recursando el Seminario de Deontología, lo cual correspondió al 98.7% del total de alumnos, teniendo así que sólo 3 alumnos se encuentran recursando el Seminario de Deontología, correspondiendo al 1.3% del total de alumnos.

Tabla 2. Relación de alumnos recursadores.

RECURSADORES	N	%
NO	221	98.7
SI	3	1.3
TOTAL	224	100

En la tabla 3 tenemos que de 224 alumnos encuestados, 160 no realizan práctica dental privada, lo que representa el 71.4% del total de alumnos; sólo 64 alumnos sí realizan práctica dental privada, lo que representa el 28.6% del total de alumnos.

Tabla 3. Alumnos que realizan práctica dental privada.

PRÁCTICA DENTAL PRIVADA.	N	%
NO	160	71.4
SI	64	28.6
TOTAL	224	100

En la tabla 4 encontramos una relación de alumnos desde 21 años cumplidos hasta más de 30 años, los cuales se dividieron en 4 intervalos, el primer intervalo corresponde al de 21 años hasta 23 años, de los que 121 alumnos encuestados se encuentran dentro de este grupo, representando el 54.0% del total de alumnos; el segundo intervalo corresponde al de 24 años hasta 26 años, de los que 76 alumnos encuestados se encuentran dentro de este intervalo, representando el 33.9% del total de alumnos; el tercer intervalo corresponde al de 27 años hasta 30 años, 23 alumnos encuestados se encuentran dentro de este intervalo, representando el 10.3% del total de alumnos y el último intervalo corresponde a los alumnos que tienen más de 30 años cumplidos, sólo 4 alumnos se encuentran dentro de este intervalo, representando el 1.8% del total de los alumnos.

Tabla 4. Relación de alumnos por edad cumplida.

EDAD	N	%
DE 21 A 23 AÑOS	121	54.0
DE 24 A 26 AÑOS	76	33.9
DE 27 A 30 AÑOS	23	10.3
DE 30 O MÁS AÑOS	4	1.8
TOTAL	224	100

En la tabla 5 observamos que en la clínica periférica Venustiano Carranza se encuestaron 29 alumnos que representan el 12.9% del total de alumnos encuestados; de la clínica periférica Águilas se encuestaron a 58 alumnos que representan el 25.9% del total de alumnos encuestados; de la clínica periférica Milpa Alta se encuestaron a 32 alumnos que representan el 14.3% del total de alumnos encuestados; de la clínica periférica Aragón se encuestaron a 49 alumnos que representan el 21.9% del total de alumnos encuestados, y en la clínica periférica Padierna se encuestaron a 56 alumnos que representan el 25.0% del total de alumnos encuestados.

Tabla5. Alumnos encuestados por clínica periférica.

CLINICA PERIFÉRICA	N	%
VENUSTIANO CARRANZA	29	12.9
AGUILAS	58	25.9
MILPA ALTA	32	14.3
ARAGÓN	49	21.9
PADIERNA	56	25.0
TOTAL	224	100

En la tabla 6 tenemos que 127 alumnos cursan el turno matutino, y representan el 56.7% del total de alumnos; en el turno vespertino 97 alumnos fueron encuestados, representando el 43.3% del total de alumnos.

Tabla 6. Alumnos encuestados por turno.

TURNO	N	%
MATUTINO	127	56.7
VESPERTINO	97	43.3
TOTAL	224	100

En la tabla 7 observamos que en la clínica periférica Venustiano Carranza de 29 alumnos encuestados, 16 alumnos (55.2%) pertenecen al turno matutino, y 13 alumnos (44.8%) pertenecen al turno vespertino; en la clínica periférica Águilas, de 58 alumnos encuestados, 29 alumnos (50%) pertenecen al turno matutino, y 29 alumnos (50%) pertenecen al turno vespertino; en la clínica periférica Milpa Alta, de 32 alumnos encuestados, 16 alumnos (50%) pertenecen al turno matutino, y 16 alumnos (50%) pertenecen al turno vespertino; de la clínica periférica Aragón, de 49 alumnos encuestados, 30 alumnos (61.2%) pertenecen al turno matutino, y 19 alumnos (38.8%) pertenecen al turno vespertino; de la clínica periférica Padierna, de 56 alumnos encuestados, 36 alumnos (64.3%) pertenecen al turno matutino, y 20 alumnos (35.7%) pertenecen al turno vespertino; obteniendo así que 127 alumnos cursan el turno matutino y 97 alumnos cursan el turno vespertino.

Tabla 7. Alumnos encuestados por clínica periférica y por turno.

CLINICA PERIFÉRCA	MATUTINO		VESPERTINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
VENUSTIANO CARRANZA	16	55.2	13	44.8	29	100
AGUILAS	29	50.0	29	50.0	58	100
MILPA ALTA	16	50.0	16	50.0	32	100
ARAGON	30	61.2	19	38.8	49	100
PADIERNA	36	64.3	20	35.7	56	100
TOTAL	127	56.7	97	43.3	224	100

Se observa en la tabla 8 que en el intervalo de 21 a 23 años de edad en la clínica Venustiano Carranza existen 21 alumnos que forman el 72.4%, en la clínica Aguilas encontramos 26 alumnos formando el 44.8%, en Milpa Alta 18 alumnos que forman el 56.3%, en Aragón 25 alumnos dando el 51.0%. en Padierna 31 alumnos originando el 55.4% haciendo un total de 121 alumnos y un porcentaje del 54.0%

En el intervalo de 24 a 26 años, en Venustiano Carranza se encontraron 5 alumnos dando el 17.2%, en Aguilas 22 alumnos que forman el 37.9%, en Milpa alta 10 alumnos formando el 31.3%, en Aragón 19 alumnos con un porcentaje de 38.8%, en Padierna 20 alumnos formando el 35.7%, haciendo un total de 76 alumnos y un porcentaje de 33.9%

Dentro del intervalo de 27 a 30 años, En Venustiano Carranza, tenemos 2 alumnos originando el 6.9%, en Aguilas 7 alumnos formando el 12.1%, en Milpa Alta 4 alumnos con un 12.5%, en Aragón 5 Alumnos formando el 10.2%, en Padierna 5 alumnos que forman el 8.9%, haciendo un total de 23 alumnos y un porcentaje de 10.3%

En el ultimo intervalo de 30 a más años, en Venustiano Carranza, existe 1 alumno dando el 3.4%, en Aguilas 3 alumnos formando el 5.2%, en Milpa Alta, Aragón y Padierna, no se encontraron alumnos dentro de este intervalo. Haciendo un total de 4 alumnos y un porcentaje del 1.8%

El resultado total de los encuestados es el siguiente:

Venustiano Carranza 29 alumnos, Aguilas 58 alumnos, Milpa Alta 32 alumnos, Aragón 49 alumnos y Padierna 56 alumnos, dando un total de 224 alumnos

Tabla 8. Relación de alumnos por edad en cada una de las clínicas periféricas.

