



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA, REVISIÓN
HISTÓRICA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ANABEL GARCÍA NIEVES

TUTORA: C.D. LUZ MARÍA MAGDALENA RUÍZ SAAVEDRA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GRACIAS:

A Dios por haberme bendecido con:

Mi MADRE:

Gracias mamá por la fe que inculcaste en mí, por siempre creer en mí, a veces más que yo misma, por haber apoyado en todo momento, por estar a mi lado cuando más lo necesitaba y ayudarme a levantarme cuando me caí. Por enseñarme a nunca perder la esperanza y esforzarme por las cosas que quiero. Y sobre todo por darme la vida y todo tu amor. TE QUIERO.

Mi PADRE:

Gracias por ser un ejemplo a seguir, pues a pesar de las circunstancias por las que tuviste que atravesaste, lograste tus metas, gracias a tus sacrificios, esfuerzos y responsabilidad. Gracias por enseñarme a poner todo mi empeño en las cosas y hacer siempre lo mejor posible mi trabajo. TE QUIERO.

Mis HERMANAS:

Gracias Caty, Sonia, Janet y Magda por apoyarme siempre en todo momento y de toda manera, por regañarme, por felicitarme, por darme ánimos, por solaparme, por todos los momentos felices y difíciles que hemos pasado juntas, por compartir su vida conmigo. Gracias por que de cada una he aprendido cosas buenas y malas, que me han hecho la persona que soy. LAS QUIERO.

Mis SOBRINOS:

Los cuales son mi adoración, por llenar mi corazón de amor y paz, por hacer que mi vida este llena de alegría. Y convertir los tiempos pesados en ligeros.

Mis PROFESORES:

De los cuales aprendí sin duda alguna, de unos más que de otros, a los cuales les debo la profesionista que seré, por compartir sus experiencias laborales afortunadas y desafortunadas.



Gracias a los que me dejaron ver que son humanos con errores, pero responsables; en los que pude depositar mi confianza

Especialmente a la C.D Luz María Magdalena Ruíz quiero agradecerle; primero por hacerme ver la odontología de otra manera, por compartir conmigo sus conocimientos, experiencias y reflexiones. Por darme la confianza de poder exponer mis ideas. Gracias por ser tolerante conmigo y la dedicación en este trabajo. Pero sobre todo por dejarme ver la mujer maravillosa y admirable que es.

Gracias a la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO por proporcionarme la oportunidad y herramientas para convertirme en una persona con conocimientos, habilidades y actitudes, permitiéndome con ello poder enfrentar la vida lo mejor posible y ofrecer un servicio a los demás.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1.- Salud.

1.1 Definición de salud y salud bucodental.....	6
1.2. Salud pública y Salud pública bucal.....	7
1.3 Determinantes de la salud.....	14

2.- Prevención.

2.1 Definición.....	16
2.2 Niveles de prevención.....	18
2.4 Filosofía del cirujano dentista ante la prevención.....	20

3.- Educación para la salud.

3.1 Definición. Diferencia entre prevención y promoción para la salud.....	24
3.2 Campo de acción y Modificación de los comportamientos.....	28
3.3 Métodos y Medios.....	41
3.4 Educación para la salud bucal en el consultorio odontológico...	49

4.- La prevención en MÉXICO.....

53

CONCLUSIONES.....

58

BIBLIOGRAFÍA

61



INTRODUCCIÓN

La salud nos permite llevar acabo nuestras actividades cotidianas como trabajar, estudiar o simplemente gozar de la vida, por ello la salud es un estado muy estimado para los individuos; una parte integral de la salud en general es la salud bucodental, ya que su ausencia puede limitar la capacidad funcional el individuo.

Lamentablemente la humanidad se ha visto afligida a través del tiempo por numerosas enfermedades que le han hecho perder la salud, algunas con una gran prevalencia, como son las enfermedades bucodentales, convirtiéndose éstas en problemas de salud pública.

