



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA MOTIVACIÓN COMO ESTRATEGIA DE CAMBIO
CONDUCTUAL EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

VÍCTOR PÉREZ MELO

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Al Eterno,

Jesucristo

Tu luz ha iluminado mi vida, siendo una persona tan egoísta e insensible me has y sigues transformando día con día. Gracias por amarme antes que yo a ti, y enseñarme con tu vida que existe esperanza. Te agradezco por nunca perder la fe en mí, aún cuando yo varias veces dudé. Infinitas gracias por este logro material, sin embargo, el logro más valioso que me obsequiaste fue el conocer personas tan maravillosas en estos cinco años de mi preparación profesional. Confío que quienes me rodean algún día te conozcan, y a través de la persona imperfecta que soy logren verte. Pues eres el Camino, la Verdad y la Vida.

A mis padres,

Víctor Pérez y Alejandra Melo

Les estoy eternamente agradecido por regalarme y permitirme la vida. Gracias por los esfuerzos y una de las acciones más desinteresadas que un ser humano puede hacer “ser padre y ser madre”. Prometo nunca olvidarlos y honrarlos con mi esfuerzo y trabajo, así como ustedes jamás me desampararon. Cristo me permita disfrutarlos, ayudarlos y amarlos muchos años más.

A mis hermanas,

Fernanda y Pamela

Les agradezco su cariño y aprecio. Sigán adelante y gracias por amarme y quererme. Fernandita, te agradezco por hacerme una persona más culta y propia, por el tiempo que dedicaste a mi tesina y por tus valiosos comentarios.

A mis hermanos,

Rodrigo e Isaac

Saben que los quiero mucho. Les agradezco porque estuvieron ahí para ayudarme a veces, o para soportar mis presiones y desesperaciones. Sean personas de bien y luchan por ser felices.



A mis abuelitas,

Idalia y Consuelo

Que siempre estuvieron pendientes de mi desarrollo y me impulsaron a seguir adelante. Nunca olvidaré la sabiduría de sus palabras y manifiesto amor por mí. Son parte de la alegría de mi alma.

A mis abuelos,

Alejandro y Guadalupe,

Por ser parte de mi inspiración, cada uno a su manera. Por manifestarme su conocimiento y forjar parte de mi carácter. Les agradezco su compañía, amor y momentos felices. Los quiero.

A mi familia,

Compañía inseparable e innegable amor para mi persona. Tía Leticia (Leti) y tío Antonio Ramírez gracias por su amabilidad y palpable amor, porque gracias a su voluntad crecí como persona. Tía Jesica Meza (Jesi) y tío Jonatán Meza (Jona) gracias por ser parte de mi vida. Mara Melo (Marita) gracias por los momentos felices y acordarte de mí siempre. Tía Dora Aguilera gracias por traer a mis primos para que los atendiera. Al Ingeniero Edgardo Miranda, un ejemplo de vida que me ha inspirado e impulsado a seguir. Tío Heriberto y Tía Ángeles gracias por su aprecio. Juan de Dios Salazar (Bambi) y Yadira Carrillo (Vevela) los quiero mucho y nunca olvidare su aprecio y ánimo. Oscar Arce y Maricela Hernández saben que siempre los llevo en mi corazón y oraciones, los quiero mucho. Ángela León (Angelita) agradezco tu amabilidad y amor a mi persona. Y a todos los que no menciono, pero saben que les amo.

A mis amigos,

Por su vasta comprensión y puro compañerismo. Ángel (Albertano), Eli, Andy, Luis y Esteban fue grandioso que me aceptaran como su amigo. Mi buen Ivann Álvarez (el Buzz) fue un honor conocerte, gracias por ser fiel y un honesto amigo. Alejandro Linares gracias por confiar en mí. Rodrigo Barrera (Capi) te aprecio amigo. Antonio Monrroy (Pollito) eres un gran amigo, te aprecio. Conrado Heredia (Conris) gracias por ser un gran amigo. Hugo Garrido y Jorge Monrroy, gracias por enseñarme a ser



un amigo de Dios. Iván (el Pecos), amigo gracias por tu apoyo. Cristian y Edgar Arce son mis hermanos. Juan Salazar (Juancito) eres un gran amigo, y un ejemplo de dedicación y esfuerzo, gracias. A todos mis compañeros(as) del GEU, que hicieron de mi preparatoria una experiencia fascinante. A Gino y Nico Botello, mis amigos chilenos, gracias por su amistad. A Carlitos (el Colombia), ya no seas tan enojón y gracias por tu amistad. A mi buen Roberto Colín (Rober), eres un ejemplo de amabilidad, hospitalidad y amistad, nunca cambies.

A mis amigas,

Eternamente feliz por embellecer mi existencia y no negar su amabilidad y corazón a este ser humano. Doña Mercedes gracias sabe que siempre la llevo en el corazón y nunca se me olvida “que a lado de un gran hombre hay una gran mujer (y no atrás, jaja)”. Carmen Nava (Camenluchis) gracias por apoyarme. Sori y Lore las quiero. Nancy Jiménez (Nance) y Claudia (Claudita) siempre las recuerdo. Gabriela Chávez (Georcha) e Itzel Monrroy (Itzetila), saben que las amo y quiero con el corazón. Clarita y Alicia están presentes en mi persona. Doña Victoria (Menche), nunca se rinda y sabe que la quiero. Martita, gracias por tus consejos orientados a hacerme un hombre gentil y educado.

A mi entrañable amiga,

Aurora Canales

Por las experiencias vividas, soportar mis problemas. Por colmar de alegrías, logros y suprema amistad mi carrera y persona. Te quiero amiga.

A mis pacientes,

Sin ustedes mi logro jamás se hubiera hecho realidad. Que soportaron mi inexperiencia y en su persona aprendí. Infinitos agradecimientos

A mis profesoras y profesores,

A ustedes que cumplieron fielmente con su juramento y sin reparos dejaron sus conocimientos y habilidades en el aula, laboratorio y clínica. No motivados(as) por su sueldo sino por la esperanza de hacer mejores personas. A mis profesoras Araceli Soria, Susana Obregón, Martha Chimal, Mirella Feingold, Jacqueline Fischer, Susana Valenzuela, Elizabeth Powell, Angélica Fernández, Antonieta Cruz, Rita Arroyo,



Rocío Nieto, Irlanda Barrón, Viridiana Loustalot, Cecilia Suárez, Eugenia Pinzón, Claudia Maya, Claudia Patricia Velázquez, Silvia Maldonado, Gabriela Quiñones, Teresa Meléndez, María González, Patricia Cacho, las aprecio mucho. A la ingeniera Lucía Magaña, profesora incansable y con amor profundo, la mejor maestra de preparatoria y mi amiga. A la profesora Carolina Álvarez de la Cadena, por ser mi tutora y animarme a seguir adelante, cuando llegué a pensar en dejar mi carrera. A mi estimada profesora Delia Rengifo, que me abrió su consultorio y depositó su confianza en mí, la primer cirujana dentista que creyó en mí, gracias amiga. A mis profesores, Afranio Salazar, Mauricio Tizcareño, Juan Pablo Aguilera, Julio Huerta, Ricardo Michigan, Sergio Tablada, Gabriel Piñera, Jesús Díaz de León, Arturo Saracho, Arturo Pedrero, Raúl León, Gustavo Montes de Oca, Daniel Quezada, Alberto Saldaña, Gustavo Arguello, Francisco Olvera (Franchesco), Juan Isaac Aráu, Jorge Guerrero, Carlos Barenas, Nicolás Pacheco y José Nava, les aprecio y agradezco sus enseñanzas.

A mi maestro,

Octavio Godínez Neri

Por mostrarme que la odontología puede ser una digna representante de la medicina. Por su inalcanzable espíritu de comprensión, calidez, amistad y compañerismo. Estoy vastamente orgulloso de ser su alumno. Le quiero y aprecio en demasía.

A mi Directora de Tesina,

Mtra. María Elena Nieto Cruz

Por su bella amistad, reitero mi admiración a su compromiso, entrega, conocimientos y profesionalidad. Por la paciencia y atención brindada a éste, mi trabajo de titulación. Que Cristo la colme de plenitud y paz.

A mi Universidad,

Por el inmensurable honor de pertenecer a ella. Logro de las luchas sociales, donde hay espacio para hablar y ser escuchado, cuyo requisito no es el dinero sino el conocimiento para pertenecer a ella. Mi Alma Mater, siempre orgulloso de ti. Finalmente, espero algún día enseñar en tus aulas y brindar sin compromiso la sabiduría que me obsequiaste gratuitamente. Puma una vez, puma toda la vida.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. ANTECEDENTES	10
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. OBJETIVOS	14
5. CONCEPTOS	15
5.1 Salud y enfermedad.....	15
5.2 Salud pública	16
5.3 Promoción para la salud	17
5.4 Prevención de la enfermedad	18
5.5 Proceso educativo	19
5.6 Evaluación	21
5.7 Cambio conductual	21
5.8 Educación para la salud.....	24
6. MOTIVACIÓN	28
6.1 Definición	28
6.2 Orígenes históricos de los conceptos motivacionales	28
6.3 Teoría psicoanalítica de las pulsiones instintivas	34
6.4 Constructos motivacionales de Lewin.....	35
6.5 Instintos	37
6.6 La motivación en la salud oral	39



7. FASES PERIODONTALES	45
8. FASE INICIAL/FASE ETIOLÓGICA/FASE I	51
8.1 Importancia del asesoramiento conductual en la atención odontológica integral.....	51
8.2 Entrevista motivacional	55
8.3 Motivación en el control mecánico de la biopelícula supragingival	61
8.4 Ejemplo de recomendación y terapéutica orientada a la motivación.....	65
9. FASE ODONTOLÓGICA INTEGRAL I	69
10. CONCLUSIONES	74
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76



1. INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes en los sistemas tradicionales de aprendizaje de barberos-cirujanos, la formación odontológica ha pasado por un proceso de cambio para mantenerse al día con la multiplicidad de conocimientos y nuevas circunstancias.

Por diversas razones desde la antigüedad el hombre ha buscado el origen y la causa de su propia conducta (aquello que lo motiva/mueve/impulsa a actuar). Diversas teorías motivacionales (objeto de estudio psicológico) han sido formuladas para buscar entender, analizar y crear posibles soluciones a diversos problemas que emergen a partir de la conducta humana. Entre los campos de aplicación, se puede nombrar a la pedagogía (particularmente ante el fracaso y la crisis de diversos sistemas educativos alrededor del mundo), el desempeño laboral (en el sistema capitalista), la mercadotecnia (que encumbra al consumismo desmedido e irracional), entre otros. La salud no ha sido la excepción y las teorías motivacionales pueden esclarecer la causa de enormes fracasos de las terapéuticas preventivas primarias y secundarias, que se expresa de manera objetiva con la incapacidad de lograr cambios conductuales saludables permanentes en los pacientes. Así mismo, las teorías motivacionales tienen la capacidad de dotar al cirujano dentista de estrategias eficaces para que “cambios conductuales saludables” sean percibidos como necesidades permanentes en los pacientes. Por lo tanto, sin la motivación toda terapéutica para mantener el estado de salud tiende a fracasar.

En las definiciones de conducta motivada, los psicólogos parecen guiarse más por sus compromisos teóricos que por cualquier cosa que pudiera haber en la conducta misma. Entonces, la solución al problema de lo que hace que una conducta particular muestre el aspecto de estar motivada depende del punto de vista general desde el cual se estudie la conducta. La motivación



no parece ser un hecho de la experiencia, ni un hecho de la conducta, sino una idea o concepto que se usa cuando los seres humanos desean explicar el comportamiento.

Finalmente, se busca que el cirujano (a) dentista logre interesarse en el estudio de la motivación, desee entrenarse y adquirir conocimientos para tratar de entender y explicar la conducta de los pacientes, particularmente las conductas perniciosas que encaminan a perpetuar el estado de enfermedad. Además que se interese en el desarrollo de estrategias motivacionales eficaces, enfocadas al éxito rotundo y duradero de la promoción y la educación para la salud oral.



2. ANTECEDENTES

En la década de 1970, William Richard Miller desarrolló un método en respuesta a sus observaciones acerca del tratamiento de pacientes con problemas de alcoholismo, basado en lo que llamó la entrevista motivacional. El método corriente para el tratamiento de los pacientes alcohólicos era de confrontación y el fracaso del tratamiento se atribuía a la “negación”, vista como una falla de la personalidad del paciente, o la incapacidad del paciente para comprometerse con el programa.¹

En cambio, Miller observó que las investigaciones y estudios sugerían que los resultados positivos se relacionaban casi siempre con una fuerte unión o “alianza terapéutica” entre el consejero y el paciente. Miller comenzó a probar sus tratamientos centrados en la empatía en bebedores problemáticos y encontró que el cambio sobrevenía más rápido que con los métodos tradicionales.²

Este breve tratamiento que utilizaba la alianza terapéutica y la empatía para conseguir la motivación intrínseca del paciente para el cambio, se describió por primera vez en un artículo de Miller en 1983.³

Posteriormente, Miller conoció a Stephen Rollnick, cofundador del método entrevista motivacional (EM), el cual se había concentrado en la ambivalencia o la magnitud con que el paciente concebía los pros y los contras del cambio. Miller y Rollnick comenzaron a explorar el uso del lenguaje durante la EM y se concentraron en lograr que el paciente “hablara del cambio” para promover cambios conductuales.³

El patrón de respuesta orientada al dominio y el patrón de respuesta de incapacidad, fueron los patrones motivacionales descritos en 1980 por Diener y Dweck, quienes señalaron sus características cognitivas, afectivas y de comportamiento.⁴



Harter, en 1981, desarrolló una escala de motivación intrínseca vs motivación extrínseca, donde los patrones motivacionales y las metas fueron considerados para la medición de la motivación intrínseca. También Butler y Benware en 1984, analizaron como se relacionaban las metas y los patrones de motivación, además destacaron el uso de un cuestionario para registrar la motivación intrínseca de los estudiantes. ⁴

En 1985, Gottfried también desarrolló otra escala para medir la motivación intrínseca. ⁴

En 1991 Miller y Rollnick publicaron la primera edición de “Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviours”, el trabajo ofrece una descripción detallada del método. Desde entonces hubo una proliferación de investigaciones y aplicaciones de la EM y muchos investigadores han destacado la aplicabilidad del método para conseguir cambios conductuales en el ámbito de la salud. ³

Siguiendo con estas investigaciones, en 1992 Gail Heyman y Carol Dweck desarrollaron una estructura, donde la motivación adaptativa se describió basándose en la interrelación del logro de metas y la motivación intrínseca. ⁴

Más de 100 artículos han utilizado el parámetro de “persistencia de libre elección” para definir operacionalmente a la conducta motivada intrínsecamente. En 1997, Reeve y Nix desarrollaron cinco actos de exploración y cuatro manifestaciones faciales con la hipótesis de que pudieran ser utilizados como indicadores de motivación intrínseca. Los resultados concluyeron que cuatro actos de exploración y dos manifestaciones faciales pueden ser utilizados como indicadores válidos de motivación intrínseca durante la realización de actividades, además de la medición basada en la “persistencia de libre elección”. También desarrollaron un cuestionario para evaluar la fenomenología asociada a la motivación intrínseca. ⁵



En el año 2006, Robert C. Bolles publicó su libro de “Teoría de la motivación”, donde expone que los pensadores clásicos griegos ya reflexionaban en lo que contemporáneamente se le ha llamado motivación.⁶

En 2010, Anne Halvari y colaboradores desarrollaron un cuestionario de auto-regulación para el tratamiento dental, que se relacionara positivamente con la motivación autónoma/intrínseca del paciente para el tratamiento dental y la competencia del profesional de la salud. Los resultados arrojaron que el modelo estructural respaldó y confirmó su hipótesis planteada.⁷

Un estudio exploratorio donde se utilizaron cuestionarios asociados al interés y la motivación de modalidades de enseñanza, fue presentado en 2010 por Prospero y Velázquez. Concluyeron que a través de un proceso inductivo y un diseño instruccional basado en el análisis y detección de necesidades, se puede aumentar la motivación intrínseca/interna de los participantes y neutralizar los temores.⁸



3. JUSTIFICACIÓN

Existe una amplia investigación dedicada a la importancia de la motivación como fundamento para alcanzar el aprendizaje (cambios conductuales saludables) de los pacientes, en medicina como en odontología.