CLINICA PERIFERICA	EDAD								TOTAL	
	21 A 23 AÑOS		24 A 26 AÑOS		27 A 30 AÑOS		30 O MAS AÑOS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VENUSTIANO CARRANZA	21	72.4	5	17.2	2	6.9	1	3.4	29	100
AGUILAS	26	44.8	22	37.9	7	12.1	3	5.2	58	100
MILPA ALTA	18	56.3	10	31.3	4	12.5	0	0	32	100
ARAGON	25	51.0	19	38.8	5	10.2	0	0	49	100
PADIERNA	31	55.4	20	35.7	5	8.9	0	0	56	100
TOTAL	121	54.0	76	33.9	23	10.3	4	1.8	224	100

En la tabla 9 observamos que en la clínica Venustiano Carranza hay 21 alumnos del sexo Femenino que forman el 72.4% y 8 del sexo Masculino formando el 27.6% haciendo un total de 29 alumnos. En la clínica Aguilas encontramos 37 alumnos del sexo Femenino que forman el 63.8% y 21 alumnos del sexo Masculino que forman el 36.2%. haciendo un total de 58 alumnos. En Milpa Alta contamos con 24 alumnos del sexo Femenino formando el 75.0% y 8 alumnos del sexo masculino que forman el 25.0%, dando un total de 32 alumnos. En Aragón tenemos 34 alumnos del sexo femenino que forman el 69.4% y 15 alumnos del sexo masculino que forman el 30.6%, dando un total de 49 alumnos. En

Padierna encontramos 37 alumnos del sexo femenino que forman el 66.1% y 19 alumnos del sexo masculino que forman el 33.9%, haciendo un total de 56 alumnos.

Contamos con un total de 153 alumnos del sexo femenino y 71 alumnos del sexo masculino.

Tabla 9. Total de alumnos por sexo.

CLÍNICA PERIFÉRICA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N	%
	N	%	N	%		
VENUSTIANO CARRANZA	21	72.4	8	27.6	29	100
AGUILAS	37	63.8	21	36.2	58	100
MILPA ALTA	24	75.0	8	25.0	32	100
ARAGÓN	34	69.4	15	30.6	49	100
PADIERNA	37	66.1	19	33.9	56	100
TOTAL	153	68.3	71	31.7	224	100

La tabla 10 muestra que en la clínica periférica Venustiano Carranza de un total de 29 alumnos encuestados, 22 (75.9%) no llevan a cabo práctica dental privada, sólo 7 (24.1%) si la practican. En la clínica periférica Águilas de un total de 58 alumnos encuestados, 37 (63.8%) no realizan práctica dental privada, mientras que 21 alumnos (36.2%) si la ejercen. En la clínica periférica Milpa Alta de un total de 32 alumnos encuestados sólo 25 alumnos (78.1%) no realizan práctica dental privada y 7 (21.9%) si la llevan a cabo. En la clínica

periférica Aragón de un total de 49 alumnos encuestados, 31 alumnos (63.3%) no realizan práctica dental privada y 18 alumnos (36.7) si la practican. En la clinica periférica Padierna de un total de 56 alumnos, sólo 45 (80.4%) no ejercen práctica dental privada, mientras que 11 alumnos (19.6%) si la realizan. Teniendo como resultados que de un total de 224 alumnos encuestados, 160 no realizan práctica dental privada (71.4%), mientras que 64 alumnos (28.6%) si realizan práctica dental privada.

Tabla 10. Alumnos que ejercen práctica dental privada.

CLINICA PERIFERICA	PRIVADA				TOTAL	
	NO		SI		N	%
	N	%	N	%	N	%
VENUSTIANO CARRANZA	22	75.9	7	24.1	29	100
AGUILAS	37	63.8	21	36.2	58	100
MILPA ALTA	25	78.1	7	21.9	32	100
ARAGÓN	31	63.3	18	36.7	49	100
PADIERNA	45	80.4	11	19.6	56	100
TOTAL	160	71.4	64	28.6	224	100

En la tabla 11, de un total de 224 alumnos, 160 no ejercen práctica dental privada, de los cuales 115 (71.9%) corresponden al sexo femenino y 45 (28.1%) al sexo masculino. Sólo 64 alumnos ejercen práctica dental privada, 38 de ellos (59.4%) son del sexo femenino mientras que 26 alumnos (40.6%) pertenecen al sexo masculino.

Tabla 11. Alumnos que ejercen práctica dental privada por sexo.

PRACTICA DENTAL		SEXO				TOTAL	
		F		M			
PRIVADA	NO	N	%	N	%	N	%
				115	71.9	45	28.1
PRIVADA	SI	38	59.4	26	40.6	64	100
TOTAL		153	68.3	71	31.7	224	100

En la tabla 12, se observa que de un total de 224 alumnos, 160 no ejercen práctica dental privada; de los cuales 115 pertenecen al sexo femenino, teniendo así la siguiente relación:

En la clínica periférica Venustiano Carranza hay 16 alumnas (13.9%), en Águilas hay 26 alumnas (22.6%), en Milpa Alta hay 20 alumnas (17.4%), en Aragón hay 22 alumnas (19.1%) y en Padierna hay 31 alumnas (27.0%).

Perteneciendo al sexo masculino tenemos 45 alumnos de los cuales, 6 alumnos (13.3%) pertenecen a la clínica periférica Venustiano Carranza, 11 alumnos (24.4%) pertenecen a la clínica Águilas, 5 alumnos (11.1%) pertenecen a la clínica Milpa Alta, 9 alumnos (20.0%) pertenecen a la clínica Aragón y 14 alumnos (31.1%) pertenecen a Padierna.

De un total de 224 alumnos, 64 si ejercen práctica dental privada; de los cuales 38 pertenecen al sexo femenino, teniendo así la siguiente relación:

En la clínica periférica Venustiano Carranza hay 5 alumnas (13.2%), en Águilas hay 11 alumnas (28.9%), en Milpa Alta hay 4 alumnas (10.5%), en Aragón hay 12 alumnas (31.6%) y en Padierna hay 6 alumnas (15.8%).

Perteneciendo al sexo masculino tenemos 26 alumnos de los cuales, 2 alumnos (7.7%) pertenecen a la clínica periférica Venustiano Carranza, 10 alumnos (38.5%) pertenecen a la clínica Águilas, 3 alumnos (11.5%) pertenecen a la clínica Milpa Alta, 6 alumnos (23.1%) pertenecen a la clínica Aragón y 5 alumnos (19.2%) pertenecen a la clínica Padierna.

Tabla 12. Alumnos que ejercen práctica dental privada por clínica periférica y por sexo.

PRACTICA DENTAL PRIVADA	Clínica Periférica por Grupo										TOTAL	
	VENUSTIANO CARRANZA		AGUILAS		MILPA ALTA		ARAGON		PADIERNA			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO SEXO FEMENINO	16	13.9	26	22.6	20	17.4	22	19.1	31	27.0	115	100
MASCULINO	6	13.3	11	24.4	5	11.1	9	20.0	14	31.1	45	100
TOTAL	22	13.8	37	23.1	25	15.6	31	19.4	45	28.1	160	100
SI SEXO FEMENINO	5	13.2	11	28.9	4	10.5	12	31.6	6	15.8	38	100
MASCULINO	2	7.7	10	38.5	3	11.5	6	23.1	5	19.2	26	100
TOTAL	7	10.9	21	32.8	7	10.9	18	28.1	11	17.2	64	100

En la tabla 13 observamos que de un total de 29 alumnos encuestados en la clínica periférica Venustiano Carranza, sólo 1 (3.4%) alumno lleva a cabo el modelo paternalista, del modelo autónomo, también 1 alumno (3.4%) lo lleva a cabo, del modelo compartido 26 alumnos (89.7%) llevan este modelo y del institucional sólo 1 alumno (3.4%) sigue este modelo.