La salud pública tiene cuatro principales acciones: protección, promoción, restauración de la salud y prevención de la enfermedad. Con el concepto de salud pública nacen las primeras medidas preventivas. Existen tres niveles de prevención, de tal forma que el primer nivel realiza su tarea a través de la promoción y educación para la salud.

Una vez que nace la odontología sanitaria, teniendo como objetivo lograr el grado más alto posible de salud bucodental para los individuos, el alcance de dicha meta propone la educación del individuo, del profesional y de la comunidad.

La educación para la salud cuenta con distintos métodos y medios para lograr su finalidad, interviniendo en el estilo de vida de los individuos por medio de la adquisición de conocimientos, actitudes y comportamientos favorables para su salud. Tales procedimientos han sido poco utilizados y explorados por los cirujanos dentista en su práctica general con la finalidad de recuperar o mantener la salud bucodental, debiendo ser esta una prioridad para el profesional.

1.- Salud.

1.1 Definición de salud y salud bucodental.

El concepto de salud se ha modificado a través de la historia matizado por diversos autores, uno de los primeros conceptos surgió a principios del siglo XX, donde solo se le consideraba, como “ausencia de enfermedad”¹, sin tomar en cuenta ningún otro factor; este concepto actualmente aún es tomado por la mayoría de la población.

En 1945 Stampar presenta su concepto de salud, donde concibe al ser humano de una forma integral, así es reconocido y aceptado por la OMS: “La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad o achaque”². Aunque esta definición es tomada como un punto de referencia en su momento, también es criticada por dos razones, la primera de ellas es igualar bienestar con salud y la segunda; es la utilización de la palabra *completo* dándole a la salud una apreciación de algo absoluto y utópico³.

Así Milton Terris con el fin de corregir los defectos anteriormente mencionados, define a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedad o achaque”. Basándose en la idea de que la salud tiene dos extremos: uno subjetivo, sensación de bienestar y otro objetivo, la capacidad de funcionamiento, incluyendo con esto la posibilidad de medir el grado de salud⁴.

Dentro de esta salud integral, que comprende todos los aspectos del ser humano, tanto individual como colectivo, se encuentra la salud

¹ Piedrola, Gil et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10 ed. MASSON. España. 2001. pág. 3.

² Ibidem.

³ Cuenca Sala, Emili, Boca García, Pilar. *Odontología Preventiva Y Comunitaria*. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª ed. MASSON. París. 2005. p.p. 6 y7.

⁴ Piedrola, G. Op. cit. pág. 3.

bucodental. Derivado de que si se sufre de una enfermedad bucal, se carece de salud en general, prueba de ello es el impacto que tienen las condiciones dentales sobre la funcionalidad del individuo, afectando su vida diaria.

Es por ello que la **salud bucal** no puede visualizarse únicamente, como un problema dentario, de esta manera la OMS en 1970 define salud bucodental como “el estado de normalidad funcional de los dientes y del periodonto, así como de las partes vecinas de la cavidad bucal y de las diversas estructuras relacionadas con la masticación y que forman parte del complejo maxilo-facial”⁵.

1.2.-Salud pública y Salud pública bucal.

A lo largo de su historia la humanidad se ha visto afligida por innumerables enfermedades, algunas de ellas por su enorme prevaencia, han traspasado los límites estrictamente clínicos para convertirse en problemas de salud pública, las enfermedades orales son un ejemplo de ello.

Desde la antigüedad se han creado sistemas que se encargaban de cuidar la salud, siendo esta muy apreciada desde las incipientes comunidades humanas, ya que era necesaria para desempeñar sus tareas diarias, así aparecieron los primeros cuidadores de la salud (brujos, chamanes, curanderos) y empezaron a tomarse las primeras medidas de higiene⁶.

Los antiguos pueblos egipcios introdujeron normas de higiene personal, conservaron el agua destinada al consumo sin contaminarse y construyeron canales de desagüe. Las civilizaciones griega y romana se destacaron al incorporar normas de salud pública, como la higiene personal, el deporte, el culto a la belleza, la dieta alimentaria correcta y el saneamiento del medio ambiente; así como el desarrollo de la ingeniería

⁵ OMS. www.who.int/es/mx

⁶ Piedrola, G. Op. cit. pág. 7.

sanitaria, con la construcción de baños públicos, termas, acueductos, evacuación de aguas residuales o eliminación de desechos⁷.