Esta investigación documental, busca materializar las metas teóricas de la promoción y la educación para la salud oral integrándolas como tratamientos de la Fase Odontológica Integral I que se propone. Esta fase se propone como una guía clínica, que el cirujano dentista pueda personalizar y perfeccionar basado en su experiencia y la evidencia científica.

Al materializar dichas metas teóricas y proponerlas como tratamientos, se espera comunicar de manera asertiva y de esta manera darle a conocer al cirujano dentista como puede incorporar la promoción y la educación para la salud en su actividad clínica diaria; siendo fundamental la necesidad de desarrollar y utilizar estrategias enfocadas al cambio conductual mediante las teorías motivacionales.



4. OBJETIVOS

Identificar a la motivación como un factor decisivo para lograr cambios conductuales permanentes a nivel de la salud oral.

Identificar y proponer a la Fase Odontológica Integral I como el un conjunto sistematizado de terapéuticas enfocadas en los niveles de prevención primaria y secundaria, donde la promoción y la educación para la salud enfocada en la motivación de cambio conductual del paciente logran materializarse en la práctica clínica integral del cirujano(a) dentista.

Demostrar a través de la investigación documental, como la motivación se puede y debe ser utilizada en todo tratamiento médico-odontológico; si es el cirujano dentista busca que sus terapéuticas, en los niveles de prevención primaria y secundaria particularmente, demuestren cambios conductuales saludables observables, objetivos, reales y medibles en los pacientes que acuden a los servicios odontológicos integrales.



5. CONCEPTOS

5.1 SALUD Y ENFERMEDAD

El deseo del ser humano por gozar de salud es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. El concepto de salud es dinámico e histórico, cambia de acuerdo a la época y las condiciones ambientales (sociales y culturales). Como lo expresó el ecologista francés René en 1959 “los términos de salud y enfermedad carecen de significado a menos que sean definidos en relación con una cierta persona que funcione en un ambiente social y físico determinado”.⁹

La salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. Ambas obedecen a los mismos factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio entre el ser humano y su ambiente; enfermedad es desadaptación o falta de adaptación.⁹

La Organización Mundial de la Salud más que definir, estructura un concepto ideal de la salud expresándola como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”.¹⁰

La historia natural de la enfermedad es la relación ordenada de acontecimientos derivados de la interrelación del ser humano con su ambiente, que lo llevan del estado de salud al de enfermedad, ésta última puede seguir varios caminos: regreso a la salud, cronicidad, agravamiento, secuelas invalidantes o muerte. Como resultado del estudio de la historia natural de la enfermedad es que se establece la triada ecológica: huésped, agente causal y medio ambiente.^{10, 11}



5.2 SALUD PÚBLICA

Winslow elaboró un concepto clásico de la salud pública en 1920. Esta definición versa “la salud pública es el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.”⁹

En 1974, Hanlon define “la salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo de vida del individuo y de su sociedad”.⁹

La Organización Mundial de la Salud definió a la salud pública en 1973 como “el conjunto de todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población; el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad; la planificación y gestión de los mismos y de la educación para la salud”.¹²

La definición de la Asociación Médica Estadounidense expresa que “La salud pública es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población, mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Incluye aquellas medidas por medio de las cuales la comunidad provee servicios médicos para grupos especiales de personas. Se relaciona con la prevención y control de enfermedades, con quienes requieren hospitalización para la protección de la comunidad y con los médicamente indigentes.”^{9,12}



5.3 PROMOCIÓN PARA LA SALUD

La promoción para la salud incluye todas las acciones educativas que proveen información a los núcleos familiares, con el fin primordial de efectuar cambios en la conducta y comportamiento de los sujetos capacitados, quienes además promoverán los programas de prevención de la enfermedad y protección específica, que de una manera u otra mantienen y mejoran el estado de salud del individuo y de su familia.^{13, 14}

La promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir la salud (según el concepto ideal de la Organización Mundial de la Salud de 1946): alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, entre otras. La actividad básica que médicos y enfermeras deben realizar para promover la salud es la educación.^{9,12}

La promoción de la salud es una estrategia sanitaria relativamente reciente, el término fue incorporado al discurso de la medicina y la salud pública a mediados del siglo XX.¹⁵

Según el profesor Rafael González en 2012, “la promoción de la salud representa un proceso que habilita a los sujetos en el mejoramiento y control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, la ayuda mutua, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y creando ambientes favorables a la salud.”¹⁵

En la carta de Ottawa de 1986, documento que emana como conclusiones de la Primera Conferencia de Promoción de la Salud, se define a la promoción para la salud como “El proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer el máximo control sobre su propia salud y así poder mejorarla”.¹²

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud 1987, la promoción de la salud se define como “el proceso de capacitar a la población



para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”. Es decir, consiste en promover o estimular todos los factores implicados en la salud, favoreciéndola, ya sea desde dentro del propio individuo como desde el entorno.¹²

También la Organización Mundial de la Salud afirma que “la promoción de la salud se ha convertido en el elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos con la finalidad de mejorar nuestro estado de salud”. De una forma más sencilla, se trata de intervenir y actuar para aumentar los determinantes de la salud. La carta de Ottawa precisa cinco estrategias que permiten actuar sobre los determinantes de la salud: a) establecer políticas saludables, b) desarrollar aptitudes y los recursos individuales, c) reforzar la acción comunitaria, d) crear un entorno que favorezca la salud y e) reorientar los servicios de salud.¹⁶

5.4 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El término prevención se refiere a la preparación y disposición para evitar un riesgo en una situación.¹⁸ Incluye las acciones que tienen como finalidad evitar/o limitar la presencia y desarrollo de las situaciones y factores que favorecen, condicionan y/o acompañan cualquier patología, es decir, las acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que evitan la incapacidad prolongada, invalidez o muerte.¹³

Se hace medicina preventiva promoviendo y mejorando la salud; pero también al diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, así mismo, al realizar actividades de rehabilitación, evitando complicaciones o secuelas del padecimiento, tratando de evitar la invalidez o la incapacidad de los individuos al adaptarlos a su medio social.⁹



El conocimiento de la historia natural de la enfermedad (génesis y evolución) permite aplicar las medidas preventivas. Para poder prevenir hay que conocer en primer lugar profundamente las características y la etiología de la enfermedad, luego contrarrestarla y disminuir aquellos factores causales.¹⁷ Se han establecido tres niveles de aplicación para la prevención de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria se basa en evitar la aparición inicial de la enfermedad manteniendo el equilibrio fisiológico, ésta se enfoca en alterar la susceptibilidad o reducir la exposición de los individuos en riesgo (susceptibles). La prevención secundaria se dirige a la detección precoz y la intervención oportuna para evitar el progreso de la enfermedad. Finalmente, la prevención terciaria busca aliviar la invalidez, así como la pérdida de función tratando de restaurarla con eficacia.¹⁰

5.5 PROCESO EDUCATIVO

El proceso educativo incluye tres pasos importantes: información, motivación y educación propiamente dicha. **La información:** por sí sola es un principio de motivación. **La motivación:** se lleva a cabo cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que un determinado procedimiento (terapéutica o tratamiento) tiene; siempre es el paso previo que conduce al cambio de conducta del individuo, comunidad y sociedad. **La educación propiamente dicha:** Es cuando termina el proceso educativo, es de hecho el cambio de conducta.⁹ Sólo cuando se ha logrado este cambio puede decirse que la educación se ha realizado.¹⁸

Cuando la información es completa e interesante, lleva implícito un cierto grado de motivación. En realidad, los pasos o etapas del proceso educativo no se realizan independientemente uno del otro, se complementan y en ocasiones se superponen.⁹

La **enseñanza** no sólo es el hecho de dar a conocer al paciente tal o cual conocimiento; es más bien la acción de acompañarlo, dirigirlo, orientarlo y



estimularlo; para que reaccione de manera voluntaria (aprenda) y adquiera por su propio esfuerzo, los conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan alcanzar el objetivo deseado (cambio conductual que se basa en la fase etiológica).^{18,14} Puesto que el objetivo de la enseñanza es el aprendizaje.¹²

El **aprendizaje** se define como “un proceso de comunicación especial en el cual se desean lograr cambios de conducta deseados. En otras palabras, el aprendizaje es un proceso que busca cambios de conducta.”¹⁹ Se trata de un proceso de asimilación en el que la nueva información promueve un cambio permanente/duradero de conducta.^{12,19} El aprendizaje es responsabilidad del paciente; sólo se aprende cuando se aplican los conocimientos recibidos (se modifica una conducta anterior), es decir, el aprendizaje es la realización de actos voluntarios para alcanzar el objetivo que se desea. Por lo tanto, estrictamente hablando, nadie puede enseñar nada a nadie; se requiere el esfuerzo personal (voluntad) de quién aprende.

14, 18

El cirujano dentista debe tomar en cuenta los “canales” para el aprendizaje, que vienen siendo los sentidos; ellos presentan una escala basados en su importancia: 1° la vista 2° el oído 3° el tacto 4° el olfato 5° el gusto. Mientras más sentidos se utilicen en el proceso de enseñanza, mejores resultados se obtendrán (la fase I incluye enseñanza motriz, visual, auditiva).¹⁸

Resulta imposible pensar que las personas puedan aprender por contemplación pasiva del actuar del educador (en este caso del cirujano dentista), aunque éste haga muy buena exposición. Por ello, para aprender deberán los pacientes realizar diversas tareas que los pongan en contacto con el objeto de conocimiento y con su experiencia misma, es decir, que los lleguen a reflexionar sobre las implicaciones personales.¹⁹



5.6 EVALUACIÓN

La evaluación es la fase final del proceso de enseñanza-aprendizaje. Permite identificar los avances del proceso y los resultados del mismo (el cambio conductual del paciente); da a conocer los errores y deficiencias de la enseñanza (en nuestro caso la fase etiológica) que repercuten en el aprendizaje (del paciente).¹⁸

Y proporciona la oportunidad (para el cirujano dentista) de modificar los errores y deficiencias de la enseñanza (de la fase etiológica) para obtener mejores resultados en el aprendizaje (cambios de conducta saludables con una fase exitosa).¹⁸ Por último, refleja el nivel de aprendizaje en el que se encuentra el paciente.

5.7 CAMBIO CONDUCTUAL

La palabra cambiar es de origen celta cuyo significado es “hacer diferente; dar y recibir recíprocamente”.²⁰ Cambiar también significa “dejar una cosa o situación para tomar otra”²¹, “reemplazar una cosa por otra”.²² Cambio se refiere a “la acción y efecto de cambiar”.²³

La palabra conducta significa “comportamiento o manera de actuar”.²⁰ También significa “manera con que una persona se comporta en su vida y acciones”. A su vez, la palabra conducta nace de **conducir** del latín *conducere* (guiar juntos) que significa: dirigir, guiar (como un carro), llevar juntos.^{20, 21}

Según Rosnow y Robinson en 1962, el término actitud denota la organización de los sentimientos, creencias y predisposiciones de un individuo para comportarse de una determinada manera.¹⁹ La actitud tiene tres componentes estructurales: componente cognitivo o cognoscitivo, afectivo y conativo/conductual.^{12,19}



Componente cognoscitivo: consiste en la percepción del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto, que pueden ser verdaderas o falsas dependiendo de la objetividad que las respaldan.¹⁹ Otra definición es todo aquello que se sabe acerca del objeto que motiva la actitud, es decir, la información que se tiene de dicho objeto, independientemente de la información sea o no ajustada a la realidad.¹²

Componente afectivo: Se refiere a los sentimientos positivos o negativos de la persona hacia el objeto (como elemento emocional está más profundamente enraizado, por lo tanto, representa mayor resistencia al cambio).¹⁹ Otra definición expresa que son todas las emociones o estados afectivos que genera el objeto que motiva a la actitud, dichas emociones pueden tener una valencia positiva /agradable o negativa/desagradable.¹²

Componente conductual: Corresponde a la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto.¹⁹ Es aquel que traduce en conductas objetivas de los dos componentes anteriores. Dichas conductas pueden ser o no coincidentes o congruentes con los componentes cognitivo y afectivo.¹²

La conducta puede discrepar de los componentes cognitivo y afectivo puesto que la conducta (componente público de la actitud, en contraposición con los otros dos componentes que tienen un carácter privado) siempre está sujeta a procesos de evaluación social que pueden modificarla. Por ejemplo fumar, esta conducta en determinado grupo de edades, tiene connotaciones consideradas positivas: “fumar: indica independencia, como hacer cosas que están de moda, y que puedan parecer más interesantes, entre otras”.^{12, 14}

El hombre nace sin conducta; se expresa sólo con reflejos no condicionados (como el estornudo, náuseas, vómito, etcétera) e instintos (acciones heredadas que no se aprendieron como el sexual, agresividad, etcétera) y debe aprender su comportamiento del medio en que se desarrolla. Por lo tanto, la conducta humana puede ser explicada, teniendo en cuenta el marco social e histórico de fondo, a través de las variables causales (estructura



socioeconómica y cultural de la sociedad específica), de sus asociaciones y de las variables que norman el control posterior del comportamiento.²⁴

El comportamiento actual de nuestra especie es un fenómeno esencialmente humano, es decir, sociocultural. Esto significa que el peculiar comportamiento humano se genera en la estructura social en la que vive, además que se adquiere y desarrolla por aprendizaje social. Es un comportamiento adquirido, no genético (heredado).²⁴

Por consiguiente, no se puede hablar de una “conducta normal” en el hombre, porque ésta es eminentemente variable en sociedades, tiempo histórico y culturas diferentes (depende de dónde el individuo nazca y se desarrolle). Las sociedades humanas desarrollan históricamente concepciones sobre “la conducta aceptada” que sirven de índice para juzgar el comportamiento individual. Pero de ninguna manera esa conducta aceptada puede generalizarse porque no está determinada en forma biológica. Aún la conducta de base mayoritariamente biológica, como el comportamiento alimentario, lo que se observa y priva en el ser humano no es la conveniencia de su fisiología sino factores socioculturales como son la tradición nacional alimentaria, los gustos de los padres, los factores económicos, entre otros.²⁴

De otro modo no se explicaría por qué el ser humano, al revés de los otros animales, come muchas veces lo que no debe comer y no come lo que debe. Otro ejemplo interesante, es cuando se dice que la conducta de determinada sociedad o grupo es inmoral, en realidad lo que se está expresando es que ese tipo de comportamiento no es el aceptado por un grupo de seres humanos, es decir, por su sociedad. Todo esto sucede así porque la conducta, a pesar de que es expresión de individualidad, sólo puede comprenderse si los individuos considerados son tomados como elementos de una totalidad de los aspectos antes mencionados.²⁴

En todo este proceso, uno de los mecanismos básicos que debe entenderse es el “aprendizaje”, que es lo que permite al ser humano adquirir un



comportamiento con características que lo diferencian cualitativamente del comportamiento de los demás animales.²⁴ La modificación de comportamientos en salud, se refiere al cambio de una o varias conductas que se consideran nocivas para la salud de una persona, las cuales se encuentran estrechamente vinculadas a su estilo de vida, conocimientos, creencias, valores y actitudes que soportan sus hábitos diarios; por ello, se requiere de un programa educativo intencionado y sistemático que promueva el cambio.¹⁹

5.8 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La palabra **educar** del latín educare significa “criar, dar conocimientos o adiestramiento, enseñar; encaminar, llevar hacia fuera.”²⁰

La **educación** es “la enseñanza, acción de impartir conocimientos, el efecto de la enseñanza”.²⁰ No sólo es un proceso de enseñanza y de dar a conocer, sino de construir conjuntamente.