En la clínica periférica Aguilas de un total de 58 alumnos encuestados, 4 (6.9%) practican el modelo paternalista, 1 (1.7%) alumno sigue el modelo autónomo, 52 alumnos (89.7%) el modelo compartido y sólo 1 (1.7%) alumno practica el institucional.

En la clínica periférica Milpa Alta, de un total de 32 alumnos, 3 (9.4%) llevan a cabo el modelo paternalista, 1 (3.1%) alumno el modelo autónomo, 27 (84.4%) el modelo compartido, y 1 (3.1%) alumno practica el modelo institucional.

En la clínica periférica Aragón, de un total de 49 alumnos encuestados, 4 (8.2%) practican el modelo paternalista, 1 (2.0%) el modelo autónomo, 43 (87.8%) el modelo compartido y 1 (2.0%) sigue el modelo institucional.

En la clínica periférica Padierna, de un total de 56 alumnos encuestados, 1 (1.8%) practica el modelo paternalista, 2 (3.6%) el modelo autónomo, 51 (91.1%) el modelo compartido y 2 (3.6%) el institucional.

Así tenemos un total de 13 (5.8%) alumnos que siguen el modelo paternalista, 6 (2.7%) que siguen el autónomo, 199 (88.8%) que practican el compartido y 6 (2.7%) el modelo institucional.

Tabla 13. Modelos practicados por clínica periférica.

CLINICA	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VENUSTIANO CARRANZA	1	3.4	1	3.4	26	89.7	1	3.4	29	100
AGUILAS	4	6.9	1	1.7	52	89.7	1	1.7	58	100
MILPA ALTA	3	9.4	1	3.1	27	84.4	1	3.1	32	100
ARAGON	4	8.2	1	2.0	43	87.8	1	2.0	49	100
PADIERNA	1	1.8	2	3.6	51	91.1	2	3.6	56	100
TOTAL	13	5.8	6	2.7	199	88.8	6	2.7	224	100

En la tabla 14 se observa que de 13 (100%) alumnos que llevan a cabo el modelo paternalista, 6 (46.2%) no realizan práctica dental privada, y 7 (53.8%) si realizan práctica dental privada.

De 6 (100%) alumnos que siguen el modelo autónomo, 3 (50.0%) no realizan práctica dental privada, y 3 (50.0%) si realizan práctica dental privada.

De 199 (100%) alumnos que practican el modelo compartido, 145 (72.9%) no realizan práctica dental privada, y 54 (27.1%) si realizan práctica dental privada.

De 6 (100%) alumnos que llevan a cabo el modelo institucional, 6 (100%) no realizan práctica dental privada.

Se observa diferencia estadística significativa $\chi^2=8.020$, $p=0.046$.

Tabla 14. Relación de alumnos por modelo que llevan práctica dental privada.

PRIVADA	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO	6	46.2	3	50.0	145	72.9	6	100.0	160	71.4
SI	7	53.8	3	50.0	54	27.1	0	0	64	28.6
TOTAL	13	100.0	6	100.0	199	100.0	6	100.0	224	100.0

En la tabla 15 observamos que de 221 (100%) alumnos no recursadores del seminario de Deontología, 13 (5.9%) practican el modelo paternalista, 5 (2.3%) siguen el modelo autónomo, 197 (89.1%) llevan a cabo el modelo compartido y 6 (2.7%) practican el modelo institucional.

De 3 (100%) alumnos que son recursadores del seminario de Deontología, solamente 1 (33.3%) practica el modelo autónomo y 2 (66.7%) el modelo compartido.

Se observó diferencia estadística significativa $X^2=11.094$, $p=0.011$

Tabla 15. Relación de alumnos por modelo que recursan el seminario de Deontología.

RECURSADOR	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO	13	5.9	5	2.3	197	89.1	6	2.7	221	100
SI	0	0	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100
TOTAL	13	5.8	6	2.7	199	88.8	6	2.7	224	100

En la tabla 16 tenemos que de 153 (100%) alumnos del sexo femenino, 10 (6.5%) practican el modelo paternalista, 2 (1.3%) el modelo autónomo, 139 (90.8%) el modelo compartido y 2 (1.4%) el modelo institucional.

De 71 (100%) alumnos del sexo masculino, 3 (4.2%) llevan a cabo el modelo paternalista, 4 (5.6%) el modelo autónomo, 60 (84.5%) el modelo compartido y 4 (5.6%) el modelo institucional.

Tabla 16. Relación de alumnos por modelo y por sexo.

SEXO	PATERNALISTA		AUTÓNOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	10	6.5	2	1.3	139	90.8	2	1.4	153	100
MASCULINO	3	4.2	4	5.6	60	84.5	4	5.6	71	100
TOTAL	13	5.8	6	2.7	199	88.8	6	2.7	224	100

En la tabla 17 observamos que de 13 (100%) alumnos que practican el modelo paternalista, 9 (69.2%) corresponden al intervalo de 21 a 23 años, 3 (23.1%) al intervalo de 24 a 26 años y 1 (7.7%) al de 27 a 30 años.

De 6 alumnos (100%) que practican el modelo autónomo, 3 (50.0%) corresponden a la edad de 21 a 23 años, 2 (33.3%) corresponden al de 24 a 26 años, y 1 (16.7%) pertenece al de 27 a 30 años.

De 199 (100%) alumnos que llevan a cabo el modelo compartido, 105 (52.8%) corresponden a la edad de 21 a 23 años, 71 (35.7%) al de 24 a 26 años, 19 (9.5%) pertenecen al de 27 a 30 años y 4 (2.0%) al de 30 o más años.

De 6 (100%) alumnos que practican el modelo institucional, 4 (66.7%) corresponden al intervalo de 21 a 23 años y 2 (33.3%) al de 27 a 30 años.

Tabla 17. Relación de alumnos por modelo y edad.

EDAD	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
21 a 23 años	9	69.2	3	50.0	105	52.8	4	66.7	121	54.0
24 a 26 años	3	23.1	2	33.3	71	35.7	0	0	76	33.9
27 a 30 años	1	7.7	1	16.7	19	9.5	2	33.3	23	10.3
30 a más	0	0	0	0	4	2.0	0	0	4	1.8
TOTAL	13	100.0	6	100.0	199	100.0	6	100.0	224	100

En la tabla 18 tenemos que de 127 (100%) alumnos del turno matutino, 3 (2.4%) practican el modelo paternalista, 3 (2.4%) el modelo autónomo, 118 (92.9%) el modelo compartido y 3 (2.4%) el modelo institucional.

De 97 (100%) alumnos del turno vespertino, 10 (10.3%) alumnos llevan a cabo el modelo paternalista, 3 (3.1%) el modelo autónomo, 81 (83.5%) el modelo compartido y 3 (3.1%) el modelo institucional.

Tabla 18. Relación de alumnos por modelo y turno.

TURNO	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MATUTINO	3	2.4	3	2.4	118	92.9	3	2.4	127	100
VESPERTINO	10	10.3	3	3.1	81	83.5	3	3.1	97	100
TOTAL	13	5.8	6	2.7	199	88.8	6	2.7	224	100

En la tabla 19 tenemos que en la clínica periférica Venustiano Carranza de un total de 16 alumnos (100%) del turno matutino, 1 (6.3%) practica el modelo paternalista, 1 (6.3%) el autónomo, 13 (81.3%) el modelo compartido y 1 (6.3%) el modelo institucional.