En la Edad Media, donde tuvo su auge el cristianismo, se presentó un retroceso de las normas de higiene y salud pública, debido a que se consideró inmoral la contemplación del propio cuerpo y se abandonó el baño corporal, por ejemplo, se suprimió la práctica de recoger aguas residuales y basuras. Así las malas condiciones socioeconómicas, la falta de alimentos, los grandes movimientos migratorios por motivos bélicos y religiosos, unidos a la falta de higiene, dieron lugar a las grandes epidemias de la historia de la humanidad (como la lepra), de ahí que la Edad Media se conozca como el período de las grandes epidemias⁸.

Durante del Renacimiento a pesar del florecimiento de las ciencias y las artes con Paracelso, Fracastoro, Ambrosio Paré, Vesalio, Harvey, y muchos otros, no se produjo ningún avance en cuanto a salud pública. Debieron pasar algunos siglos para que se creara una conciencia sanitaria, esto ocurrió con el inicio de la Edad Moderna, con la obra de Johan Peter Frank, quien a principios del siglo XIX, en su obra *Políticas Sanitarias*, de seis volúmenes publicados entre 1779 y 1819, establece los principios de las acciones sanitarias gubernamentales⁹.

Es hasta principios del siglo XX que surgen las primeras definiciones de **salud pública**. En 1920, C.E.A Winslow elaboró una amplia definición, que es considerada clásica: “La salud pública es la ciencia y arte de impedir las enfermedades. Prolongar la vida, fomentar la salud y eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) saneamiento del ambiente; b) control de las enfermedades transmisibles; c)

⁷ Álvarez, Alva. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. 3ª ed. Manual Moderno. México. 2002. p.p 20 y 21.

⁸ Piedrola, G. Op. cit. pág. 8.

⁹ Álvarez, A. Op.cit. pág. 21.

educación sanitaria; d) organización de los servicios médicos y de enfermería, y e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud”¹⁰.

Es importante resaltar en esta definición la mención de los objetivos de la salud pública, las acciones a realizar para alcanzarlos y la determinación de sus funciones, por ello que se le considera la más completa.

En ésta definición de Winslow, la educación sanitaria se considera limitada, ya que la educación para la salud no solo debe dirigirse a promover medidas de higiene personal sino debe incluir el conocimiento de todos los factores que de una u otra manera influyen en la salud, para la aplicación en beneficio de la misma.

La definición más actual de salud pública, referida por Piedrola es: “el esfuerzo organizado por la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo a su medio social, laboral y cultural”¹¹.

Tomando en cuenta los dos conceptos se podría decir que la salud pública tiene por objetivos: prevenir enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud; considerando su efectividad cuando esos objetivos permiten bienestar, eficiencia y capacidad de desarrollar acciones útiles al individuo y sociedad.

¹⁰ Ib. p.p 31 y 32.

¹¹ Piedrola, G. Op. cit. pág. 10.

En la actualidad, las **acciones de la salud pública** se resumen en:

- Protección de la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Promoción de la salud.
- Restauración de la salud.

La *protección de la salud* se dirige al control del medio ambiente; algunas de sus acciones están dirigidas a evitar la contaminación de los alimentos y garantizar su calidad nutritiva; estas acciones son desarrolladas por profesionales de distintas disciplinas (médicos, veterinarios, farmacéuticos, químicos, ciencias ambientales, etc.)¹².