La educación es una actividad netamente social, un requisito para la humanización del hombre mediante la socialización; es la herramienta creada para conservar el conocimiento que el hombre ha construido a lo largo de su historia, desde sus instrumentos y artefactos, hasta costumbres, normas, códigos de comunicación, y convivencia, mecanismos imprescindibles para la supervivencia de los grupos y la especie.¹⁹

La educación es un proceso de comunicaciones sucesivas con unos propósitos previamente definidos, cuya finalidad es un cambio de comportamiento.¹² A lo largo de la historia, la educación se ha colocado como un medio que permite el desarrollo de la sociedad en diversos campos y el de salud no es la excepción. Por ello, hoy se puede hablar de educación para la salud que anteriormente se le nombraba “educación higiénica” o “educación sanitaria”. La educación para la salud es un procedimiento que



incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo. La educación es el denominador común de todas las actividades de salud pública y de medicina preventiva.^{9, 14}

En el concepto de educación para la salud, confluyen la educación, como posibilidad para construir nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida. De manera, que Rochon en 1996 dice “La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”. Esta definición, denota la importancia de los métodos educativos.^{14, 19}

La planificación de los temas a tratar, las técnicas, y recursos didácticos permitirán alcanzar los objetivos del proyecto de educación para la salud y lograr cambios voluntarios de comportamiento en el estilo de vida de una persona, en sus actitudes, valores y conocimientos; generando verdaderas experiencias de aprendizaje como sustento de los nuevos comportamientos saludables.^{14,19}

El referente teórico que fundamenta los programas de la salud se encuentra en las ciencias de la salud, las cuales establecen los parámetros claros del bienestar global de las personas; las ciencias de la conducta, que explican cómo se producen los cambios de comportamiento; las ciencias de la educación, con su aporte sobre el conocimiento de los procesos de aprendizaje, y las ciencias de la comunicación, que sienta las bases del proceso comunicativo. En la actualidad, la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar la salud para todos. No obstante, dicho reconocimiento dista mucho del peso real que se le atribuye en la práctica y en la toma de decisiones cotidianas.¹⁹

La educación para la salud es, aún hoy, una de las estrategias en la que menos recursos se invierten a todos los niveles del sistema, desde la



distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la administración pública.^{14, 19}

Esta situación puede deberse a la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; a la escasa formación que han recibido los profesionales, que les lleva a no intervenir o a hacerlo inadecuadamente; al escepticismo de los responsables que tienen que impulsar su desarrollo; a la pasividad de la población, acostumbrada a delegar en los profesionales el cuidado de su salud; y a determinados intereses profesionales o económicos, que ven en sus resultados una pérdida de poder y/o beneficios. A pesar de estas dificultades, el desarrollo de la educación para la salud es algo imparabile, debido a la necesidad que en este momento de ella se tiene.^{14,19}

La Organización Mundial de la Salud define a la educación para la salud como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de ella. Se puede dar en dos niveles: a) para los que no tienen los conocimientos b) para quienes tienen los conocimientos pero no los aplican (ejemplo: muchos saben que fumar es perjudicial para la salud, no obstante lo hacen). Es necesario impartirla desde que el niño nace, dentro del núcleo familiar, con el propósito de fomentar hábitos favorables y continuarla en la escuela (educación formal).¹⁰

El objetivo y propósito de la educación para la salud es mejorar la salud. Ella trata de facilitar/conseguir los cambios de conducta/comportamientos saludables (que mejoran la salud) de forma voluntaria.¹⁶ Según la maestra Cristina Sifuentes “El propósito de la educación para la salud es lograr que cada persona sea capaz de adoptar un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad para cuidarse”.¹⁹

Para que este propósito se logre, necesita dotar a las personas de recursos conceptuales, que les permitan reconocer sus necesidades y comprender su propio proceso salud-enfermedad, así como dotar de instrumentales que les



orienten sobre qué hacer, además de capacitarlos y motivarlos para que lo hagan.¹⁹

El método didáctico es el auxiliar idóneo para la planeación, instrumentación y evaluación del programa de educación para la salud. La planeación (prever antes de la acción) consiste en: 1° identificación de problemas/necesidades (metas que se desean llegar con el aprendizaje) 2° objetivos (selección y organización de temas a tratar) 3° actividades de aprendizaje (realización de diversas tareas) y recursos didácticos.¹⁹

La educación para la salud es una labor difícil y permanente que requiere dedicación, constancia y paciencia por parte de quien la realiza, así como un sincero deseo de ayuda y orientación a los demás. Demanda un claro conocimiento de los motivos (necesidades, intereses y aspiraciones) de la población, así como de su cultura (es decir, como piensan, creen, sienten y actúan).^{14, 18}

Se sabe que un serio obstáculo para el cambio son los factores culturales. La inteligencia, habilidad y don de convencimiento del educador (cirujano dentista) ayudarán a vencer poco a poco dicha dificultad. La educación también requiere obtener la participación consciente y activa de los individuos (pacientes) que integran la comunidad.^{14, 18}

Deben dárseles a conocer los objetivos de los programas de salud (en este caso los de la fase etiológica) y sus actividades (las terapéuticas propiamente dichas), así como la estructura y organización que se les ha dado. Hay que saber escuchar las observaciones y sugerencias de los pacientes, así como los inconvenientes que a su juicio pudieran encontrarse. Del mismo modo, es esencial solicitar su importante y necesaria colaboración, precisando en qué debe consistir; en otras palabras hacerles sentir que son parte de los programas (la fase etiológica), y que el éxito de los mismos está estrechamente relacionado con su apoyo y participación.^{14,18}



6. MOTIVACIÓN

A continuación se describe la definición de la palabra motivación, así como los diversos estudios en psicología que han abordado este rubro de conocimiento hasta el momento. Finalmente se expone como las teorías motivacionales tienen un potencial de aplicación en la salud oral.

6.1 DEFINICIÓN

a) Motivo significa razón o causa. Etimológicamente proviene del latín **motus/movere** (mover) e **ivus** (que realiza), entendiéndose “lo que mueve a realizar o actuar”.²⁰

La palabra motivación se define: a) Como la acción o efecto de motivar.²¹ b) Lo que nos hace actuar con interés y diligencia.^{22, 23}

c) Motivación significa: 1. Dar causa o motivo para algo 2. Dar o explicar la razón o motivo que se ha tenido para hacer algo 3. Disponer del ánimo de alguien para que proceda de un determinado modo.²⁵

d) Otro concepto de motivación: 1. Verbo con el sentido de “incitar (a alguien) a hacer algo 2. Estimular a alguien o despertar su interés.²⁵

6.2 ORÍGENES HISTÓRICOS DE LOS CONCEPTOS MOTIVACIONALES

La era racionalista

El pensamiento clásico griego de Platón y de la mayoría de los filósofos griegos versó en que el hombre es capaz de elegir metas, mientras el intelecto tenga libertad para decidir sus acciones, el determinante de la acción será la elección de una meta. Aparte la voluntad es libre, porque



siempre se dirige al futuro; la situación no restringe su libertad (con la salvedad de las limitaciones de la razón debidas a la educación). Platón reconocía la existencia de movimientos “forzados”, producidos por las emociones o por las pasiones animales, pero los consideraba torpes, carentes de gracia y de propósito. Su carácter era esencialmente fortuito o arbitrario y, desde luego no constituían las actividades naturales y habituales del hombre. ⁶

Se ha tomado en cuenta los puntos de vista de Platón, ya que muestra un interesante ejemplo de una filosofía del hombre en la que no hay conceptos motivacionales. La omisión se debe claramente a que esos conceptos no eran necesarios, porque se veía al hombre como ser activo y racional, con libertad de hacer lo que quisiera. ⁶

En el intelecto y la voluntad del hombre se encontraban las causas de sus acciones. Los elementos evaluativos de la filosofía racionalista griega han resultado duraderos; pues no sólo han dominado el pensamiento filosófico de occidente, sino que, a través de la teología cristiana han permeado todas las capas de las culturas en una medida que difícilmente se puede sobreestimar. ⁶

La revolución intelectual

La ortodoxia establecida no cedió ante ningún golpe aislado. El hombre entró gradualmente en una edad de descubrimientos. Se descubrió así mismo (Renacimiento) y al mundo exterior (revolución copernicana). Al declinar el prestigio de la filosofía aristotélica, hubo filósofos que propusieron visiones del mundo nuevas y audaces. Diversos filósofos en lugar de desesperarse porque Copérnico había desplazado al hombre de la posición que había tomado para sí en el centro del universo, descubrieron una nueva clase de optimismo. Es donde la filosofía de René Descartes tomó importancia en dicho pensamiento nuevo. ⁶



De acuerdo con su punto de vista, los animales, carentes de almas racionales, no eran sino simples autómatas. Atribuía su conducta a las fuerzas físicas que actuaban en ellos. Algunas de esas fuerzas eran externas y otras internas, causadas por agitaciones en el interior del organismo físico, por ejemplo, si un animal no tenía qué comer, eso perturbaba su organismo de modo que el animal iba y comía; su estructura física lo obligaba a comer.⁶

La fisiología de Descartes tuvo importancia debido a que rompía con las doctrinas escolásticas tradicionales y postulaba mecanismos explicativos, en lugar de los análisis en términos de capacidades y funciones aristotélicas. Para Descartes, buena parte del funcionamiento de los organismos consistía en la reflexión (reflejo), del cerebro hacia los músculos, con agitaciones que entraban en el organismo. En el caso de los animales, la reflexión era completamente automática: lo que entraba determinaba completamente lo que salía. Pero en el caso del hombre, el razonamiento se interponía entre lo que entraba y lo que salía, de modo que el hombre, de acuerdo a su conocimiento, tenía la libertad de elegir, seleccionar y determinar su conducta.⁶

Descartes pensaba que las emociones eran decisivas para determinar la acción. También forma el nuevo concepto de “instinto” del siglo XVII. Al principio, el instinto era el punto de partida de las fuerzas que impulsan al hombre a satisfacer sus apetitos. El instinto era el origen natural de los motivos que tenían importancia biológica. Dice Tomás de Aquino: “como los animales irracionales, actúan a partir de una especie de elección, aunque no es elección libre; ese juicio no es libre, sino implantado por la naturaleza.”⁶

El optimismo científico del siglo XVII escaló las cumbres más altas con Thomas Hobbes. El autor señala que la vida de los apetitos y la de las



emociones no son sino simples movimientos que ocurren en la cabeza, producidos por movimientos del corazón (corriente sanguínea). La sorprendente innovación de Hobbes no tiene antecedentes, ya que se utiliza un fenómeno que siempre ha sido fundamental en la doctrina racionalista: “el hombre es capaz de anticiparse mentalmente a lo que está a punto de hacer”. También pensaba que la voluntad del hombre es simplemente una idea que el hombre tiene acerca de sí mismo. Descartes propuso una explicación mecanicista de la conducta de los animales. A partir de allí, el paso lógico que Descartes tal vez no se atrevió a dar, era que también se podía ver al hombre como máquina. En cambio, Hobbes lo dio con valentía, con ese paso se convirtió en el primer opositor radical del racionalismo, y en el primer determinista. La psicología de Hobbes contribuyó a secularizar el estudio del hombre.⁶

El asociacionismo

Descartes y Hobbes propusieron la teoría mecanicista y compartieron, así, la fundación de uno de los movimientos decisivos en contra de la visión del hombre según el racionalismo tradicional y el asociacionismo. A John Locke se le suele acreditar su fundación, donde a partir de la suposición de que la mente innata es una tabla rasa y que se puede atribuir todo conocimiento a la experiencia.⁶

Locke trataba de explicar el contenido de la mente adulta en términos de una construcción gradual de ideas a partir de la experiencia. Destaca que la mente no puede crear ideas originales, ni tampoco tiene ideas innatas; para él la mente es pasiva, capaz tan sólo de recibir sensaciones y recordarlas como experiencias. Acerca de lo que impulsa al hombre a la acción, Locke decía que la voluntad está determinada por alguna inquietud (deseo) que la presiona, con la característica de que no sólo establece la voluntad, sino que además inicia la acción, “la inquietud de la mente debida a la ausencia de



algún bien deseado”. Locke había descrito el instinto sin perder su sabor teológico original: un punto de partida de la motivación era lo que “Dios pone en el hombre para determinar su voluntad”.⁶

Hutcheson, 30 años después, también estudió el concepto de instinto, observó que frecuentemente se tiene una propensión a actuar, “en la que no hay ninguna preconcepción de lo bueno, que no es ni deseo ni sensación y que determina nuestra acciones antes de que podamos pensar en sus consecuencias, y aún antes de que hayamos podido aprender nada de ellas”. Hutcheson cambia el énfasis de Locke, de modo que el instinto viene a ser la fuerza motivadora, y no su punto de partida.⁶

Con este autor se encuentra el primer concepto realmente moderno de instinto: fuerza que impulsa a la acción sin que haya una idea del objeto de la acción. También comenta, que los instintos funcionan antes de que haya educación acerca de la acción o de sus consecuencias. Hutcheson atacó la doctrina de la tabla raza de Locke y utilizó el instinto para atacar el asociacionismo inglés.⁶

La llegada del determinismo

Darwin fue el iniciador de la edad moderna en la teoría del instinto, propuso la primera definición objetiva de los instintos en términos de la conducta de los animales. Sus antecesores deducían el concepto de instinto de la experiencia emocional subjetiva del hombre; también fue uno de los primeros en plantearse el problema de cómo se forman los instintos. Darwin trataba a los instintos como simples reflejos con un mayor grado de complejidad y esperaba poder descomponerlos en unidades que resultaran compatibles con los mecanismos postulados de variación aleatoria y selección natural. Darwin dio un enorme impulso a la posición mecanicista.⁶



Al terminar el siglo se había desarrollado un concepto explicativo muy potente en psicología de los animales: el concepto del “arco reflejo”.