Del turno vespertino, 13 (100%) alumnos practican el modelo compartido.

En la clínica periférica Aguilas, de un total de 29 (100%) alumnos del turno matutino. 1 (3.4%) lleva a cabo el modelo paternalista y 28 (96.6%) el modelo compartido.

Del turno vespertino de 29 alumnos (100%), 3 (10.3%) practican el modelo paternalista, 1 (3.4%) el modelo autónomo, 24 (82.8%) el modelo compartido y 1 (3.4%) el modelo institucional

En la clínica periférica Milpa Alta de un total de 16 (100%) alumnos del turno matutino. 1 (6.3%) practican el modelo paternalista y 15 (93.8%) el modelo compartido.

Del turno vespertino, de un total de 16 (100%) alumnos, 2 (12.5%) practican el modelo paternalista, 1 (6.3%) el modelo autónomo, 12 (75.0%) el modelo compartido y 1 (6.3%) el modelo institucional.

En la clínica periférica Aragón, de un total de 30 (100%) alumnos del turno matutino. 29 (96.7%) practican el modelo compartido y 1 (3.3%) el modelo institucional.

Del turno vespertino, de un total de 19 (100%) alumnos, 4 (21.1%) practican el modelo paternalista, 1 (5.3%) el modelo autónomo y 14 (73.7%) el modelo compartido.

En la clínica periférica Padierna de un total de 36 (100%) alumnos del turno matutino, 2 (5.6%) practican el modelo autónomo, 33 (91.7%) el modelo compartido y 1 (2.8%) el modelo institucional.

Del turno vespertino, de un total de 20 (100%) alumnos, 1 (5.0%) practica el modelo paternalista, 18 (90.0%) el modelo compartido y 1 (5.0%) el modelo institucional.

Se observó diferencia estadística significativa sólo en la clínica periférica Aragón con valor de $X^2=9.228$, $p=0.26$.

TABLA 19. Relación de alumnos por modelo, clínica y turno.

CLINICA	TURNO	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VENUSTIA NO CARRAN ZA	M	1	6.3	1	6.3	13	81.3	1	6.3	16	100
	V	0	0	0	0	13	100	0	0	13	100
	TOTAL	1	3.4	1	3.4	26	89.7	1	3.4	29	100
AGUILAS	M	1	3.4	0	0	28	96.6	0	0	29	100
	V	3	10.3	1	3.4	24	82.2	1	3.4	29	100
	TOTAL	4	6.9	1	1.7	52	89.7	1	1.7	58	100
MILPA ALTA	M	1	6.3	0	0	15	93.8	0	0	16	100
	V	2	12.5	1	6.3	12	75.0	1	6.3	16	100
	TOTAL	3	9.4	1	3.1	27	84.4	1	3.1	32	100
ARAGON	M	0	0	0	0	29	96.7	1	3.3	30	100
	V	4	21.1	1	5.3	14	73.7	0	0	19	100
	TOTAL	4	8.2	1	2.0	43	87.8	1	2.0	49	100
PADIERNA	M	0	0	2	5.6	33	91.7	1	2.8	36	100
	V	1	5.0	0	0	18	90.0	1	5.0	20	100
	TOTAL	1	1.8	2	3.6	51	91.1	2	3.6	56	100

En la tabla 20 observamos que en la clínica periférica Venustiano Carranza de un total de 22 (100%) alumnos que no realizan práctica dental privada, 1 (4.5%) lleva a cabo el modelo paternalista, 1 (4.5%) el modelo autónomo, 19 (86.4%) el modelo compartido y 1 (4.5%) el modelo institucional.

De un total de 7 (100%) alumnos que si realizan práctica dental privada todos llevan a cabo el modelo compartido.

En la clínica periférica Aguilas de un total de 37 (100%) alumnos que no realizan práctica dental privada, 2 (5.4%) practican el modelo paternalista, 1 (2.7%) el modelo autónomo, 33 (89.2%) el modelo compartido y 1 (2.7%) el modelo institucional.

De un total de 21 (100%) alumnos que si realizan práctica dental privada, 2 (9.5%) llevan a cabo el modelo paternalista y 19 (90.5%) el modelo compartido.

En la clínica periférica Milpa Alta de un total de 25 (100%) alumnos que no realizan práctica dental privada, 2 (8.0%) practica el modelo paternalista, 1 (4.0%) el modelo autónomo, 21 (84.0%) el modelo compartido y 1 (4.0%) el modelo institucional.

De un total de 7 (100%) alumnos que si realizan práctica dental privada, 1 (14.3%) lleva a cabo el modelo paternalista y 6 (85.7%) el modelo compartido.

En la clínica periférica Aragón de un total de 31 (100%) alumnos que no realizan práctica dental privada, 30 (96.8%) practican el modelo compartido y 1 (3.2%) el modelo institucional.

De un total de 18 (100%) alumnos que si realizan práctica dental privada, 4 (22.2%) practican el modelo paternalista, 1 (5.6%) el modelo autónomo y 13 (72.2%) el modelo compartido.

En la clínica periférica Padierna de un total de 45 (100%) alumnos que no realizan práctica dental privada, 1 (2.2%) practica el modelo paternalista, 42 (93.3%) el modelo compartido y 2 (4.4%) el modelo institucional.

De un total de 11 (100%) alumnos que si realizan práctica dental privada, 2 (18.2%) practican el modelo autónomo y 9 (81.8%) el modelo compartido.

Se observó diferencia estadística significativa en la clínica periférica Aragón con valor de $X^2 = 9.974$, $p = .019$ y en la clínica periférica Padierna con valor de $X^2 = 9.044$, $p = .029$.

Tabla 20. Relación de alumnos por modelo, clínica y práctica dental privada.

CLINICA	PRIVADA	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VENUSTIA NO CARRAN ZA	NO	1	4.5	1	4.5	19	86.4	1	4.5	22	100
	SI	0	0	0	0	7	100	0	0	7	100
	TOTAL	1	3.4	1	3.4	26	89.7	1	3.4	29	100
AGUILAS	NO	2	5.4	1	2.7	33	89.2	1	2.7	37	100
	SI	2	9.5	0	0	19	90.5	0	0	21	100
	TOTAL	4	6.9	1	1.7	52	89.7	1	1.7	58	100
MILPA ALTA	NO	2	8.0	1	4.0	21	84.0	1	4.0	25	100
	SI	1	14.3	0	0	6	85.7	0	0	7	100
	TOTAL	3	9.4	1	3.1	27	84.4	1	3.1	32	100
ARAGON	NO	0	0	0	0	30	96.8	1	3.2	31	100
	SI	4	22.2	1	5.6	13	72.2	0	0	18	100
	TOTAL	4	8.2	1	2.0	43	87.8	1	2.0	49	100
PADIERNA	NO	1	2.2	0	0	42	93.3	2	4.4	45	100
	SI	0	0	2	18.2	9	81.8	0	0	11	100
	TOTAL	1	1.8	2	3.6	51	91.1	2	3.6	56	100

En la tabla 21 observamos que en la clínica periférica Venustiano Carranza de un total de 21 (100%) alumnos del sexo femenino, 1 (4.8%) practica el modelo paternalista, 1 (4.8%) el modelo autónomo y 19 (90.5%) el modelo compartido.