La *promoción de salud y la prevención de la enfermedad* comprenden aquellas actividades dirigidas al fomento y defensa de la salud, actuando individual o colectivamente sobre las personas, con métodos eficaces de prevención primaria y secundaria. Fundamentalmente estas acciones serían aplicadas por los profesionales de la salud: médicos, cirujanos dentistas, especialistas y auxiliares con ayuda de otros profesionales como son sociólogos, psicólogos, pedagogos, etc.¹³

Lo que se conoce actualmente como salud pública bucal, en sus inicios era denominada como odontología sanitaria. De tal manera que en 1962 el Dr. Mario M. Chávez define a la odontología sanitaria: “Es una disciplina de la salud pública, el especialista que la ejerce es el odontólogo sanitario, su posición en el equipo de profesionales de salud pública es de igual nivel. La misión de la odontología sanitaria será lograr para la comunidad a que sirve, el grado más alto posible de salud oral para los individuos que la constituyan”. Señala que el odontólogo sanitario tiene que preocuparse de

¹² Ibidem.

¹³ Ib. pág. 11.

poner en práctica todos los medios por los cuales es posible prevenir o tratar las afecciones orales teniendo como metas¹⁴:

- Utilización, siempre que sea posible, de medidas de carácter colectivo para reducir la incidencia de enfermedades dentales en la comunidad.
- Que los dentistas de la comunidad empleen hasta el máximo, las medidas preventivas de carácter individual.
- El aumento de la productividad de trabajo del dentista, allí donde las necesidades y demanda superen la capacidad de presentación de servicios.
- El aprovechamiento máximo de las posibilidades de la clínica particular, por los individuos cuyos recursos económicos lo permitan.
- La organización y funcionamiento eficaz de servicios dentales, para la atención, con carácter suplementario, de aquellos individuos que no están en condiciones de pagar por los servicios profesionales.
- La organización y consiguiente funcionamiento adecuado de servicios dentales para la atención individual de miembros de distintos grupos de población, que bien sea voluntariamente o en virtud de medidas legislativas, utilizan otros sistemas de pago distintos al que supone el efectuado directamente por el paciente al profesional, como retribución por los servicios de éste.
- Los medios de aumentar los recursos de mano de obra y financieros para los servicios dentales, al ritmo del desenvolvimiento económico-social del país.

¹⁴ Chaves, Mario. *Odontología Sanitaria*. Publicación Científica N. 63. OPS y OMS. Washington. 1962. pág. 24.

Para alcanzar esas metas, propone la gran eficacia el método educativo, que consiste en¹⁵:

- ✓ Educar al individuo para solicitar y utilizar plenamente los recursos existentes.
- ✓ Educar al dentista en la adaptación de métodos preventivos y de los que aumente la productividad del trabajo clínico.
- ✓ Educar a la comunidad para que, dentro de la tradición política y cultural que le son propias, adopten la organización más eficaz posible para la distribución de los servicios del profesional.

Considerando que la salud pública actualmente tiene como acciones la protección al medio ambiente, prevención de la enfermedad, promoción y restauración de la salud. El concepto, metas y métodos de la odontología sanitaria, como parte de la salud pública descritos por el Dr. Mario Chávez, no abarca en su totalidad las cuatro acciones mencionadas de la salud pública. Pero es de vital importancia la referencia que se hace acerca de la educación y no solo la que debe recibir el paciente sino que el cirujano dentista también debe ser educado en ella para lograr la salud bucodental en las personas. Además de tratar de que los servicios odontológicos estén alcance de todas personas sea cual sea su condición.

En México la odontología ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo. Durante la época colonial e independiente (1530-1900), la odontología fue practicada a nivel individual curativo y restaurativo más que a nivel colectivo. Durante la Colonia, la “pragmática real” expedida por los reyes católicos en 1500 obligaba a los barberos-flebotomianos a presentar examen ante el Real Tribunal del Protomedicato, pero está comprobado que muchos ejercían sin haberlo presentado, y en los comienzos del México independiente no hubo cambio

¹⁵ Ib. pág. 25.

hasta 1831 en que fue abolido el Tribunal. A partir de 1841, con el Consejo Superior de Salubridad se acuerda efectuar exámenes tanto a dentistas como a flebotomianos quienes debían presentar examen para obtener una licencia que los autorizaba a ejercer¹⁶. El cambio se da a principios del siglo XX, cuando comenzó oficialmente la enseñanza de la profesión odontológica de México. En 1902 se publico en el Diario Oficial de la Federación el plan de estudios para la carrera de Cirujano Dentista, que debía cursarse en el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, que en 1911 cambió su nombre a Escuela Nacional de Enseñanza Dental pero desde entonces el énfasis de la práctica dental sigue siendo a nivel individual limitándose a los tratamientos de las enfermedades bucales ya establecidas¹⁷.