En donde, la notable teoría de Herbert Spencer ha resultado importante en varios aspectos. Dice que las acciones del hombre se rigen por el placer o el dolor, no porque constituyan metas o motivos, sino porque han actuado como reforzamiento en el pasado. El placer y el dolor explican la acción porque producen el aprendizaje. En Spencer, el “propósito” de la acción no es egoísta; los dominios conductuales se rigen por la supervivencia y no por el placer en sí mismos.⁶

Casi todos los conceptos motivacionales brotan de la tradición materialista, en donde están Darwin y Spencer. A Darwin se le debe el comienzo de la edad moderna en la teoría del instinto que fue la antecesora directa e inmediata del moderno concepto de pulsión. En el trabajo de Spencer se tiene la mayor parte de los ingredientes de una ley del reforzamiento y una explicación conductista del aprendizaje. Además con los conceptos de excitación naciente, Spencer sugirió todos los elementos importantes de una teoría del incentivo para explicar la motivación.⁶

El determinismo empírico

Se tiene un buen ejemplo de las ideas mecanicistas en la etimología de la palabra inglesa drive (pulsión), que Woodworth introdujo en la psicología norteamericana en 1918. Él trataba de demostrar la plausibilidad en que una buena parte de la conducta se considerara como producto de una máquina psicofísica, que se manifestaba en disposiciones innatas y habituales a la acción. Woodworth decía que su máquina, como cualquier otra, no podía funcionar sin combustible, es decir, sin alguna clase de energía o fuerza motivadora. Él buscaba una palabra para denotar esa fuerza psicológica; como le disgustaban las connotaciones mentalistas de “impulso” y “deseo”, sugirió “pulsión”, en la que a su modo de ver, se dejaba sentir la connotación



mecanicista adecuada. A partir de ahí, se ha supuesto que las pulsiones son capaces de impulsar a un organismo a la acción. ⁶

Hasta aquí se ha seguido el camino de la historia de los conceptos motivacionales y de la misma idea de motivación hasta más o menos el año 1900. Se ha visto, cuáles fueron los conceptos de los que se desprendieron los constructos modernos de pulsión, incentivo y reforzamiento. ⁶

6.3 LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LAS PULSIONES INSTINTIVAS

El trabajo más importante de Freud sobre la motivación fue “Los instintos y sus vicisitudes”, escrito en 1915. En él, Freud distingue entre los instintos y los estímulos, además afirma que los primeros son los principales motivadores de la conducta. Por definición, los estímulos se consideraban como necesariamente exteriores al organismo y, por lo tanto, evitables.

Freud admite que tuvo muchas dificultades para elegir una palabra que describiera la contrapartida interna del estímulo, antes de decidirse por la palabra alemana “trieb”, cuando se hicieron las primeras traducciones de las obras de Freud, se tradujo como “instinto”. En nuestros días, sería más correcto interpretarla como “pulsión”, que semánticamente es mejor hablar de “pulsiones instintivas”. ⁶

De acuerdo con su ensayo de 1915, un instinto o “pulsión instintiva” se caracteriza por su ímpetu (su elemento motor, la cantidad de fuerza, su misma esencia), su fin (la satisfacción que se obtiene al eliminar las condiciones de estimulación en el origen del instinto, la meta final de todo instinto), su objeto (lo que le sirve para llegar a su fin, la característica más



variable de los instintos) y su origen (el proceso somático de un órgano o una parte del cuerpo del cual resulta un estímulo, que en la vida mental se representa como instinto).⁶

La psicología de Freud se ocupa del deseo y el objeto meta, y afirma que se entenderá al individuo si se conoce esos componentes de su vida mental. Freud nos dice por qué un hombre hace cosas, pero no cómo las hace. En otro aspecto, Hall y Lindzey en 1957, dicen que el ego es el poder ejecutivo de la personalidad porque tiene el control de las vías de la acción, selecciona el ambiente al que va a responder y decide que instintos se van a satisfacer y de qué manera.⁶

6.4 CONSTRUCTOS MOTIVACIONALES DE LEWIN

En resumen, Lewin afirma que se deben explicar las acciones del hombre a partir del hecho de que percibe caminos y medios particulares para descargar determinadas tensiones. Al individuo le atraen las actividades que ve como medios de liberar su tensión; para él, tienen valencia positiva y experimenta una fuerza que lo impulsa a realizarlas. Otras actividades tienen un efecto opuesto, y el individuo encuentra en ellas la posibilidad de aumentos de tensión; se dice que tienen valencia negativa y que generan fuerzas repulsivas.⁶

La tensión. La premisa explicativa fundamental de Lewin es que la intención voluntaria de ejecutar un acto produce un estado de tensión en el organismo, que persiste hasta que la ejecución del acto que se intenta, la disipa. Lewin en su obra de 1926, definió el concepto de “necesidad” de modo más o menos permanente. Hace una distinción entre las necesidades genuinas y las cuasi-necesidades.⁶



Las necesidades genuinas son producidas por condiciones como el hambre, cuyo alivio es biológicamente útil para el organismo. Las tensiones causadas por las intenciones, los actos de voluntad y otras obligaciones más o menos arbitrarias del individuo, son cuasi-necesidades; su carácter es puramente psíquico. Para Lewin, entre las clases importantes de tensión motivadora están las producidas por las necesidades que caracterizan a un individuo determinado.⁶

Todas las personas tienen estructuras características de necesidades, que pueden ser en general estables, aunque varían un poco de un momento a otro. Las necesidades del individuo pueden ser reales, o cuasi-necesidades; resultan de cualquier circunstancia que sea, para el individuo, motivo de actuar de un modo concreto.⁶

No hay manera de demostrar la existencia de necesidades sin tensiones correspondientes, o de tensiones que no se basan en necesidades. Es más, en la obra de Lewin, se suele hacer referencia a la necesidad y la tensión como cosas casi equivalentes.⁶

Freud, Lewin y Murray comparten una misma creencia: se debe explicar la conducta por medio del descubrimiento de las fuerzas fundamentales que la causan. Nada sucede sólo porque sí; cada uno de los tres teóricos dicen que siempre debe haber alguna fuerza de energía o pulsión que lo cause.⁶



6.5 INSTINTOS

El concepto de instinto no tiene propiedades conceptuales fijas, pues carece de una forma cohesiva y estable; cambia según las circunstancias, el problema y las diversas posibilidades aceptables en un momento dado.⁶

En 1890, James rompe con la idea tradicional de que el instinto se aplica a los animales y la inteligencia al hombre. Decía que el hombre tiene más instintos diferentes entre sí que los demás animales, y lo que pasa es que suelen quedar opacados por el funcionamiento del aparato mental superior. La gran facilidad con que aprende, le permite disfrazar o modificar sus dones instintivos inherentes.⁶

Define al instinto como “la facultad de actuar de manera que se produzcan determinados fines, sin preverlos y sin que haya una educación anterior acerca de su ejecución”. Si consideramos el instinto como lo hace Lamark (junto con la mayoría de los teóricos de su época), es decir, como un circuito cerrado de hábitos que ocurre en el tiempo de evolución, se obtiene que “toda la conducta es en sus orígenes voluntaria, pero después de que se ejercita suficientemente, el acto voluntario se vuelve habitual y, suficientemente ejercitado, el hábito se vuelve hereditario o instintivo. Aún Darwin (1872) toma esta posición.⁶

James quería explicar sólo algunos aspectos de la conducta en términos de los instintos. McDougall va mucho más lejos; para él, toda la conducta humana tiene orígenes instintivos; afirmaba que los reflejos son inmutables e invariables, mientras que la conducta instintiva es modificable y adaptable a circunstancias cambiantes.⁶



El instinto, de acuerdo con McDougall, no sólo regula la conducta, sino también forma la base de la experiencia subjetiva del esforzarse y dirigirse a metas; se supone que todos nuestros deseos brotan de nuestros instintos. Además, a cada instinto se asocia una emoción característica. La emoción constituye el aspecto subjetivo del instinto, junto con la sensación de esfuerzo y deseo.⁶

La decadencia del instinto.

La popularidad creciente de las explicaciones de la conducta en términos de instintos llevó rápidamente a una crisis, a la que se podría llamar “la gran controversia del instinto”. Dada una actividad, se definía un instinto, de modo que la actividad en cuestión era manifestación del instinto. No se aplicaba ningún criterio para determinar si la conducta supuestamente instintiva era no aprendida, universal, ejecutada sin previsión o si tenía propósitos. Se vio claramente la imposibilidad de que se mantuviera ese estado de incongruencia y no tardó en producirse un enérgico movimiento crítico.⁶

Hoy parece raro que se haya expresado esa teleología (estudio de los fines o propósitos de algún objeto/ ser) conductual en términos de instintos, cuando se podría haber enunciado en términos de motivos, pulsiones, tensiones o, con más sencillez, conducta con propósitos. En realidad, eso se debió sólo a un accidente histórico. El concepto explicativo de la época era el instinto, se enunciaban las ideas motivacionales en términos de instintos, o no se enunciaban en absoluto.⁶

Craig, Woodworth y Dunlap concuerdan en que “determinadas condiciones fisiológicas del organismo -que significan perjuicios biológicos-, como las necesidades sexuales o de alimentación, despiertan los instintos. Además, en los instintos intervienen, característicamente, algunas clases particulares de conducta motivada: una sucesión de inquietas conductas de búsqueda,



que pueden variar mucho, pero que terminan invariablemente en una reacción innata fija, cuyo efecto es la eliminación de la condición inicial. En 1923, el concepto se llamaba “instinto,”; cinco años después y desde entonces hasta nuestros días “pulsión”.⁶

6.6 LA MOTIVACIÓN EN LA SALUD ORAL

La motivación es un factor indispensable en la enseñanza.¹⁸ En otras palabras, la motivación es todo aquello que nos induce a la acción.²⁶ Ésta determina la conducta; los propósitos, necesidades, intereses y aspiraciones (biológicas, psicológicas y sociales) del individuo, por ende constituyen los “motivos” de su conducta.¹⁸

El fracaso de la motivación acontece cuando los estímulos utilizados para ella no encuentran resonancia en el educando (paciente). Esta resonancia es conseguida si los estímulos con los cuales se quiere obtener la motivación se articulan con los intereses del educando (paciente).²⁶

Quién dice interés, dice necesidad. Todo interés es síntoma de una necesidad. La necesidad se entiende como un estado de tensión, debido a que se ha roto el equilibrio orgánico del individuo y que se manifiesta, en el campo psicológico a través del interés. Nada impide que el interés sea identificado como motivo.²⁶

Cuando el motivo se hace consciente, con previsión del objeto que debe ser alcanzado, puede ser denominado propósito. El propósito, así, es más definido y preciso que el motivo. Es necesario señalar, que los motivos pueden ser innatos y adquiridos. Los innatos son de naturaleza biológica, y los adquiridos, de índole social.²⁶

La motivación es el deseo o el interés (necesidad) por algo que brota dentro del individuo mismo; es como una fuerza o impulso interior que provoca interés por algo. La incentivación es la estimulación que viene desde afuera;



es la acción de despertar en el individuo, mediante estímulos exteriores, deseo o interés por algo. ²⁶

Motivar es suscitar un motivo; incentivar es reforzarlo. Motivar es, pues, crear situaciones que lleven al individuo (paciente) a querer aprender (hábitos saludables); e incentivar es hacer que esta motivación no decaiga. Por lo tanto, la motivación es interior y la incentivación exterior, si bien ambas concuerdan en la persecución del mismo objetivo, que es despertar psicológicamente al individuo (paciente) para algo (acciones para alcanzar y mantener su salud). ²⁶

La motivación en la enseñanza es una acción doble: el educador o maestro debe estimular y despertar el interés, así como promover el esfuerzo del educando por aprender; el educando ha de realizar dicho esfuerzo, movido por sus intereses o necesidades. La acción del maestro, su motivación es externa; la de los educandos es interna. ¹⁸

La motivación es el interés y esfuerzo que ponen nuestros alumnos (pacientes) en su aprendizaje o en las actividades necesarias para alcanzar sus metas, dicho interés se puede desarrollar, potenciar e incluso desaparecer, en función de los elementos internos y externos que intervengan, es justamente en éstos últimos donde la labor de los docentes (cirujanos dentistas) se hace fundamental. ²⁶

Díaz Barriga y Hernández (2005) sostiene que “en el plano pedagógico (en este caso traspolandolo a la salud) motivación significa proporcionar o fomentar motivos, es decir, estimular la voluntad de aprender (de aprender cambios de vida hacia la salud oral)”, ya que la labor educativa consistirá en crear los ambientes que les permitan a los alumnos (pacientes) motivarse a sí mismos (ser más responsables de su aprendizaje para su salud oral). ²⁶

Esto no libera a los docentes (cirujanos dentistas) de su labor, por el contrario, implica el diseño de actividades que ofrezcan retos razonables, que inciten a la planeación y toma de decisiones, además de la aplicación de



otras técnicas que permitan estimular a los pacientes en su desempeño académico (senda hacia cambios de conducta saludables).²⁶

Comprender a la motivación ya no como concepto abstracto sino en el contexto real de la práctica clínica odontológica, puede ayudar a la construcción de conocimientos significativos en los pacientes. Para lograrlo es necesario diseñar y aplicar estrategias didácticas que contemplen en sus objetivos facilitar el proceso de enseñanza (hacia acciones saludables contenidas en la fase etiológica), así como estimular la atención, interés y motivación de los pacientes.²⁶

La motivación en la enseñanza es inicial; esto es, la realizada al principio de una presentación; si se repite a lo largo de la misma recibe el nombre de incentivación. Tanto la motivación propiamente dicha como la incentivación son necesarias en la enseñanza.¹⁸

Todas las acciones del cirujano dentista deben tender a motivar al paciente: la preparación del tema, la presentación del mismo, su actitud y entusiasmo han de despertar el interés del paciente por aprender las técnicas de la fase etiológica.¹⁸

El cirujano dentista debe tener en cuenta que la motivación de los pacientes es variable de acuerdo a la edad, el sexo, condiciones económicas, sociales, escolaridad y su personalidad.