De un total de 8 (100%) alumnos del sexo masculino, 7 (87.5%) practican el modelo compartido y 1 (12.5%) el modelo institucional.

En la clínica periférica Aguilas de un total de 37 (100%) alumnos del sexo femenino, 2 (5.4%) practican el modelo paternalista y 35 (94.6%) el modelo compartido.

De un total de 21 (100%) alumnos del sexo masculino, 2 (9.5%) practican el modelo paternalista, 1 (4.8%) el modelo autónomo, 17 (81.0%) el modelo compartido y 1 (4.8%) el modelo institucional.

En la clínica periférica Milpa Alta de un total de 24 (100%) alumnos del sexo femenino, 3 (12.5%) practican el modelo paternalista y 21 (87.5%) el modelo compartido.

De un total de 8 (100%) alumnos del sexo masculino, 1 (12.5%) practica el modelo autónomo, 6 (75.0%) el modelo compartido y 1 (12.5%) el modelo institucional.

En la clínica periférica Aragón, de un total de 34 (100%) alumnos del sexo femenino, 3 (8.8%) practican el modelo paternalista, 30 (88.2%) el modelo compartido y 1 (2.9%) el modelo institucional.

De un total de 15 (100%) alumnos del sexo masculino, 1 (6.7%) practica el modelo paternalista, 1 (6.7%) el modelo autónomo y 13 (86.7%) el modelo compartido.

En la clínica periférica Padierna, de un total de 37 (100%) alumnos del sexo femenino, 1 (2.7%) practica el modelo paternalista, 1 (2.7%) el modelo autónomo, 34 (91.9%) el modelo compartido y 1 (2.7%) el modelo institucional.

De un total de 19 (100%) alumnos del sexo masculino, 1 (5.3%) practica el modelo autónomo, 17 (89.5%) el modelo compartido y 1 (5.3%) el modelo institucional.

Tabla 21. Relación de alumnos por modelo, clínica y sexo.

CLINICA	SEXO	PATERNALISTA		AUTONOMO		COMPARTIDO		INSTITUCIONAL		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VENUSTIA NO CARRANZA	F	1	4.8	1	4.8	19	90.5	0	0	21	100
	M	0	0	0	0	7	87.5	1	12.5	8	100
	TOTAL	1	3.4	1	3.4	26	89.7	1	3.4	29	100
AGUILAS	F	2	5.4	0	0	35	94.6	0	0	37	100
	M	2	9.5	1	4.8	17	81.0	1	4.8	21	100
	TOTAL	4	6.9	1	1.7	52	89.7	1	1.7	58	100
MILPA ALTA	F	3	12.5	0	0	21	87.5	0	0	24	100
	M	0	0	1	12.5	6	75.0	1	12.5	8	100
	TOTAL	3	9.4	1	3.1	27	84.4	1	3.1	32	100
ARAGON	F	3	8.8	0	0	30	88.2	1	2.9	34	100
	M	1	6.7	1	6.7	13	86.7	0	0	15	100
	TOTAL	4	8.2	1	2.0	43	87.8	1	2.0	49	100
PADIERNA	F	1	2.7	1	2.7	34	91.9	1	2.7	37	100
	M	0	0	1	5.3	17	89.5	1	5.3	19	100
	TOTAL	1	1.8	2	3.6	51	91.1	2	3.6	56	100

XIII. DISCUSIÓN

El presente estudio pretende señalar la importancia de que los alumnos se encuentren preparados para sobrellevar las nuevas demandas poblacionales de salud.

Con el paso del tiempo, el avance de la tecnología y el aumento en la difusión de los derechos del paciente, el odontólogo tiene que tomar mayor conciencia de lo que el paciente pide y sugiere sobre su tratamiento, para evitar daños en la relación, malos entendidos o situaciones que puedan terminar en un conflicto legal.

Este estudio demuestra la tendencia respecto al modelo de atención seguido por los alumnos de quinto año que cursaron el ciclo escolar 00-2 en la Facultad de Odontología.

Cabe señalar que dicha tendencia no es algo definitivo ya que puede cambiar dependiendo de la situación, del paciente y del tiempo; pero si nos da una visión de que en un futuro se siga practicando el mismo modelo.

Dentro de las ventajas que nos proporciona esta información sobre el comportamiento profesional de los alumnos, está el que exista una participación más activa del paciente en su tratamiento y una mayor información por parte del odontólogo, ayudando así a que tanto el paciente como el dentista asuman la responsabilidad del tratamiento, logrando con esto disminuir conflictos laborales.

Una desventaja que se encontró al momento de diseñar el presente trabajo, es la inexistencia de información publicada sobre estudios similares. De ahí, que no se pudieran realizar comparaciones con otros resultados o seguir una metodología específica.

XIV. CONCLUSIONES

La relación odontólogo-paciente se establece desde el momento en que existe comunicación y trato entre ambas partes. Se estudiaron cuatro tipos de modelos seguidos los cuales son: el paternalista, el autónomo, el compartido o responsable y el institucional.

El modelo más seguido por los alumnos de quinto año de las clínicas periféricas durante el ciclo escolar 00-2 fue el compartido (caracterizado porque el odontólogo y el paciente deciden el tratamiento a realizar asumiendo ambas partes su responsabilidad), seguido por el paternalista (en el cual el odontólogo toma todas las decisiones del tratamiento), después se presentó el autónomo (donde el paciente es quien decide de manera unilateral el tratamiento) y por último el institucional (en donde el paciente debe adaptarse a las normas de dicha institución).

Se observó asociación entre el modelo seguido y la práctica dental privada que llevan a cabo algunos alumnos. También se observó asociación entre los alumnos recursadores del seminario de Deontología y el modelo seguido.

En la clínica periférica de Aragón se observó asociación entre el turno, la práctica dental privada y el modelo a seguir. En la clínica periférica de Padierna, se observó asociación entre el modelo a seguir y la práctica dental privada.

La hipótesis de trabajo (H_1) se rechazó, porque presentaba un alto grado de error en el análisis estadístico de X^2 .

NOTAS DE PIE DE PÁGINA

1. ÁLVAREZ de la Cadena Sandoval, C. Ética Odontológica. Segunda edición. Facultad de Odontología, UNAM. México 1998.
2. YAMAMOTO Cortés, M. La relación entre la libertad y la verdad en la toma de decisiones médicas. Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Vol. IX. No. 1. Universidad de Anáhuac 1998.
3. GAFO, J. Diez palabras clave en Bioética. Tercera edición. Editorial Verbo Divino. España 1997.
4. ESCOBAR Triana, J. Reflexión filosófica en la formación médica. ECOS del IV. Encuentro de la FLI de Bioética. Editorial Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato, 1992.
5. PINA Piñeiro, B. Bioética y enfermería, derechos de los pacientes. ECOS del IV Encuentro de la FLI de Bioética. Editorial Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato, 1992.
6. JUÁREZ DIAZ González, N. Fortalecimiento de la Relación Médico-Paciente como Medida Preventiva de Conflictos Médicos-Legales. Primer Simposio Internacional. Por la Calidad de los Servicios Médicos y la Mejoría de la Relación Médico-Paciente. CONAMED. México 1997.
7. SCORER Gordon. Problemas éticos en medicina. Ediciones Doyma. España 1983.
8. PEGORARO, R. Comunicación de la verdad al paciente. Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Vol. IV No. 2. Universidad Anáhuac, 1993.