En la segunda mitad del siglo XX, la demanda de trabajo superaba con mucho a la oferta, contribuyendo a que el cirujano dentista se aislara en el individualismo del trabajo en el consultorio por una saturación ocupacional en donde la práctica era esencialmente curativa y restauradora, garantizando con esto el éxito socioeconómico del cirujano dentista, solo un escaso número de profesionales se preocupaban por desempeñar la práctica dental en el contexto de los problemas de salud más apremiantes del país. Debido a esta situación, las políticas en salud bucal no eran un tema de importancia.

Es hasta la sexta década del siglo XX que la profesión entra en el campo de la prevención y salud pública en nuestro país, cuando Félix Leycegui dentista egresado de la Escuela Nacional de Odontología realizó estudios en la Universidad de Michigan sobre *Odontología Sanitaria*, fue

¹⁶ Sanfilippo, José. *140 años del primer examen de dentista. En: De Piedras Montadas y para Pulir.* Antología de Historia de la Odontología. Inédito. 1996. pág. 90.

¹⁷ Medina Solis ,Carlos et al. *Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción.* Rev Biomed. México. Vol.17.N.4. Octubre- diciembre. 2006.p.p 271-273 .

profesor fundador de la asignatura en la UNAM y colaboró como asesor con la Secretaría de Salubridad y Asistencial¹⁸.

1.3 Determinantes de la salud.

Desde antes de 1920 ya se tenía un concepto de la salud pública. Winslow afirmó que era “ciencia y arte de impedir enfermedades.....”, sin embargo su aplicación llevó mucho tiempo todavía.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los gobiernos de los países industrializados iniciaron una política social y sanitaria destinada a disminuir las desigualdades de salud y protección social derivadas de las diferencias económicas, esta política fue nombrada como “estado de bienestar”; producto de ella fue la aplicación de grandes cantidades de recursos humanos y económicos con el fin de mejorar los sistemas asistenciales en salud. Sin embargo los enormes esfuerzos realizados no concordaban con una mejora en la salud de la población y se consideró un fracaso a esta política debido a que todos los recursos estaban enfocados hacia el tratamiento y curación de las enfermedades y no hacia la prevención de ellas¹⁹.

Esta situación propició la reflexión de varios autores acerca del enfoque para enfrentarse a los problemas de salud y en los factores que determinan los niveles de salud de la población.

Es así que en los años 70 aparecen varios modelos que intentan explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, entre los que destaca el modelo holístico de Laframboise en 1973. Este fue desarrollado por Marc Lalonde, ministro de sanidad de Canadá, en el documento *Nuevas*

¹⁸ Ib. pág. 272.

¹⁹ Cuenca S. E. Op. Cit. p.p. 8 y 9.

perspectivas de la salud de los canadienses elaborado en 1974, modelo que ha pasado a ser clásico en salud pública²⁰.

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad está influido o determinado por la interacción de cuatro variables:

- Biología Humana (carga genética, desarrollo y envejecimiento).
- Medio Ambiente (Contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- *Estilo de vida (conductas de salud)*.
- Sistema de asistencia sanitaria.

El valor de estos cuatro factores o determinantes corresponde a que pueden ser modificados para aumentar el nivel de salud de una comunidad o individuo, en la actualidad gracias a los nuevos descubrimientos genéticos y de la biotecnología, hasta la biología humana puede ser modificada²¹.

De los cuatro determinantes anteriores Piedrola G. considera de mayor relevancia al estilo de vida, ya que tiene mayor influencia en la salud. El estilo de vida comprende los hábitos o conductas del individuo, comportamientos que actúan negativa o positivamente sobre su salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que se podría ejercer un mecanismo de control.