Hay individuos o grupos que no necesitan mucha motivación; otros requieren estímulos poderosos para aprender; unos más pueden motivarse fácilmente y otros no se impresionan por lo que motiva a los demás.¹⁸

La motivación pretende despertar el interés de los individuos y decidirlos aceptar voluntariamente los cambios de conducta favorables para su salud.¹⁸

Se refiere al cambio de alguna conducta que se considera nociva o perniciosa para la salud, hecho que cobra su verdadera dimensión si se tiene en cuenta, que los factores relacionados con los problemas de salud o de morbimortalidad están estrechamente ligados a los estilos de vida, también



están muy relacionados con el concepto de modificación del comportamiento y los de la promoción y la educación para la salud.¹²

La comunidad odontológica que interviene en la salud oral, debe comprender los efectos sanitarios de las conductas inapropiadas para orientar con éxito la prevención y la eliminación de la enfermedad. Por consiguiente, los servicios de prevención primaria y secundaria a nivel individual, orientados hacia una modificación de las conductas inadecuadas forman parte de la responsabilidad profesional de todos los proveedores de atención sanitaria bucal.²⁷

Hay una cantidad creciente de pruebas que indican que la conducta individual de paciente influye sobre el éxito del tratamiento periodontal, y hasta es decisiva, puesto que los resultados del tratamiento periodontal son particularmente limitados en pacientes que carecen de la conducta adecuada.²⁷

Los y las pacientes sin compromiso con la higiene oral y los tratamientos preventivos son situaciones que han sido frustran a los cirujanos dentistas. A pesar de que las dos enfermedades orales más comunes (caries dental y enfermedad periodontal) son casi enteramente prevenibles con los comportamientos o hábitos apropiados.²⁸

Desafortunadamente, el apego del paciente a los programas preventivos orales a largo plazo es difícil de alcanzar. Estudios indican que dicho apego a los programas preventivos orales oscila entre el 10% y el 60% dependiendo del comportamiento/conducta que se desea modificar. Es impresionante, que aún los pacientes con condiciones vitales amenazantes, el apego personal a la dieta y la prescripción farmacológica se estima no superior al 50%.²⁸

Las tasas de apego a los regímenes de terapéuticas preventivas representan un problema de salud pública serio y costoso. La falta de apego a los tratamientos es la causa más importante de readmisiones hospitalarias. El costo del desapego en los regímenes farmacológicos, se estima en 300



billones de dólares anuales. Así mismo, el costo de los tratamientos preventivos para las enfermedades orales en los Estados Unidos se espera exceda los 60 billones en este siglo XXI.²⁸

Es razonable, que en el concepto clínico de la atención periodontal a) se incluya la evaluación de la conducta del paciente b) si es necesario se apliquen técnicas de asesoramiento eficaz para cambiar la actitud. La atención periodontal tradicional incluye la enseñanza de las técnicas de higiene oral. Los estudios pasados y recientes sobre la eficacia de la enseñanza de la higiene oral, siempre revelaron que el cumplimiento del paciente con el régimen diario de higiene oral es escaso. Reforzar los hábitos de higiene oral mediante recomendaciones en más consultas puede compensar en parte la ineficacia de las instrucciones de higiene oral impartidas una vez o en repetidas ocasiones. Sin embargo, debido al poco cumplimiento del paciente, muchas veces se suspenden las visitas de mantenimiento, lo que repercute sobre la falta del control profesional y la potencial recidiva de la caries y la enfermedad periodontal.²⁷

Por lo anterior, el cirujano dentista debe establecer un ambiente de información, ya sea por persuasión o argumentación, auxiliando al paciente a realizar su propio deseo de cambiar. El empeño del profesional para motivar a sus pacientes debe ser pautado por el amor y por el rigor. Cada consulta debe aportar nuevas informaciones, nuevas posibilidades, a fin de evitar la repetición y el cansancio, despertar la curiosidad e incentivar nociones de autocuidado. Puesto que, la motivación no es algo que alguien pueda producir en el otro, sí puede ser reforzada y apoyada por otros cuando el individuo encuentra un motivo que lo lleve a una determinada acción.²⁸

En el caso de que los pacientes sean impacientes y desinteresados en la relación a su salud oral, se debe mantener persistencia, porque esos pacientes con quienes más necesitan del incentivo del cirujano dentista. No obstante, si el panorama es desanimador y sin resultados palpables, es necesario seguir adelante, plantar la semilla de la promoción y educación



para la salud, para que un día (aunque remoto) el paciente se concientice de la importancia del mantenimiento de su salud oral. Según Lascala y Moussalli, el éxito del tratamiento está relacionado con la capacidad que el profesional tiene de motivar y educar a sus pacientes en relación a los recursos de higienización, la motivación del paciente es mucho más importante que la técnica enseñada.²⁸

La responsabilidad del cirujano dentista es esencial y obligatoria para lograr los cambios de conducta saludables en la población.¹⁴ De ahí, que la motivación en todos los niveles de prevención es una de las pocas estrategias que pueden ayudar a solucionar los problemas de la salud, por ende, lograr “la salud para todos”. La promoción para la salud fundamentada en la motivación, es sin lugar a dudas una de las expresiones más sinceras en el regreso a la humanización de las prácticas médicas y odontológicas.



7. FASES PERIODONTALES

Según la Academia Americana de Periodoncia, la periodoncia es la especialidad responsable de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los tejidos de soporte dentario. Las estructuras que componen el periodoncio son la encía, el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar.²⁸

Los estudios epidemiológicos indican que la principal causa de pérdida de los dientes hasta los 35 años de edad es la caries dental, y sólo a partir de entonces la situación se revierte; pasando a predominar como factor etiológico de la pérdida dentaria la enfermedad periodontal. La presencia de la enfermedad periodontal inicia tempranamente en el ser humano, pues es conocido que casi el 100% de los niños y niñas presentan algún sitio atacado por la gingivitis.²⁸

Aunque casi cualquier persona puede tener un cierto grado de periodontopatía, los estudios epidemiológicos recientes indican que las etapas más graves no predominan tanto como solía creerse. Los resultados de los sondeos efectuados en muchos países con el Índice de las Necesidades de Tratamiento Periodontales en la Comunidad (INTPC), expresan que casi no hubo sujetos plenamente sanos en el grupo de 35 a 44 años, que es el grupo clave; sin embargo, las afecciones observadas con más frecuencia fueron relativamente leves, cálculo y bolsas periodontales poco profundas (cuatro ó cinco mm de profundidad) alrededor de los dientes. Con pocas excepciones, los porcentajes de personas y el número medio de sextantes por persona afectados por bolsas de profundas (de 6 mm o más) fue pequeño o muy pequeño.



La opinión expresada con frecuencia de que las periodontopatías son la principal causa de la pérdida de los dientes no puede sustentarse con los datos disponibles. La pérdida de los dientes como resultado de periodontopatías es poco común antes de los 50 años y, por ende, las periodontopatías se consideran el factor contribuyente de importancia para la pérdida de los dientes a partir de esa edad.²⁹

En el grupo de edad de 35 a 44 años, es interesante señalar que no hay diferencias bien establecidas entre los países industrializados y en desarrollo cuando se trata de las etapas más avanzadas de periodontopatía. La evidencia existente no permite sustentar la opinión de que ésta constituye un problema mucho mayor para ese grupo de edad en los países en desarrollo.²⁹

Son más aparentes las diferencias en los hábitos de higiene bucodental entre los países muy industrializados y los que están en vía de desarrollo. Los datos del INTPC muestran que los adolescentes (de 15 a 19 años de edad) en los países en desarrollo tienen una elevada incidencia de cálculo y hemorragia gingival a la exploración, lo que puede deberse a malos hábitos de higiene bucodental. Sin embargo, la grave destrucción periodontal entre los 35 y los 44 años parece ser un problema limitado en la mayoría de los países en desarrollo estudiados.²⁹

Es obvio, que la prevalencia y gravedad de la destrucción del tejido periodontal aumentan con la edad y que eso influye en la posibilidad de caries radicular de los dientes.²⁹ Es importante considerar el fenómeno del envejecimiento de la población, ya que afecta a numerosos países del mundo. En México, en el año 2005, el número de personas de 60 años o más fue superior a los ocho millones; en el futuro, el número y la proporción de ancianos en relación con el total de la población seguirá aumentando.^{30, 31}



Los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño realizada en México, apoyada por la Organización Mundial de la Salud, incluyó a la población de 20 estados del país; esta encuesta identificó que la proporción de personas desdentadas de 65 años o más era de 30.6%, lo que indica que cerca de 70% de la población de la tercera edad aún está en riesgo de padecer enfermedad periodontal y caries dental.^{30, 32}

La caries y la enfermedad periodontal representan infecciones oportunistas asociadas con la formación de biopelícula en las superficies dentarias. Factores tales como la especificidad y la patogenicidad bacteriana así como la variabilidad biológica del individuo a la enfermedad, pueden influir sobre el comienzo, la velocidad de progresión y las características clínicas de las enfermedades dentales asociadas con la biopelícula dental.^{14, 17, 27, 28, 33,}

Sin embargo, los resultados de los experimentos realizados en animales y de los estudios longitudinales efectuados en seres humanos, han demostrado que el tratamiento que incluye la eliminación o el control de la infección por las bacterias de la biopelícula y la introducción de medidas cuidadosas de control de la placa permite lograr la salud dental y periodontal en la mayoría de los casos, si no es que en todos.

Aún cuando la salud no pueda alcanzarse y mantenerse siempre, la detención de la progresión de la enfermedad luego del tratamiento debe ser la meta del cuidado dental moderno.^{27, 17, 28, 33}

El tratamiento de los pacientes afectados por caries y enfermedad periodontal (incluidos quienes presenten consecuencias orales graves de dichas enfermedades), puede ser dividido con fines didácticos en cuatro fases diferentes:²⁷



1° Fase sistémica: La meta de la fase es eliminar o disminuir la influencia de enfermedades sistémicas sobre los resultados de la terapia y proteger al paciente. El contacto con un médico permitirá que se adopten las medidas preventivas apropiadas, si es necesario. Esta etapa se basa en el diagnóstico médico definitivo que se obtiene con la historia clínica.²⁷

2° Fase inicial (o de higiene) de la terapia periodontal. Esta fase representa la terapia etiológica y su objetivo es lograr que la cavidad oral esté limpia y libre de infecciones a través de la eliminación completa de todos los depósitos suaves y duros y de sus factores retentivos. Otro objetivo de esta fase, es motivar al paciente para que realice un control óptimo de la biopelícula dental. La fase inicial de la terapia periodontal concluye con una reevaluación y planificación de terapias adicionales y de mantenimiento.²⁷

3° Fase correctiva: En esta fase se encaran las secuelas de las infecciones oportunistas y se incluyen medidas terapéuticas como cirugía implantológica y periodontal, terapia endodóntica, terapia restauradora o tratamiento protésico. La magnitud de la terapia correctiva requerida y la selección del tipo de terapia restauradora o protésica, sólo pueden ser determinadas cuando se puede evaluar propiamente el grado de éxito de la terapia etiológica.

La voluntad de los pacientes y su capacidad de cooperar en la totalidad de la terapia deben determinar el tipo de tratamiento correctivo. Si esta cooperación es insuficiente, quizá no valga la pena iniciar procedimientos terapéuticos: por lo tanto, no se podrá lograr una mejoría permanente de la salud oral, la función y la estética.²⁷

4° Fase de mantenimiento o terapia periodontal de sostén (TPS): El propósito de este tratamiento es la prevención de la reinfección y la



recurrencia de la enfermedad (sea periodontitis, gingivitis, caries y/o periimplantitis). Se debe programar la TPS en el momento de la reevaluación posterior a la terapia inicial e independientemente de la necesidad de terapia adicional (entiéndase fase correctiva).²⁷

El autocontrol de la placa combinado con visitas regulares de mantenimiento después de un tratamiento periodontal activo representa un método eficaz para controlar la gingivitis, la periodontitis y limitar la mortalidad dentaria por un periodo de 30 años.^{27,34} Sin embargo, es importante destacar que el programa de visitas periódicas debe ser diseñado para cubrir las necesidades individuales del paciente (basándose en la evaluación de riesgo periodontal-ERP); donde algunos pacientes deberán volver a ser citados cada tres meses, mientras otros podrán ser controlados una vez al año.²⁷

Se debe diseñar un sistema de recordatorios para cada paciente que incluya a) la evaluación de sitios profundos con sangrado durante el sondeo, b) la instrumentación de esos sitios y c) la aplicación de fluoruro para la prevención de caries dental.

Este tratamiento implica, también un control regular de las restauraciones protésicas incorporadas durante la fase correctiva de la terapia, y la aplicación de pruebas de sensibilidad dental a los dientes pilares, porque la pérdida de vitalidad es una complicación frecuente. Sobre la base de la actividad cariogénica individual se deben incorporar radiografías con aleta mordida a la terapia periodontal de sostén a intervalos regulares.²⁷

En el caso de menores de edad (infantes y adolescentes) y de la población en general, la periodicidad ha sido determinada clásicamente cada seis meses, con poco fundamento científico. En la actualidad, se tiene la tendencia de que la visita periódica de control debe ser espaciada de acuerdo al riesgo de caries, y en el caso de enfermedad periodontal del



paciente. Los menores de edad, con altos niveles de caries, tendrán que ser examinados cada dos meses, evaluando los procedimientos preventivos.^{17, 28}

Por lo general, citas de cuatro a seis meses parecen apropiadas en jóvenes que responden favorablemente al tratamiento de gingivitis o periodontitis, pero esta decisión debe tomarse de forma individualizada y teniendo en cuenta los factores de riesgo, motivación y cumplimiento del paciente.³³

La planificación del tratamiento antes descrito, se basa en los datos clínicos reunidos a partir del examen del paciente. Una vez finalizado dicho examen y establecido el diagnóstico de todos los procesos patológicos se puede formular un plan de tratamiento inicial. En esta fase temprana del tratamiento casi siempre es imposible tomar decisiones definitivas acerca de todos los aspectos de la secuencia terapéutica, debido a que: 1) se ignora el grado de éxito de la terapia inicial, 2) se desconoce la necesidad “subjetiva” del paciente de una terapia adicional sea periodontal y/o restauradora, en otras palabras de la fase correctiva y 3) no se pueden predecir los resultados de algunas fases del tratamiento.²⁷

En otras palabras, las partes críticas y difíciles del tratamiento (formas avanzadas de caries y enfermedad periodontal) deben ser ejecutadas en primer término y el resultado de este tratamiento debe ser evaluado antes de que se puedan anticipar o describir apropiadamente todos los aspectos del tratamiento correctivo definitivo.²⁷



8. FASE INICIAL / FASE ETIOLÓGICA / FASE I

La **fase inicial** de la terapia periodontal tiene diversos nombres: control de la infección, terapia/tratamiento etiológico, fase de higiene o simplemente fase inicial; en el área de periodoncia de la Facultad de Odontología se le conoce como **fase I periodontal**.²⁷

La Fase inicial se basa en cuatro terapéuticas:

1. La entrevista motivacional
2. El control mecánico de la placa supragingival
3. El control químico de la placa supragingival
4. Tratamiento no quirúrgico

Esta etapa de la terapéutica periodontal es parte del fundamento que esta investigación toma como base para proponer la Fase Odontológica Integral I, enfocada a la motivación para cambios conductuales saludables en la prevención primaria y secundaria de la caries y la enfermedad periodontal.