9. VELASCO Suárez, M. *Ética Profesional: su esencia y aspectos prácticos*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". Revisión anual de la AMEINNN. México 1997.
10. TORRES Mejía, J. *Relación Médico/Paciente-Autonomía, Consentimiento Informado*. Academia Nacional Mexicana de Bioética, 1997.
11. VELASCO Suárez, M. *Relación Médico-Paciente, Hoy*. Segundo Congreso de Bioética de América Latina y el Caribe. Bogotá, Colombia 1998.
12. ARANGO Restrepo, P. *Consideraciones sobre las implicaciones de la Bioética en la Institución Universitaria*. Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Memorias IV Encuentro- IV Asamblea General de la FLI. Santafe de Bogotá, Colombia 1998.
13. JAIME Rangel, E. *Dignidad y sentido de la vida humana*. ECOS del IV Encuentro de la FLI de Bioética. Edit. Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato. 1992.
14. VELEZ Correa, L. *Ética Médica. Interrogantes acerca de la Medicina, la Vida y la Muerte*. Editores CIB. Colombia 1987.
15. *RELACIÓN Médico-Paciente*. Primer Congreso Nacional de Bioética. Memoria. Primera edición. Ediciones Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética. México 1998.
16. CASAMADRID Mata, O. *La atención médica y el derecho sanitario*. Editores JGH. México 1999.
17. ROLDÁN González, J. *Ética Médica*. Tercera Edición. Editorial Librería Parroquial de Clavería. México 1990.

18. LUGO, E. El morir humano: cambio en la relación médico-paciente. Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Memorias. IV Encuentro-IV Asamblea General de la FLI. Bogotá, Colombia 1998.
19. SGRECCIA, Elio. Manual de Bioética. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Editorial Diana. México 1996.
20. SÁNCHEZ Torres, F. Temas de Ética Médica. Primera Edición. Editorial Giro Editores LTDA. Bogotá, Colombia 1995.
21. ASAMBLEA General de la FDI. Principios Internacionales de Ética para la Profesión Dental. Vol. 6. No. 6. Noviembre-Diciembre 1997.
22. FERRATER Mora. Diccionario de filosofía. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina 1971.
23. PAUL Foulquié. Diccionario del lenguaje filosófico. Editorial Labor. Barcelona, España 1967.
24. ABBAGNANO Nicola: Diccionario de filosofía. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1987.
25. SAVATER Fernando. Diccionario filosófico. Editorial Planeta. Barcelona, España 1995.
26. GARCIA Sainz M. La ética en la toma de decisiones médicas. Medicina y ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Vol. V, No. 3. Julio-Septiembre, 1994.
27. VELASCO Suárez M. Ética Profesional: su esencia y aspectos prácticos. Órgano de la Asociación Mexicana del Movimiento Universal por la Responsabilidad Científica MURS, México. Año II, vol. 1. Marzo 1998.

28. ESCOBEDO R. Responsabilidad científica del acto médico. Órgano de la Asociación Mexicana del Movimiento Universal por la Responsabilidad Científica MURS México. Abril 1997.
29. GARZA Garza R. Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles. Editorial Trillas. México D.F. 2000.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABBAGNANO Nicola. Diccionario de filosofía. Editorial Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1987.
2. AGUILAR, E. La incógnita del hombre dentista. ADM. Vol. LV. No.1. Enero/Febrero 1998.
3. ÁLVAREZ de la Cadena Sandoval, C. Ética Odontológica. Segunda edición. Facultad de Odontología, UNAM. México 1998.
4. ARANGO Restrepo, P. Consideraciones sobre las implicaciones de la bioética en la Institución Universitaria. Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Memorias VI Encuentro-VI Asamblea General de la FLI. Santa fe de Bogotá, Colombia 1998.
5. ASAMBLEA General de la FDI. Principios Internacionales de Ética para la Profesión Dental. FDI. Vol. 6 No. 6. Noviembre/Diciembre 1997.
6. BARRAGÁN Riverón. J. F. Deontología y Responsabilidad profesional. Práctica Odontológica. Vol. 19 No. 11. UNAM. Noviembre 1998.
7. BOSWELL, S. Que agrada del consultorio dental a los pacientes. Dental Abstracts. Vol. 5 No. 3. Septiembre/Octubre 1997.
8. BYK Christian. Realidad y sentido de la bioética en el plano mundial. www.bioética.org/byk.htm.
9. CARBALLO Junco, J. Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico: una propuesta. ADM. Vol. LIV No. 4. Julio/Agosto 1997.
10. CASAMADRID Mata, O. La Atención Médica y el Derecho Sanitario. Editores JGH. México 1999.

11. CUADERNOS de bioética. ¿Qué es la bioética?. CUEBE. Universidad Popular del Estado de Puebla. Año 1 No. 1 Junio 1998.
12. CHIODO, Tolle. Cuando el paciente pide demasiado. Dental Abstracts. Vol. 6 No. 4. Noviembre/Diciembre 1998.
13. ESCOBAR Triana, J. Reflexión filosófica en la formación médica. Ecos del IV. Encuentro de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética. Edit. Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato, 1992.
14. ESCOBEDO R. Responsabilidad científica del acto médico. Órgano de la Asociación Mexicana del Movimiento Universal por la Responsabilidad Científica MURS México. Abril 1997.
15. FERRATER Mora. Diccionario de filosofía. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina 1971.
16. FUENTES Servín, P. Acoso sexual en el consultorio dental. Práctica Odontológica. Vol. 17 No. 12. Diciembre 1996.
17. GAFO, J. 10 palabras clave en BIOÉTICA. Tercera edición. Edit. Verbo Divino. España 1997.
18. GARCIA Sainz M. La ética en la toma de decisiones médicas. Medicina y ética. Revista Internacional de Bioética. Deontología y Ética Médica. Vol. V, No. 3. Julio-Septiembre, 1994.
19. GARZA Garza R. Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles. Editorial Trillas. México D.F. 2000.
20. GÓMEZ García, R. La odontología, la profesión en la práctica privada con mayor número de quejas. Práctica Odontológica. Vol. 20 No. 4. UNAM. Abril 1999.

21. GÓMEZ García, R. Hacia la calidad total en la atención odontológica. Dentista y Paciente. Vol. 5 No. 51. Septiembre, México, D.F. 1996.
22. GONZÁLEZ Vázquez, A. Relación paciente-médico "El pensamiento del paciente y la conciencia del médico". Primer Congreso Nacional de Bioética. Memoria. Ediciones Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética. México 1998.
23. HUERGA Melcón. El manifiesto de la bioética laica. www.bioetica.org/huerga.htm.
24. JAIME Rangel, E. Dignidad y sentido de la vida humana. Ecos del IV. Encuentro de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética. Edit. Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato, 1992.
25. JUÁREZ DÍAZ González, N. Fortalecimiento de la Relación Médico-Paciente como Medida Preventiva de Conflictos Médicos-Legales. Primer Simposio Internacional. Por la calidad de los Servicios Médicos y la Mejoría de la relación Médico-Paciente. CONAMED. México 1997.
26. LUGO, E. El morir humano: cambio en la relación médico-paciente. Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Memorias VI Encuentro-VI Asamblea General de la FLI. Santafé de Bogotá, Colombia 1998.
27. MANJI, I. Satisfacción de las necesidades de pacientes especiales. Dental Abstracts. Vol. 3 No. especial 1. Noviembre 1995.
28. MASS, R. Estrategia para aliviar el miedo y la ansiedad relacionados con el tratamiento dental. Dental Abstracts. Vol. 3 No. 5. Enero/Febrero 1996.
29. MELLER, AC. Nexos entre las actitudes del estomatólogo y la satisfacción de los pacientes. Dental Abstracts. Vol. 3 No. 6. Marzo/Abril 1996.