Dentro del estilo de vida de cada persona, los trabajadores del área de la salud debería considerar la importancia de influenciar ese estilo llevando a cabo medidas preventivas de primer nivel como es la promoción de salud a través de la educación para salud, teniendo la ineludible responsabilidad de informar, orientar y buscar un cambio de actitud de las personas para el mejoramiento y conservación de la salud.

²⁰ Piedrola G. Op. cit. pág. 5.

²¹ Ib. pàg. 6.

Este enfoque aplicado a los problemas de salud bucodental puede ofrecer nuevas e interesantes perspectivas para abordar estos problemas, así como conducir a los individuos hacia las vías adecuadas para su prevención. Teniendo en cuenta el fracaso reiterado de la odontología en el control de la enfermedad y preservación de la salud bucodental.

Es preciso señalar y enfatizar que los determinantes de salud están muy influenciados por factores sociales (pobreza, condiciones de trabajo adversa, inequidad en los servicios de salud), que tienen gran influencia en los comportamientos individuales y colectivos, imponiendo grandes limitaciones a las estrategias de prevención²².

2.- Prevención.

2.1 Definición.

La palabra prevención proviene del latín “praeventious”, de “prae” que significa antes y “eventious” que se refiere a evento, un suceso o acontecimiento, es decir; medidas que se toman para que un suceso negativo no acontezca, o minimizar sus efectos dañinos si no puede impedirse²³.

A los aspectos básicos a los que se limitaba la salud pública en sus inicios que eran el saneamiento ambiental y la aplicación de medidas generales de prevención (como aislamiento, cuarentena y desinfección), se agregaron medidas de prevención específicas dirigidas al individuo para evitar las enfermedades infecciosas. Este hecho fue resultado de los descubrimientos de la bacteriología en la segunda mitad del siglo XIX y en el XX²⁴.

²² Cuenca S. E. Op. cit. p.p. 10 y 11.

²³ www.deconceptos.com/general/prevención

²⁴ Álvarez A. Op.cit. pág. 43.

La OMS nos hace referencia sobre que la prevención de enfermedades abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención de la enfermedad se utiliza como término complementario de la promoción de la salud; pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención es una actividad distinta²⁵.

Por lo tanto se le han dado dos sentidos a la prevención uno restringido y otro amplio. Así tenemos que en un sentido restringido, la prevención comprende todo el conjunto de actuaciones realizadas por el profesional de la salud que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad, limitando la actuación de la prevención al periodo prepatogénico de la enfermedad, es decir, cuando la enfermedad aún no se ha desarrollado²⁶.

En contraparte, la prevención en un sentido amplio es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión, para ello son necesarias en ocasiones actividades curativas. Es difícil entonces separar prevención de curación, ya que el tratamiento de una afección supone en muchos casos, la prevención de otra enfermedad.

Así, contrario a lo que generalmente se piensa, las medidas preventivas pueden aplicarse tanto a las personas sanas como a las enfermas. Pueden aplicarse de dos formas una *sistemática* para un grupo poblacional concreto o *individualmente*, de acuerdo con el perfil de un sujeto determinado, sea cual sea la forma, Last afirma que la prevención implica un encuentro más personal entre el individuo y los profesionales de la salud o auxiliares.

²⁵ OMS. www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

²⁶ Cuenca S. E. Op. cit pág. 1.

2.2 Niveles de Prevención.

La aplicación del concepto de los niveles de prevención es posible porque todas las enfermedades presentan su historia natural, unos períodos más o menos bien definidos en los que en cada uno de ellos es posible la aplicación de algún tipo de medida preventiva²⁷.

La enfermedad es el resultado de un proceso dinámico en el que los agentes etiológicos y factores de riesgo interaccionan con el huésped. En la historia natural o curso que sigue la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento, suelen distinguirse tres períodos: pre-patogénico, patogénico y de resultado²⁸.