8.1 IMPORTANCIA DEL ASESORAMIENTO CONDUCTUAL EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL

La salud periodontal se basa en conductas adecuadas como el autocontrol regular de la biopelícula dental, evitar el tabaco y el consumo de una dieta sana. Como una de diversas justificaciones a la aseveración anterior es que se ha comprobado que la higiene oral insuficiente, el consumo de tabaco y una dieta no controlada en la diabetes mellitus tipo 2 tienen un efecto destructivo sobre los tejidos periodontales.²⁷

La prevención y el control de la enfermedad periodontal y de la caries dental deben encararse tanto a nivel de la población general como a nivel individual. Las políticas de salud pública eficaces toman en cuenta a la totalidad de la



población y se centran en los problemas sanitarios que representan la mayor carga dentro de una comunidad.²⁷

La comunidad odontológica que interviene en la atención de la salud oral, debe comprender los efectos sanitarios de las conductas inapropiadas para orientar con éxito la prevención y la eliminación de la enfermedad. Por consiguiente, los servicios de prevención primaria y secundaria a nivel individual orientados hacia una modificación de las conductas inadecuadas, forman parte de la responsabilidad profesional de todos los proveedores de atención sanitaria oral.²⁷

Hay una cantidad creciente de pruebas que indican que la conducta individual del paciente influye sobre el éxito del tratamiento periodontal y del control de la caries dental, y hasta es decisiva, puesto que los resultados de los diversos tratamientos son particularmente limitados en pacientes que carecen de la conducta adecuada. Como ejemplo en una revisión efectuada por Ramseier se comprobó que después de la eliminación de la biopelícula, el abandono del hábito de fumar era la medida más importante para el tratamiento de la periodontitis crónica. Por ende, es razonable que en el concepto clínico de la atención odontológica se incluya: la evaluación de la conducta del paciente y si es necesario se apliquen técnicas de asesoramiento eficaz para cambiar la actitud.^{27, 35}

La atención odontológica tradicional incluye la enseñanza de las técnicas de higiene oral. En la práctica se le ofrece al paciente una demostración de la técnica de cepillado adecuada, seguida por recomendaciones sobre la frecuencia y el tiempo destinado al cepillado dental. Los estudios pasados y recientes sobre la eficacia de la enseñanza de la higiene oral, siempre revelaron que el cumplimiento del paciente con el régimen diario de higiene oral es escaso y decepcionante. Reforzar los hábitos de higiene oral mediante recomendaciones en más consultas puede compensar en parte la ineficacia de las instrucciones de higiene oral impartidas una vez o en repartidas ocasiones.^{27,36, 37}



Sin embargo, debido al poco cumplimiento del paciente, muchas veces se suspenden las visitas de mantenimiento, lo que repercute sobre la falta de mantenimiento profesional y la potencial recidiva de la enfermedad periodontal y la caries dental. Es lamentable que muchos métodos de educación sanitaria sean ineficaces en cuanto al logro de un cambio sostenido, lo cual lleva a la frustración del paciente y del profesional. Si el profesional no le ofrece al paciente la oportunidad de analizar las razones del particular cambio conductual (como ejemplo la técnica de cepillado dental, hilo dental, entre otros) y las barreras del paciente para llevarlo a cabo, toda conversación alcanzará un punto muerto y el cambio de actitud es improbable. En ciertos casos, se culpa al paciente de poco cumplimiento y el resto de la enseñanza acerca de la salud oral puede parecer carente de sentido.^{27, 37, 38, 39}

Tanto en la literatura odontológica como en la índole conductual hay escasas evidencias sobre maneras eficaces de recomendar el cuidado de la salud oral en particular acerca de a) la enseñanza de la higiene oral individual para lograr que ésta sea óptima, b) prevención del consumo de tabaco y el asesoramiento para dejar de fumar y c) recomendaciones adecuadas para lograr una dieta sana.^{27, 40}

Para obtener resultados útiles en la atención periodontal y de la caries dental, es necesario aplicar diferentes estrategias individuales tendientes a lograr cambios de actitud. De acuerdo con las pruebas disponibles en relación con la enseñanza de higiene oral, se puede utilizar la demostración reiterada del uso de un elemento de limpieza; mientras que para lograr el abandono del uso del tabaco, aparte de la farmacoterapia, puede ser útil el uso de preguntas, consejos, comentarios, asistencia y preparativos (método conocido en inglés como de las cuatro “a”: ask, advise, assess, assist, arrange).^{27, 40}

Desde el punto de vista práctico, puede ser complicado y aun desalentador enfrentar al paciente con enfermedad periodontal y caries dental con



diversas modalidades y un mismo objetivo: desarrollar conductas saludables para obtener resultados óptimos con el tratamiento odontológico así como los cuidados de mantenimiento a largo plazo. Por ende, en aras de la simplicidad, puede ser preferible aplicar una sola modalidad que oriente un cambio hacia el cuidado de la salud oral y que sea eficaz para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades orales. Esta modalidad debe:²⁷

- Basarse en las mejores evidencias disponibles
- Poder implementarse en conductas de higiene oral, prevención primaria y secundaria de la enfermedad periodontal y la caries dental, así como en la recomendación dietética
- Ser apta para su implementación en el consultorio odontológico

Como ya se explicó, los esfuerzos educativos de los cirujanos dentistas no suelen ser eficaces para cambiar la conducta del paciente. Numerosas investigaciones conductuales sugieren que la raíz de este problema puede estar en los conceptos erróneos de la educación para la salud. Específicamente, en las ideas de que el cambio de conducta sólo le compete al paciente, que requiere aprendizaje o comprensión y que al cirujano dentista le corresponde proporcionar información relevante.^{27, 41, 42, 43, 44, 45, 46}

La entrevista motivacional, en cambio, se basa en una noción diferente del cambio de la conducta humana. Supone que el conocimiento es insuficiente para generar cambios de conducta y que el cambio conductual sostenido es mucho más probable cuando se conecta con los valores individuales. En otras palabras, la motivación arranca “desde dentro del paciente” y no le es impuesta desde el exterior por el cirujano dentista.^{27, 41, 47, 48, 43, 44, 45, 46}

En la entrevista motivacional, la suposición es que las personas tienen “dentro de ellas” sus propias razones para cambiar y que el papel del profesional es provocar y reforzar esas razones.

La entrevista motivacional se originó en el campo del comportamiento adictivo, pero poco a poco se ha ido aplicando a una variedad de problemas



que necesitan de cambios conductuales, incluidos las conductas como el consumo del tabaco, la dieta y el ejercicio. Los principios y las técnicas de la entrevista motivacional fueron adaptados específicamente para intervenciones breves en el entorno médico y recientemente fueron evaluados en el campo odontológico.^{27, 41, 42, 48, 43, 44, 45, 46}

8.2 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional es definida como “un método directivo centrado en el paciente que tiene por objeto fomentar la motivación intrínseca para fomentar cambios mediante la exploración y la resolución de la ambivalencias”. La expresión “centrado en el paciente” se refiere al análisis puesto en la comprensión y la elaboración de la perspectiva del paciente y en su visión de lo que significa lograr un cambio de conducta. Así, por ejemplo, en lugar de hablarle simplemente al paciente sobre los beneficios de dejar de fumar (desde la perspectiva del cirujano dentista), el profesional invita al paciente a describir su propio punto de vista acerca de las ventajas y las desventajas de continuar fumando (o cualquier tipo de conducta no saludable a nivel oral).^{27, 49, 8, 7, 6}

Si bien la perspectiva del paciente es central, ya que la entrevista motivacional ofrece directivas, el cirujano dentista da pasos deliberados para facilitar un resultado conductual particular. Así por ejemplo, sin ignorar las preocupaciones del paciente acerca del cambio, el cirujano dentista refuerza y alienta de manera selectiva la elaboración de todas las afirmaciones del paciente orientadas hacia la posibilidad o los beneficios de efectuar un cambio. Mediante el esclarecimiento y la elaboración de razones propias del paciente para cambiar, la motivación para el cambio que se fomenta es intrínseca o interna, en lugar de ser impuesta desde fuera. Este método se apoya en el supuesto de que las personas casi siempre pueden identificar los



pros y los contras (ambivalencias) en lo que respecta a cambiar su conducta.
27,49, 8, 7, 6

Evidencias a favor de la entrevista motivacional

La evidencia a favor de la entrevista motivacional es diversa. Al comienzo la entrevista motivacional fue creada para el tratamiento de conductas adictivas, particularmente el alcoholismo. Sin embargo, la explosión de la aplicación de la entrevista motivacional en otras áreas del cambio conductual ha sido suficiente para que ahora haya cuatro metaanálisis publicados; el más reciente de los cuales incluye más de 70 ensayos clínicos. Por lo general, los metaanálisis indican que las intervenciones basadas en la entrevista motivacional son, por lo menos, equivalentes a otros tratamientos activos, y superiores a los controles con placebo o sin tratamiento en lo que respecta a: problemas de conductas adictivas (drogas, alcohol y juego), adopción de medidas de purificación de agua/tecnología de seguridad, cumplimiento de dietas así como de práctica de ejercicio y en lograr mantener un compromiso con el tratamiento.^{27,48, 41, 47, 50}

De particular relevancia en el ámbito odontológico, donde sólo es posible un asesoramiento breve, las intervenciones basadas en la entrevista motivacional, son tan eficaces como las intervenciones activas, pese a que demandan un tiempo significativamente menor de contacto, lo cual sugiere que la entrevista motivacional es una técnica de orientación de particular eficacia. En 2005, Rubak afirmó que en un encuentro de 15 minutos, el 64% de los estudios revelan que hubo un efecto positivo. Además, cuando la intervención fue realizada por médicos se observó un efecto positivo en alrededor de 80% de los estudios, lo que sugiere que es posible que los profesionales que no son expertos en orientación se desempeñen con eficacia en encuentros breves de entrevista motivacional.^{27, 50}

Otra conducta de particular relevancia para la salud oral es el comportamiento alimentario. Como se señaló, los metaanálisis hallaron



efectos significativos de la entrevista motivacional sobre el cambio de la dieta. Específicamente esos estudios documentaron cambios debidos a la entrevista motivacional en: la ingesta alimentaria global así como de grasas, consumo de carbohidratos, ingesta de colesterol, índice de masa corporal, peso, ingesta de sal, consumo de alcohol e ingesta de frutas y verduras.^{27,51, 52, 8, 53}

En otra investigación, se examinaron los efectos de la entrevista motivacional en comparación con la educación sanitaria tradicional para motivar a 240 madres de niños pequeños con alto riesgo a desarrollar caries dental, para que cumplieran una dieta adecuada enfocada a la prevención de caries. El primer grupo control recibió una sesión de entrevista motivacional y seis llamados telefónicos de seguimiento durante un año (además de un folleto y un video educativo). Al segundo grupo control sólo se le dio el folleto y se le mostró el video educativo. Como resultado, la estrategia del primer grupo fue más eficaz para prevenir nuevas caries dentales en niños al cabo de 2 años. Este estudio coincide con los resultados de los metaanálisis, donde se identificó que la entrevista motivacional fue eficaz para lograr cambios en la dieta.^{27, 41, 48, 43,44}

En síntesis, numerosos datos que sustentan el uso de la entrevista motivacional como método efectivo para lograr cambios conductuales saludables en el campo de la odontología. Dada la extraordinaria explosión en la aplicación de la entrevista motivacional, se puede anticipar que no falta mucho tiempo para que existan más estudios en el ámbito odontológico.^{27, 49, 48, 41, 47, 50, 43, 44, 45, 7, 46, 6}

Principios de la entrevista motivacional en el plan de tratamiento odontológico

Se han identificado cuatro principios generales que capturan el criterio subyacente del método. Primero, el profesional debe “*expresar empatía*” por el dilema del cambio conductual del paciente. En otras palabras, debe



transmitir la aceptación de la perspectiva del paciente, mostrando y expresando comprensión de los sentimientos e inquietudes del paciente.²⁷

El segundo principio es “*desarrollar la antinomia*” entre la conducta actual del paciente y la que le gustaría tener para ser coherente con sus metas y valores más amplios. Por ejemplo, la meta de ser fuerte o responsable, o buen esposo o padre, puede estar vinculada con ser sano y sugiere la necesidad de mejorar las conductas relacionadas con la salud.²⁷

El tercer principio es “*revertir la resistencia*”. Cuando los pacientes argumentan contra el cambio hay una fuerte tendencia a caer en la trampa de oponer argumentos contrarios. En consecuencia, el paciente gasta toda su energía argumentando contra el cambio, que es precisamente lo opuesto que se desea y que quizá lo convierta en menos proclive al cambio. Por lo tanto, quienes realizan la entrevista motivacional deben evitar la discusión y apelar al uso de métodos de la entrevista para revertir la resistencia.²⁷

El cuarto principio es “*apoyar la autosuficiencia* o la confianza del paciente” en su capacidad de cambiar. No es probable que los pacientes logren un cambio, a pesar de estar motivados, si no saben cómo hacerlo creerán imposible lograrlo. Por lo tanto, los conductores de la entrevista deben tratar de fomentar la confianza de sus pacientes, mediante recursos que fomenten: la confianza en su capacidad para cambiar, señalar éxitos pasados (reforzamiento positivo) y proporcionar indicaciones específicas y concretas de las conductas a cambiar.²⁷

Habilidades básicas para la comunicación

Para implementar la entrevista motivacional en odontología, es preciso identificar la forma de asegurar el espíritu colaborador y empático del método. Existen cuatro componentes básicos de una entrevista motivacional breve, que pueden resumirse utilizando el acrónimo PARRS: preguntas abiertas, reafirmación (destacar lo positivo del paciente), reflexión y síntesis.²⁷



- a) La entrevista motivacional inicia adoptando una posición apropiada. Dicha posición es donde el cirujano dentista se sienta de frente al paciente, a la misma altura. Esto contribuye a que el paciente se sienta realmente invitado a participar en un diálogo como socio, en lugar de sentirse únicamente como el receptor del consejo de un experto, con la cara descubierta (sin cubrebocas) y colocando la atención en el paciente.²⁷
- b) Preguntas abiertas: Si se somete al paciente con muchas preguntas cerradas (preguntas cuya respuesta es un “sí” o un “no”), se coloca en un papel pasivo al paciente. En cambio, las preguntas abiertas invitan al paciente a la reflexión, a la colaboración y al esfuerzo. Se propone utilizar las entradas como: ¿Qué opina sobre su...? ¿qué piensa de...? ²⁷
- c) Reafirmación del paciente. Es propio de la naturaleza humana temer una actitud negativa, es especial si otros evalúan la conducta de un tercero. El reconocimiento de los esfuerzos del paciente y la valoración de su honestidad, reducirán su resistencia e incrementarán la apertura y la posibilidad de cambios. Ejemplo: “Me está diciendo con claridad porque no se preocupa demasiado por su cepillado y yo aprecio mucho su honestidad”. ²⁷
- d) Reflexión sobre lo que el paciente transmite. La reflexión es la manera fundamental de demostrar empatía (capacidad de entender la perspectiva de la otra persona). La reflexión incluye el esfuerzo genuino de comprender la perspectiva del paciente, (1) capta el significado subyacente de las palabras del paciente, (2) es concisa, (3) se expresa como una observación o un comentario y (4) transmite comprensión más que enjuiciamiento. Ejemplo: “Realmente usted parece haber perdido la esperanza de dejar de fumar alguna vez” ²⁷
- e) Síntesis. Sintetizar demuestra interés, organiza la entrevista y vuelve las cosas a su lugar si es necesario. Es la compilación de pensamientos del paciente sobre el cambio mencionado durante la sesión de



asesoramiento. Ejemplo: “Hay una gran parte de usted que no se siente lista para el cambio en este momento. Usted realmente disfruta fumar, pero ha estado preocupado por la forma en que la gente reacciona cuando se dan cuenta de que fuma. ¿Es así?”²⁷

Asesoramiento y recomendaciones

Se ha destacado la diferencia entre la educación para la salud orientada al consejo y la entrevista motivacional, es importante reconocer que a veces es conveniente dar información para encarar las preguntas, los malentendidos o la falta de conocimientos del paciente. El código de aptitudes para la entrevista motivacional (Motivational Interviewing Skill Code)⁵³, que se utiliza para evaluar el cumplimiento de los principios de la entrevista, distingue entre impartir consejos sin permiso (lo cual está prohibido), e impartirlos con permiso (que es coherente con los principios de la entrevista). Sólo se debe proporcionar información cuando el paciente lo desea y está interesado en recibirla.²⁷

Los cirujanos dentistas suelen equivocarse al aconsejar demasiado pronto en un encuentro de atención odontológica tradicional con el paciente, lo que determina que el paciente perciba que su cirujano dentista tiene una agenda y que está tratando de “presionarlo”. En cambio, al realizar una entrevista motivacional, es común hallar que el mecanismo de provocar la perspectiva del paciente revela brechas en su conocimiento, preguntas, inquietudes y malentendidos sobre los cuales el paciente apreciaría recibir más información. Entonces, el cirujano dentista puede suministrar información relevante que es mucho más probable que sea bien recibida. En 1999, Rollnick esbozó un proceso de tres pasos que sirve como guía para aconsejar con un estilo acorde a la entrevista motivacional:^{27, 45}



Paso 1: provocar la disposición y el interés del paciente en escuchar la información. Ejemplo: “Poseo cierta información relacionada con (tal tema) que a usted puede interesarle. ¿Le interesaría escuchar más sobre ello?”