30. MONTES, R. Manejo Biológico-Conducta del paciente en el consultorio Dental. Dentista y Paciente. Vol. 5 No. 49. Julio 1996.
31. MOORE. Vinculación con pacientes nuevos. Dental Abstracts. Vol 5 No. 5. Enero/Febrero 1998.
32. ORTEGA Alejandr , J. Consideremos las expectativas de nuestros pacientes. Práctica Odontológica. Vol. 16 No. 1. Enero 1995.
33. PAUL Foulqui . Diccionario del lenguaje filosófico. Editorial Labor. Barcelona, España 1967.
34. PEGORARO, R. Comunicación de la verdad al paciente. Medicina y  tica. Revista Internacional de Bioética, Deontología y  tica Médica. Vol. IV no. 2. Universidad Anáhuac, 1993.
35. PINA Piñeiro, B. Bioética y enfermería, derechos de los pacientes. ECOS del IV. Encuentro de la FLI de Bioética. Edit. Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato, 1992.
36. QUIROZ, L. Brindemos un mejor servicio al cliente a través de la comunicación. Dentista y Paciente. Vol. 5 No. 57. UNAM. Marzo 1997.
37. QUIROZ L. El funcionamiento del consultorio. Dentista y Paciente. Vol. 5 No. 50. UNAM Agosto 1996.
38. QUIROZ, Carlos. El consultorio: carta de presentación ante los pacientes. ADM. Vol. LIV No. 2. Marzo/Abril 1997.
39. REDFORD, M. Como afectan las percepciones psicosociales, las interacciones dentista-paciente. Dental Abstracts. Vol. 5 No. 4. Noviembre/Diciembre 1997.

40. RELACIÓN Médico-Paciente. Primer Congreso Nacional de Bioética. Memoria. Primera edición. Ediciones Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética. México 1998.
41. ROLDÁN González, Julio. Ética Médica. Tercera edición. Editorial Librería Parroquial de Clavería. México 1990.
42. SÁNCHEZ Torres, F. "Temas de Ética Médica". Primera edición. Edit. Giro Editores LTDA. Bogotá, Colombia 1995.
43. SAVATER Fernando. Diccionario filosófico. Editorial Planeta. Barcelona , España 1995.
44. SAVATER Fernando. Ética para Amador. Editorial Ariel. Barcelona, España 1994.
45. SCORER Gordon. Problemas éticos en medicina. Ediciones Doyma. España 1983.
46. SGRECCIA, Elio. Manual de Bioética. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Editorial Diana. México 1996.
47. STEPHEN Bochner. The Psychology of the Dentist-Patient Relation ship. Edit. Springer-Verlay. New York, 1998.
48. TORRES Mejía, J. Relación Médico/Paciente-Autonomía, Consentimiento Informado. Academia Nacional Mexicana de Bioética, 1997.
49. VALDIVIA Hernández, L. Los valores humanos en medicina y odontología. Práctica Odontológica. Vol. 16 No.2. Febrero 1995.
50. VELASCO Suárez, M. Ética Profesional: su esencia y aspectos prácticos. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco-Suárez". Revisión Anual de la AMEINNN. México 1997.

51. VELASCO Suárez M. *Ética Profesional: su esencia y aspectos prácticos*. Órgano de la Asociación Mexicana del Movimiento Universal por la Responsabilidad Científica MURS, México. Año II, vol. 1. Marzo 1998.
52. VELASCO Suárez. M. *Relación Médico-Paciente*. Hoy. Segundo Congreso de Bioética de América Latina y el Caribe. Bogotá, Colombia 1998.
53. VELEZ Correa, L. *Ética Médica. Interrogantes acerca de la Medicina, la Vida y la Muerte*. Editores CIB. Colombia 1987.
54. WRIGHT, R. *Comunicación: como contestar preguntas difíciles de los pacientes*. Dental Abstracts, Vol. 3 No. especial 2. Noviembre 1995.
55. YAMAMOTO Cortés, M. *La relación entre la libertad y la verdad en la toma de decisiones médicas*. Medicina y Ética Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Vol IX No.1. Universidad de Anáhuac, 1998.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“CUESTIONARIO DE RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE”

El siguiente cuestionario, no tiene valor académico, por lo que es importante su honestidad al momento de contestar. **Gracias.**

Instrucciones: Leer cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y marcar la opción que considere adecuada.

Favor de marcar **SOLO UNA** opción, ya que de lo contrario será anulada su respuesta.

NO. DE CUENTA _____ CLINICA PERIFÉRICA _____

TURNO _____ SEXO _____ EDAD _____ FECHA _____

* ¿Es usted alumno recursador del Seminario de Deontología? **SI NO**

* ¿Actualmente se encuentra desempeñando práctica dental privada? **SI NO**

1. ¿Cuándo usted realiza algún tratamiento, considera la opinión de su paciente?
 - a) Nunca, porque usted sabe lo que hace.
 - b) Siempre, porque el paciente por lo general tiene la razón.
 - c) A veces, ya que el paciente no sabe que es lo más indicado para su salud buco-dental.
 - d) Siempre, porque los tratamientos son previamente establecidos por la clínica.

2. Cuando su paciente le pide que se le realice un tratamiento que no es el más indicado para él, ¿Usted lo lleva a cabo?
 - a) Nunca, ya que no realiza tratamientos de los que no esté convencido.
 - b) Siempre, porque el paciente es el que va a pagar.
 - c) A veces, si no logra que cambie de opinión o consideró válido su argumento.
 - d) Ocasionalmente, si las condiciones de la clínica (materiales y políticas) lo permiten.

3. ¿Usted le informa a su paciente las diferentes opciones que existen para llevar a cabo su tratamiento?
 - a) Nunca, porque usted decide el tratamiento.
 - b) A veces, ya que el paciente pide conocer las opciones.
 - c) Siempre, porque así los dos quedan conformes con el tratamiento.
 - d) Casi nunca, porque el tratamiento depende de los trabajos requeridos para la acreditación de la materia.

4. ¿Está usted de acuerdo en que los pacientes que acuden al servicio dental, deban adaptarse a los horarios y normas de estas?
 - a) Frecuentemente, para cubrir por completo el tratamiento que el odontólogo estableció previamente.
 - b) A veces, porque si el paciente no está convencido, tiene la libertad de acudir a un servicio particular.
 - c) Algunas veces, porque hay circunstancias ajenas al dentista y al paciente que provocan el retraso o alargamiento en el horario de atención.
 - d) Siempre, para brindar una buena atención odontológica.

5. Si usted propone el tratamiento y el paciente lo rechaza ¿Trata de persuadirlo para que se lleve a cabo el que usted eligió?
 - a) Siempre, porque usted tiene todos los conocimientos y sabe lo que más le conviene.
 - b) A veces, ya que por lo general el paciente acepta el tratamiento propuesto.
 - c) Nunca, porque usted no puede realizar lo que el paciente no acepta.
 - d) Siempre, porque se actúa conforme a las políticas de la clínica.