Paso 2: suministrar la información de la manera más neutra posible. Ejemplo: “La investigación indica que...” o “muchos de mis pacientes me dicen que...”. Esto permite presentar información concreta de una manera que refuerza la autonomía del paciente.

Paso 3: provocar la reacción del paciente frente a la información presentada. El seguimiento (evaluación) del paciente en el tiempo facilitará que el paciente integre la información nueva de una manera que aporte una nueva perspectiva e incremente la motivación para el cambio. Por el contrario, el seguimiento también revelará vacíos de conocimiento o malentendidos que se pueden aclarar. Si un paciente “rechaza” la información es importante no entrar en debate. Por lo general, es mejor reconocer la perspectiva del paciente con expresiones como “esta información no parece relevante en su situación” y pasar a un tema de conversación más productivo.²⁷

8.3 MOTIVACIÓN EN EL CONTROL MECÁNICO DE LA BIOPELÍCULA SUPRAGINGIVAL

La placa dental es una biopelícula bacteriana que no se elimina con facilidad de la superficie dentaria. Se sabe que los productos bacterianos de la biopelícula, inician una cadena de reacciones que conducen a la protección del huésped pero también a la destrucción de los tejidos. La biopelícula dental es una configuración compleja, por lo que, muchos autores expresan que los índices de placa tradicionales son inadecuados, porque no evalúan las características cualitativas de la biopelícula de cada persona. La biopelícula puede ser supragingival o subgingival, y puede estar adherida o



no al diente o a los tejidos blandos. La composición de la biopelícula dental varía según las personas y los sitios en un mismo individuo.²⁷

Para mantener la salud oral, es preciso adoptar medidas de control personal de la biopelícula en forma regular. Existen diversas pruebas que señalan que la biopelícula dental y la gingivitis/periodontitis se pueden controlar con seguridad, mediante el cepillado complementado por otros procedimientos de limpieza mecánica. Sin una higiene oral adecuada, la salud periodontal tiende a deteriorarse una vez establecida la periodontitis y la pérdida de inserción proseguirá.²⁷

El autocontrol minucioso de la placa puede modificar tanto la cantidad como la composición de la biopelícula subgingival. Socransky confirmó que un régimen de control de la biopelícula supragingival óptimo y permanente, puede modificar la composición de la microflora de la bolsa periodontal y reducir el porcentaje de bacterias periodontopatógenas. En la actualidad, tanto la prevención primaria y secundaria de la gingivitis y de la periodontitis, se basan en lograr control suficiente de la biopelícula dentaria. Casi 50 años de investigación experimental han confirmado que la eliminación eficaz de la biopelícula dental es esencial para la salud dental y periodontal.²⁷

El concepto de prevención primaria de la gingivitis deriva de la presunción, de que la gingivitis es la precursora de la periodontitis y que el mantenimiento de la salud gingival evitará la periodontitis. En consecuencia, la prevención de la gingivitis podría tener un efecto importante en los gastos destinados a la atención periodontal. La prevención primaria de las enfermedades periodontales incluye intervenciones educativas sobre enfermedades periodontales y sus factores de riesgo, así como la autoeliminación constante de la biopelícula, y la eliminación mecánica profesional de la biopelícula y el cálculo. La higiene oral óptima requiere la motivación del paciente, herramientas adecuadas y enseñanza profesional.



La expresión “higiene oral personal” se refiere a los esfuerzos del paciente para eliminar la biopelícula supragingival. La información sobre la higiene oral debe ser adaptada a cada paciente y población.²⁷

La enseñanza de la higiene oral es esencial en la prevención primaria de la caries dental y la gingivitis. El perfeccionamiento de dicha higiene se suele conseguir gracias a la interacción recíproca entre el paciente y el cirujano dentista. El papel del paciente es aprender a autoeliminar de manera eficiente la placa, y a aceptar controles periódicos que aseguren un nivel alto de higiene oral. El paciente debe estar interesado en mantener la salud de los tejidos, en el plan de tratamiento propuesto y motivado en participar(empoderamiento). Sin cumplimiento del paciente, no se logrará un buen resultado del tratamiento. El principio de toda acción preventiva se basa en que su efecto es mayor cuando el riesgo a desarrollar la enfermedad es mayor.²⁷

Un requisito indispensable para establecer hábitos de limpieza dental acordes con la necesidad del paciente, donde esté altamente motivado, informado e instruido. Al implementar estos cambios, los cirujanos dentistas deben asegurarse que el paciente reconozca su estado de salud oral, y el papel importante que desempeñan los procedimientos de higiene en la prevención de la caries y las enfermedades periodontales. Ésto lo estimulará para que asuma la responsabilidad de su salud oral (empoderamiento). La enseñanza de la higiene oral también debe incluir componentes como la autoevaluación, el autoexamen, el autocontrol y la autoenseñanza.²⁷

En este contexto es preciso saber, que el cumplimiento de las recomendaciones del tratamiento suele ser escaso, en particular en pacientes con enfermedades crónicas en las que el riesgo de complicaciones no es inmediato ni peligroso para la vida a corto y mediano plazo. De modo que, cualquiera que sea la eficacia de una técnica de cepillado, sólo será



valiosa si se prepara al paciente para aplicarla con regularidad. Si el cirujano dentista consigue establecer el vínculo entre la salud oral y la salud general del paciente, esa persona estará mejor dispuesta a establecer medidas de higiene oral como parte de su manera de vivir.²⁷

La cuestión de cambiar la manera de vivir de un paciente es la parte más difícil de las sesiones de motivación. Es más sencillo aprender los principios del cepillado y el uso del hilo dental, por el contrario, mucho más difícil es integrarlos a la vida cotidiana. Esto puede ser una fuente de frustración para el cirujano dentista que suministró la información al paciente sobre la necesidad de tomar medidas de higiene oral.²⁷ Pero no se debe olvidar, que las investigaciones han demostrado que si los profesionales dan consejo a los pacientes sobre cómo mejorar su higiene de manera correcta, es muy posible que lo logren hacer.¹⁸ Si se combinan la motivación, la información (videos educativos, folletos) y la enseñanza con trato humano profesional, los efectos en término de reducción de los niveles de placa y de los niveles de reducción de inflamación pueden persistir hasta más de seis meses. Diversos autores basados en ensayos clínicos, han recomendado que la enseñanza de higiene oral se imparta durante una serie de visitas para dar al paciente la posibilidad de una devolución inmediata y un refuerzo de sus actividades de higiene.²⁷

Son pocos los pacientes que siguen estrictamente las indicaciones preventivas y los adolescentes son una población importante. Ella es un periodo de alto riesgo a la caries dental y la enfermedad periodontal (en particular gingivitis), debido a : una reducción de la motivación para la higiene oral, aunado al uso de aparatos ortodóncico, el aumento en el consumo de azúcares fermentables, sin olvidar la menor supervisión de los padres. Cada grupo etario tienen sus particularidades y riesgos que deben ser identificados.¹⁷



La falta de cumplimiento de los pacientes con las instrucciones puede deberse a muchas razones entre las cuales figuran: ²⁷

- a) La falta de voluntad para realizar el autocuidado
- b) Comprensión insuficiente de las indicaciones
- c) Falta de motivación
- d) Opiniones equivocadas sobre la salud dental
- e) Situaciones de estrés
- f) Bajo estatus socioeconómico (donde el cirujano dentista debe considerar los canales y el código correcto para comunicarse, ofrecer los aditamentos para la higiene que puedan ser adquiridos acordes a la economía del paciente, entre muchos otros aspectos).

8.4 EJEMPLO DE RECOMENDACIÓN Y TERAPÉUTICA ORIENTADA A LA MOTIVACIÓN

PACIENTES CON ALTO RIESGO Y ACTIVIDAD DE CARIES
Recomendaciones ²⁸
Agua fluorada
Dentífrico 3 veces al día. Para bebés, estará indicado dentífrico con 500ppm de flúor una vez al día, observándose la técnica transversal de colocación en el cepillo.
“Tratamiento de choque”: Cuatro aplicaciones de barnices o fluorofosfato acidulado al 1.23%, dependiendo de la edad del paciente. Estas aplicaciones se realizarán en intervalos semanales y posteriormente, en intervalos mensuales, hasta el control de la actividad. Al alcanzar este objetivo, se hará una nueva aplicación cada 3 meses. Después de los cambios en los factores asociados a la caries y pasando a ser clasificado de bajo riesgo. Las aplicaciones de fluoruro con finalidad de prevenir nuevas lesiones se podrán realizar cada 6 meses.



PACIENTES CON ALTO RIESGO, SIN ACTIVIDAD DE CARIES
Recomendaciones ²⁸
Agua fluorada
Dentífrico fluorado 3 veces al día
Aplicación tópica profesional de flúor cada 3 meses (barniz o gel) hasta la reducción del riesgo, cuando entonces la aplicación deberá hacerse cada 6 meses
En fase de alto riesgo, como en el caso de pacientes en tratamiento de ortodoncia o que estén en época de la primera o segunda ventana de infectividad, se puede indicar también el uso de colutorios para pacientes con más de 6 años de edad.

PACIENTES DE BAJO RIESGO SIN ACTIVIDAD DE CARIES
Recomendaciones ²⁸
Agua fluorada
Dentífrico fluorado , 3 veces al día, en pacientes con más de 3 años de edad
No es necesaria la aplicación tópica profesional, de cuando mucho una aplicación cada 6 meses.

La motivación, en el caso del paciente preescolar hasta los 10 años aproximadamente, debe ir enfocada a los tutores. Se propone realizar material didáctico de fácil comprensión, atractivo y altamente profesional.

1. Éste debe incluir material impreso y/o audiovisual donde se conceptualicen, justifiquen y expresen:
 - Criterios de riesgo alto-moderado- bajo.
 - Proceso de la caries y la gingivitis.
 - La historia natural de la enfermedad de la caries dental y la enfermedad periodontal.
 - Ventajas de las terapéuticas preventivas y desventajas de las terapéuticas de rehabilitación



- Qué es mejor curar o preservar la salud y ejemplos.
- El primer y segundo nivel de prevención para la caries dental y la gingivitis
- Demostrar con una tabla comparativa los costos económicos reales de los tratamientos de prevención primaria y secundaria para la caries dental y la enfermedad periodontal, en contraposición a los costos de los tratamientos de rehabilitación (endodoncia, periodoncia, cirugías, implantes, prótesis fijas y removibles, entre otros).
- Descripción de las siguientes terapéuticas de prevención primaria y secundaria y el apoyo científico que las cataloga eficaces y de vanguardia en la actividad clínica odontológica:
 - Control mecánico de la biopelícula supragingival
 - Control químico de la biopelícula supragingival
 - Tratamiento no quirúrgico
 - Técnica de cepillado dental
 - Técnica de hilo dental
 - Control personal de biopelícula y pulido dental
 - Colutorios orales
 - Selladores de fosas y fisuras
 - Aplicación de fluoruro en gel y espuma
 - Aplicación de barnices
 - Inactivación de caries activas cavitadas y no cavitadas
 - Técnicas de higiene para los elementos de rehabilitación protésica
 - Asesoramiento dietético
- Demostrar en una tabla comparativa la odontología con enfoque preventivo y la odontología mutilante, costosa y elitista.



- Ejemplificar los valores, ética y moral del actuar responsable sin importar la pérdida del poder económico que está impresa en el paradigma de la odontología mutilante reinante en América Latina, particularmente en México.
2. Entrevista motivacional, cuestionarios para determinar la motivación intrínseca del paciente en la salud oral, así como el desarrollo de otras estrategias motivacionales y de incentivación para el efectivo cambio conductual.

En cuanto al paciente adolescente , adulto joven y adultos, los mimos materiales pueden ser utilizados, ya que los estudios epidemiológicos y la Organización Mundial de la Salud justifican que las terapéuticas de prevención primaria y secundaria se promuevan obedeciendo a los diagnósticos morbosos de cada paciente; prefiriendo la odontología enfocada a la prevención primaria y secundaria en lugar de promover la odontología mutilante, costosa y elitista que jamás logrará mantener y prolongar la salud oral.

En cuanto al paciente senescente, la epidemiología demuestra que gracias a las terapéuticas preventivas es una realidad que lleguen a estas edades conservando cada vez más órganos dentarios. Así que las mismas estrategias de motivación que promueven la prevención primaria y secundaria en menores de edad, jóvenes y adultos, deben ser utilizadas respetando el diagnóstico de los procesos patológicos individuales. Sin embargo, para los casos clínicos donde ya no se puedan realizar tratamientos de prevención primaria y secundaria (por causa de la historia natural de la enfermedad de la caries y la enfermedad periodontal, así como por el resultado de la odontología mutilante), el material antes descrito servirá para hacer conciencia en este grupo etario y se le invitará a que promueva esta promoción con sus descendientes.



9. FASE ODONTOLÓGICA INTEGRAL I

Posiblemente el nombre de fase I periodontal, traerá problemas de concepción ya que estrictamente la etimología del título sólo se refiere a terapéuticas periodontales. En este trabajo de tesina se propone englobar tanto tratamientos preventivos primarios y secundarios para la caries dental así como para la enfermedad periodontal, por lo cual se le asigna el nombre de “Fase Odontológica Integral I“(FOII). Dichos tratamientos tienen como finalidad: el control de biofilm dental de manera mecánica y química; asesoramiento alimentario; la supresión de la inflamación gingival; prevención de caries incipiente en superficies lisas, así como en fosas y fisuras; la conservación de la oclusión al evitar la destrucción del tejido dentario y la pérdida de los órganos dentarios; prevención de enfermedades periodontales; prevención de caries recidivante en tratamientos de rehabilitación, por lo consiguiente, el alargamiento de la vida útil y el éxito de dichos tratamientos rehabilitadores, así como asegurar una exitosa y eficaz fase III de mantenimiento.

Su propósito es alcanzar el objetivo de la promoción y educación para la salud oral, haciendo uso de los niveles de prevención primaria y secundaria de la caries y la enfermedad periodontal, respetando y cuidando al paciente, prefiriendo prevenir la enfermedad antes que curarla, basándose en el paradigma donde el éxito de la prevención primaria y secundaria de estas enfermedades se centra en la motivación del paciente, para lograr cambios conductuales saludables mediante la educación para la salud oral.

De manera ordenada esto serían los pasos para desarrollar la Fase Odontológica Integral I:



1. Fase sistémica

1.1 La obtención del diagnóstico médico definitivo basándose en la historia clínica médica, la exploración física y los estudios paraclínicos necesarios. Se establecerá el diagnóstico de presunción sistémico, y si fuera el caso se derivará al paciente con el médico para que establezca el diagnóstico definitivo del proceso morboso del cual se sospecha y que no ha sido diagnosticado al momento de la atención odontológica.

1.2 Llenado del consentimiento válidamente informado.

2. Fase de diagnóstico estomatológico

Se basa en establecer el diagnóstico de todos los procesos patológicos del área del cirujano dentista para formular un plan de tratamiento inicial.

2.1 Exploración ganglionar de cabeza y cuello

2.2 Diagnóstico de presunción de los tejidos blandos orales: labios, mejillas, vestíbulos, lengua, piso de boca y paladar

2.3 Diagnóstico periodontal

2.3.1 Periodontograma: sangrado, sondeo, nivel de inserción, movilidad dentaria y cálculo, entre otros.

2.3.2 Estudio imagenológico: serie radiográfica

2.3.3 Diagnóstico de riesgo de la periodontitis crónica: en riesgo/sin riesgo

Basándose en los tres factores de riesgo principales: control inapropiado de la biopelícula dental, hábito de fumar y diabetes mellitus no controlada.¹⁶

2.3.4 Índice de biopelícula dental

2.3.5 Diagnóstico periodontal general

2.3.6 Diagnóstico periodontal dentario individual (ausente, gingivitis, periodontitis leve- moderada-severa, defectos gingivales, entre otros) y el pronóstico dentario individual



pre-terapéutico (favorable, dudoso, tratarlo es irracional) basándose en los criterios, periodontales, endodónticos, dentarios, funcionales y protésicos. ¹⁶

2.4 Diagnóstico de caries dental

2.4.1 Odontograma.

2.4.2 Índice de biopelícula dental.

2.4.3 Estudio imagenológico: radiografías corono-apicales, de aleta mordible y ortopantomografía.

2.4.4 Diagnóstico cariológico dentario individual (sano, clasificación sitio-estado).

2.4.5 Diagnóstico de riesgo cariológico: sin riesgo/en riesgo alto-moderado-bajo.

Basándose en la clasificación de riesgo de caries de la Academia Americana de Odontopediatría

3. Fase etiológica o de higiene

3.1 La entrevista motivacional (motivación del paciente): diseñar y utilizar materiales auxiliares (visuales, de audio, entre otros) para explicar al paciente sus procesos patológicos y de riesgo; incentivándole, promoviéndole y motivándole hacia las terapéuticas de prevención primaria y secundaria para tratar la caries y la enfermedad periodontal.

3.2 Terapéuticas de prevención primaria y secundaria para la caries y la enfermedad periodontal

3.2.1 Control mecánico de la biopelícula supragingival

3.2.2 Control químico de la biopelícula supragingival

3.2.3 Tratamiento no quirúrgico

3.2.4 Técnica de cepillado dental

3.2.5 Técnica de hilo dental

3.2.6 Control personal de biopelícula y pulido dental

3.2.7 Colutorios orales



3.2.8 Selladores de fosas y fisuras

3.2.9 Aplicación de fluoruro en gel y espuma

3.2.10 Aplicación de barnices

3.2.11 Inactivación de caries activas cavitadas y no cavitadas

3.2.12 Técnicas de higiene para los elementos de rehabilitación protésica

3.2.13 Asesoramiento dietético

3.3 Aplicación de estrategias motivacionales enfocadas a las terapéuticas de prevención primaria y secundaria para la caries, enfermedad periodontal y maloclusiones.

3.4 Reevaluación posterior a la fase de higiene

Implica el análisis cuidadoso de los resultados obtenidos respecto a la eliminación o el grado de control de la infección dental. Una reevaluación del estado periodontal y de la actividad cariogénica del paciente. Los resultados de esta fase determinan la selección de las medidas correctivas de la siguiente fase. Se debe programar la fase de mantenimiento independientemente de la necesidad de la fase correctiva.

Se deben desarrollar estrategias motivacionales con el trabajo conjunto de profesionales de la salud y especialistas en psicología. Dichas estrategias deben lograr ser implementadas y deben ser factibles de ser evaluadas con la finalidad y verificar su mayor eficacia en la nueva atención odontológica enfocada en las en el paradigma de la motivación, superando la atención tradicional.

Después de la Fase Odontológica Integral I, seguirá la “Fase Correctiva” (Fase Odontológica Integral II) que involucra el tratamiento endodóntico adicional con reconstrucción posterior o sin ella, la cirugía periodontal y el tratamiento restaurador y protésico definitivo (implantes, prótesis dentales



fijas y/o removibles); y finalmente la “Fase de Mantenimiento” (Fase Odontológica Integral III).

El diagnóstico en ortopedia maxilar, protésico y de los trastornos temporomandibulares, también se deberá incluir en la fase de diagnóstico estomatológico. Estos no se describen debido a que este trabajo no se enfoca en su diagnóstico y tratamiento; sin embargo, el diagnóstico en ortopedia maxilar deberá ser de gran prioridad debido a que existen terapéuticas eficaces del primer y segundo nivel de prevención en etapas críticas del crecimiento y el desarrollo, donde el éxito del tratamiento depende en mucho de la conducta motivada del paciente.



10. CONCLUSIONES

En virtud de que la promoción y la educación para la salud oral siguen siendo un área de acción muy poco estimada en la mayoría de los cirujanos dentistas de Latinoamérica, este trabajo buscó crear conciencia y reiterar su importancia para que no muera ni se extinga la esperanza de algún día alcanzar “la salud oral para todos”.

La epidemiología revela que en los países en vías de desarrollo la caries dental y la enfermedad periodontal siguen prevaleciendo de manera alarmante. Por lo tanto, se deben tomar medidas efectivas y unir esfuerzos para hacer realidad y palpables cambios conductuales saludables en la población.

La falta de apego a las terapéuticas preventivas en odontología, son el signo contundente del fracaso profesional. De ahí, la imperiosa necesidad de valerse de la motivación, como medio para alcanzar cambios conductuales permanentes en la salud oral.

El cumplimiento de las recomendaciones para la higiene oral suele ser escaso, así como la dificultad de lograr establecer la alianza terapéutica que propicie el cambio conductual hacia la salud oral. Por lo consiguiente, se hace patente la imperiosa necesidad de utilizar las teorías motivacionales con el objetivo de conseguir con éxito la prevención primaria y secundaria odontológica.

Se debe promover una estructura de atención odontológica integral (como la de la Fase Odontológica Integral), donde la prevención, promoción y educación para la salud sean los pilares y bases de su fundamento, cuyo



motor y éxito esté basado en el desarrollo y búsqueda de estrategias motivacionales eficaces.

Esta investigación documental busca ser un parteaguas, para promover el conocimiento del estudio de la motivación. En donde, se fomenten y desarrollen estrategias en el campo de la odontología, se inicien cursos para aprender a diagnosticar el origen de las conductas perniciosas de los pacientes utilizando el paradigma de la motivación, entre otros alcances y proyectos.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miller W.R. Motivational Interviewing with problem drinkers. 1983, Behavioural Psychotherapy 11: 147-172.
2. Moyers T.B. History and happenstance: how motivational interviewing got its start. 2004, Journal of Cognitive Psychotherapy 18:291-298
3. Renisow K. Dilorio C. Soet J.E. Ernst D. Borrelli B. Hecht J. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. 2002, Health Psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association 21:444-451
4. Heyman G. Dweck C. Achievement Goals and Intrinsic Motivation: Their Relation and Their Role in Adaptive Motivation.1992, Plenum Publishing Corporation. Motivation and emotion, Vol. 16, No.3: 231-247
5. Reeve J. Nix G. Expressing Intrinsic Motivation Through Acts of Exploration and Facial Displays of Interest. 1997 Plenum Publishing Corporation. Motivation and Emotion, Vol.21, No.3: 237-250
6. Bolles R. Teoría de la motivación investigación experimental y evaluación. 1era. ed. Estados Unidos. Editorial Trillas. 2006, Pp.31-61, 69-73, 83-107.
7. Halvari A. Halvari H. Bjornebekk G. Deci E. Motivation and anxiety for dental treatment: Testing a self-determination theory model of oral self-care behavior and dental clinic attendance. 2010, Springer Science+Business Media. Motiv Emot 34:15-33
8. Salazar Y. Rojas F. La motivación, la experticia tecnológica y acceso a recursos informáticos y su relación con modalidades de enseñanza virtuales. 2010, Anales de la Universidad Metropolitana. Vol. 10 No. 2:75-92.
9. Álvarez R. Kuri-Morales P. Salud Pública y Medicina Preventiva. 4ta ed. México, Editorial El Manual Moderno, 2012. Pp. 7,25-33,37-39.



10. Higashida B. Educación para la Salud. 2da ed. México, Editorial The McGraw-Hill Companies, 2005, Pp.3, 5, 13
11. Hidalgo R. Hospederos de la Norma. Actas Odontol. Fac. Odontol. Univ. Catol. Urg. 2008; 5(1): 24-28.
12. Frías A. Salud pública y educación para la salud. 1era. ed. España, Editorial Masson, 2000, Pp. 3, 7, 50,51, 355-359, 367
13. Juaregui C. A. Suarez P. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Enfoque en salud familiar. 2a ed. Colombia, Editorial Médica Panamericana, 2004. Pp. 122.
14. Capelli D. Chenevert C. Prevention in Clinical Oral Health Care. 1era ed. Editorial Mosby Elsevier, 2008, Pp.2-6, 14, 45-63, 122-126, 134-135, 196-206. 3. 15.
15. González R. Castro J. M. Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de vida. 1era ed. México, Editorial The McGraw-Hill Companies, 2012. Pp. 17
16. Rochon A. Educación para la salud. 1era. ed. España, Editorial Masson, 1991, Pp. 8,9, 12, 13,27
17. Castillo R. Perona G. Kanashiro C. Estomatología Pediátrica. 1era. ed. Editorial Médica Ripano, Perú, 2011, Pp. 93-110,112-137,503.
18. Álvarez R. Educación para la salud. 2da. ed. México, Editorial El Manual Moderno, 2005, Pp.16, 19, 20, 21, 37,38
19. De la fuente J. Sifuentes M. Nieto M. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 1era. ed. Editorial El Manual Moderno, México, 2014, Pp. 59-68, 119
20. Gómez G. Breve diccionario etimológico de la lengua española. 1era. ed. México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988, Pp. 132, 181,241, 470
21. De Riquer M. Marías J. Zamora A. Colino A. Delibes M. Bousño C. Diccionario esencial de la lengua española. 1era. ed. España, Editorial Real Academia Española, 2006, Pp. 255,38e2, 1002



22. García R. Pequeño Larousse ilustrado. 2da. ed. París, Editorial Larousse, 1994, Pp. 184,258, 703.
23. Diccionario de la Lengua Española. 21 ed. España, Editorial Real Academia Española, 1992, Pp.264, 997
24. San Martín H. Tratado General de la Salud. 1era. ed. México. Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1992, Pp. 54,55, 56
25. Diccionario panhispánico de dudas. 1era. ed. Colombia, Editorial Real Academia Española, 2005, Pp.446
26. Martínez E. Curso “Motivación en el aula”, Programa de Actualización y Superación Docente (DGAPA), 2014, Pp. 2,3
27. Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Tomo II. 5ta. ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2009, Pp. 655-663, 695-700, 705- 722, 734-754, 766- 779
28. Guedes-Pinto A.C. Fundamentos de Odontología: Odontopediatría. 1era. Ed. Editorial Santos Editora, Brasil, 2011, Pp. 61-64, 133-145, 147, 155, 170-185, 203-234.
29. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Elementos esenciales de la formación de personal de salud bucodental: ¿Cambio o deterioro? , Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos 794. Ginebra, Suiza. 1990, Pp. 9-15
30. Hernández R.D. Mendoza V.M. Martínez I.A. Morales L. Odontogeriatría y Gerodontología. 1era. ed. México. Editorial Trillas. 2011, Pp. 126-130
31. Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la población en México 2000-2050, Consejo Nacional de Población México, 2002.
32. Medina-Solís C.E. Pérez R. Maupomé G. “Edentulism among Mexican adults aged 35 years and older and associated factors”, Am. J. Public Health, 96:1578, 2006.



33. Boj J.R. Odontopediatría La Evolución del Niño al Adulto Joven. 1era. ed. Editorial Ripano Editorial Médica, 2011, Pp. 211-218, 225, 226, 235-237,486.
34. Axelsson P. Nystrom B. Lindhe J. "The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. 2004, Journal of Clinical Periodontology 31, 749-757.
35. Ramseier C.A. Potential impact of subject-based risk factor control on periodontitis. 2005, Journal of Clinical Periodontology 32(suppl 6):283-290
36. Johansson L.A. Oster B. Hamp S.E. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. 1984, Journal of Clinical Periodontology 11:689-699
37. Schuz B. Sniehotta F.F. Widemann A. Seemann R. Adherence to a daily flossing regimen in university students: effects of planning when, where, how and what to do in the face of barriers. Journal of Clinical Periodontology 33:612-619.
38. Wilson T.G. Glover M.E. Schoen J. Baus C. Jacobs T. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. 1984, Journal of Periodontology 55:468-473
39. Demetriou N. Tsami-Pandi A. Parashis A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. 1995, Journal of Periodontology 66:145-149
40. Fiore M.C. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. 2000, Respiratory Care 45:1200-1262
41. Burke B.L. Arkowitz H. Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. 2003, Journal of Consulting and Clinical Psychology 71:843-861



42. Burke B.L. Dunn C.W. Atkins D.C. Phelps J.S. The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. 2004, *Journal of Cognitive Psychotherapy* 18:309-322
43. Weinstein P. Harrison R. Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one year findings. 2004, *Journal of the American Dental Association* 135: 731-738
44. Weinstein P. Harrison R. Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. 2006, *Journal of the American Dental Association* 137:789-793
45. Rollnick S. Mason P. Butler C.C. *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners*. 1999, Edinburg: Churchill Livingstone.
46. Butler C.C. Rollnick S. Cohen D. Bachmann M. Russell I. Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. 1999, *British Journal of General Practice* 49:611-616.
47. Burke B.L. Dunn C.W. Atkins D.C. Phelps J.S. The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. 2004, *Journal of Cognitive Psychotherapy* 18:309-322
48. Hettema Steele J. Miller W.R. Motivational interviewing. 2005, *Annual Review of Clinical Psychology* 1:91-111
49. Miller W.R. Rollnick S. "Motivational interviewing: Preparing People for Change, 2da. ed. Nueva York. The Guilford Press, 2002
50. Rubak S. Sandbaek A. Lauritzen T. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 55:305-312
51. Bowen D. Ehret C. Pedersen M. Snetselaar L. Johnson M. Tinker L. Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative. 2002, *Journal of the American Diet Association* 102:1631-1637



-
52. Woolhard J. Glover M.E. Schoen J. Baus C. Jacobs T. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. 1984, Journal of Periodontology 55:468-473
53. Richards A. Kattelman K. K. Ren C. Motivating 18 to 24-year-olds to increase their fruit and vegetable consumption. 2006, Journal of the American Diet Association 106: 1405-1411