6. ¿Considera correcto hacer partícipe de su tratamiento al paciente, aunque éste se encuentre ajeno a los conocimientos odontológicos?
 - a) Nunca, porque a pesar de que le expliquemos, siempre se va a quedar con dudas.
 - b) A veces, porque el paciente termina pidiendo lo que él cree conveniente.
 - c) Siempre, porque el paciente tiene la capacidad de entender lo que nosotros con un lenguaje sencillo le expliquemos.
 - d) Casi nunca, porque el tratamiento dependerá de los materiales disponibles en clínica.

7. ¿Usted ha llegado a realizar tratamientos que no sean necesarios, con la finalidad de cubrir sus intereses académicos?
 - a) Casi nunca, porque ajeno a mis intereses, sobrepongo el bienestar del paciente.
 - b) Nunca, porque el odontólogo realiza en todos los casos lo que el paciente le indica.
 - c) Nunca, ya que no considera ético el no tomar en cuenta la opinión de su paciente.
 - d) Siempre, porque así cumpro con lo que me pide el Dr. encargado de la clínica.

8. Cuando su paciente le pide que usted elija el tratamiento que más le conviene, ¿Usted lo hace?
 - a) Siempre, porque el paciente tiene depositada toda su confianza en usted.
 - b) Siempre, porque usted pretende mantener una buena relación con su paciente.
 - c) Algunas veces, sólo cuando las razones que el paciente expone son justificables.
 - d) Ocasionalmente, si el tratamiento propuesto va acorde a la política de la clínica

9. ¿Usted informa a su paciente las razones por las que eligió el tratamiento?
 - a) Nunca, porque tal vez el paciente no comprenda los términos odontológicos.
 - b) A veces, porque regularmente el paciente elige.
 - c) Siempre, porque la decisión es tomada entre los dos.
 - d) Ocasionalmente, si el factor tiempo o algún otro lo permite.

10. ¿Usted le informa a su paciente las ventajas y desventajas de los posibles tratamientos a efectuar, para que elija el que le convenga?
- Nunca, porque usted decide el tratamiento.
 - Siempre, para que el paciente tome la decisión final.
 - A veces, porque es importante la comunicación entre ambos.
 - Siempre que esté contemplado en el reglamento de la clínica.
11. Dentro de su trabajo en la clínica, ¿Se siente usted libre y capaz de llevar a cabo una buena relación con su paciente?
- Siempre, porque es usted quien dirige la relación.
 - Casi nunca, porque resulta difícil elegir, plantear y convencer al paciente sobre el tratamiento.
 - A veces, siguiendo la conclusión obtenida de la discusión compartida con el paciente.
 - Nunca, porque es el Dr. encargado de la clínica quien toma las decisiones sobre como llevar a cabo la relación.
12. Cuando realiza un diagnóstico, ¿La decisión del tratamiento es tomada por usted?
- Siempre, porque usted sabe que es lo que más le conviene a su paciente.
 - A veces, después de la explicación adecuada al paciente.
 - Nunca, porque siempre le pide opinión a su paciente.
 - Casi siempre, porque depende de los recursos disponibles en la clínica para atenderlo.
13. Si el paciente le pide un tratamiento en el que usted no esté de acuerdo, ¿Lo lleva a cabo?
- Nunca, porque es usted quien tiene los conocimientos odontológicos.
 - Siempre, porque el paciente es quien decide su tratamiento.
 - A veces, porque no siempre lo que dice el paciente es lo más indicado.
 - Sólo cuando al realizarlo cubra intereses académicos.
14. ¿El trato hacia sus pacientes dentro de la clínica, se ha visto afectado por el factor tiempo?
- Nunca, porque si el paciente tiene interés en su tratamiento, está obligado a esperar su turno.
 - Casi siempre, porque hay que evitar en lo posible el disgusto del paciente por la espera.
 - Algunas veces, cuando explica al siguiente paciente la causa del retraso.
 - Siempre, al sentirse presionado por brindar atención al número de pacientes que le han sido asignados.
15. ¿Considera conveniente llevar a cabo las instrucciones del paciente?
- Nunca, porque el paciente carece de conocimientos odontológicos.
 - Siempre, porque el paciente se va más contento.
 - A veces, para evitarse problemas con el paciente.
 - Algunas veces, si el Dr. encargado de la clínica está de acuerdo.

16. ¿Cuándo su paciente no entiende su tratamiento, se toma el tiempo necesario para explicarle todos los detalles?
- a) Nunca, porque el paciente tiene que adaptarse a sus indicaciones.
 - b) A veces, ya que en algunos casos el paciente no lo permite y exige lo que cree más conveniente para él.
 - c) Siempre, porque el paciente tiene el derecho de saberlo.
 - d) Casi nunca, porque debido a la gran cantidad de pacientes, no cuenta con el tiempo suficiente.
17. ¿Es motivo justificable la ignorancia de su paciente para que usted decida el tratamiento a realizar?
- a) Siempre, porque el odontólogo aplica sus conocimientos para devolver salud bucodental.
 - b) Nunca, porque el paciente a pesar de su ignorancia es quien recibe el tratamiento.
 - c) A veces, porque el paciente tiene la capacidad de entender y puede participar en la decisión.
 - d) Algunas veces, si las condiciones de la clínica lo permiten.
18. Cuando su paciente le pide que se le realice un tratamiento en específico, ¿Usted lo hace sólo por complacerlo?
- a) Nunca, porque él que sabe y toma las decisiones es usted.
 - b) Siempre, porque el paciente debe quedar satisfecho con su tratamiento.
 - c) A veces, porque no siempre el tratamiento que pide es el indicado.
 - d) Algunas veces, si existe el consentimiento del Dr. encargado de la clínica.
19. ¿Cuándo existen varias opciones de tratamiento a elegir, usted se las plantea a su paciente?
- a) Nunca, porque usted opta por el que mejor le convenga y lo realiza sin explicarle.
 - b) A veces, cuando el paciente no pida un tratamiento en específico.
 - c) Siempre, porque es su obligación y deber moral comunicarlo, así como darle opciones a elegir.
 - d) Casi siempre, si existen dentro de la clínica los recursos y medios necesarios.
20. ¿Cuándo usted habla de su paciente con sus compañeros de profesión, lo menciona por sus características bucales (el de la prostodoncia, endodoncia, prótesis, etc.) y no por su nombre?
- a) Casi siempre, porque debido al exceso de trabajo no pone la atención suficiente.
 - b) A veces, sólo cuando no recuerda su nombre.
 - c) Nunca, porque para usted es una falta de respeto no dirigirse a ellos por su nombre.
 - d) Siempre, porque tiene muchos pacientes.

ANEXO 2

El cuestionario se estructuró con veinte preguntas enfocadas a determinar algún modelo a seguir.

Cada una de las respuestas contaba con un identificador (a, b, c, d) perteneciendo a cada uno de los modelos específicamente (Paternalista, Autónomo, Compartido, Institucional). Las respuestas a cada pregunta tienen la misma probabilidad de respuesta.

Se contabilizaron las respuestas de acuerdo al grupo correspondiente (a, b, c, d) y posteriormente se asignó una calificación global en base a mayorías para obtener el modelo al que pertenece cada alumno.