El período pre-patogénico se caracteriza por la presencia de condiciones, exposiciones o características que están asociadas a una mayor probabilidad de desarrollar enfermedad (factores de riesgo), estos pueden ser ambientales (bacterias, virus, productos químicos) y conductuales o endógenos (genética, sexo, edad), que pueden ser no modificables o, por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por la actuación de la prevención primaria, pudiendo ésta llegar a eliminarlos o, al menos conseguir un descenso significativo en la exposición del individuo a ellos.

En el período patogénico se distinguen habitualmente dos estadios o fases: la pre-sintomática, no hay signos clínicos de la enfermedad, pero como consecuencia del estímulo causal, se han iniciado ya los cambios anatomo-patológicos; la otra fase es la clínica, los cambios de los tejidos y órganos son lo suficientemente importantes como para dar lugar a signos y síntomas en el paciente.

²⁷ Ib. pág. 4.

²⁸ Martín- Zurro A.; Cano Pérez, JF. *Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Elsevier. Barcelona. Vol I. 2003. p.p. 537 y 538.

La historia natural acaba en un período de resultados, consecuencia del avance, detección o retroceso de las alteraciones orgánicas (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación).

Consecuentemente, a cada período de la historia natural de la enfermedad corresponde un nivel de prevención:

➤ *Prevención Primaria:*

Se aplica en el periodo pre-patogénico de la enfermedad con el propósito de mantener la salud y evitar la presencia de enfermedad, disminuyendo la incidencia, a través de la prevención específica y **promoción de la salud**, mediante la **educación para la salud**.

➤ *Prevención Secundaria:*

Pretende detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase pre-clínica, cuando los síntomas y signos no son aparentes, mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno, con el objeto de lograr la curación, evitar la aparición de secuelas o limitar la invalidez. La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

➤ *Prevención Terciaria:*

La enfermedad está bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, se encuentra dirigida al tratamiento y rehabilitación, enlenteciendo su progresión y con ello la aparición de complicaciones e intentando mejorar la calidad de vida de los paciente.

Se hace medicina preventiva promoviendo y mejorando la salud; pero también, al diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, y al realizar actividades de rehabilitación, evitando complicaciones o secuelas del

padecimiento, y se trata de evitar la incapacidad de los individuos a su medio social²⁹.

Tomando en cuenta éstos tres niveles, la prevención se aplicaría a todos los ámbitos de la odontología. No deberían existir dos formas de practicar la odontología: una *preventiva* y otra curativa, sino una sola, la más adecuada en cada momento y condición, ya sea en salud o enfermedad, teniendo en mente siempre el objetivo de mejorar la calidad de vida de un individuo.

2.4 Filosofía del cirujano dentista ante la prevención.

Cuando un cirujano dentista comienza su práctica, tiene una idea de la manera en que quiere llevarla a cabo, debido a la experiencia que adquirió mientras estudió su licenciatura, es su manera en que visualiza su ejercicio y lo que trata de lograr, es decir, establecer los objetivos primordiales de su práctica, a esto se le denomina *filosofía de práctica*³⁰.

Tradicionalmente, la práctica de la odontología ha seguido una llamada filosofía restauradora, en donde el paciente acude al cirujano dentista cuando ya tiene una enfermedad activa; entonces éste dedica su empeño a restaurar y reponer los dientes dañados o extraídos. Con esta filosofía no se realiza un esfuerzo por conocer las causas de los problemas del paciente o para impedir su recurrencia. De acuerdo con esta filosofía no tendría sentido que un paciente sin ninguna enfermedad activa consultara al cirujano dentista.

Sin embargo, si enfocamos la práctica odontológica desde un punto de vista preventivo en un sentido restringido, el momento ideal para que un paciente busque atención, sería cuando se encuentra libre de enfermedad,

²⁹ Álvarez A. Op.cit. pág. 45.

³⁰ Katz, Simon, et al. *Odontología preventiva en acción*. 3ª ed. Médica Panamericana.1997 .pág 11.

así el cirujano dentista haría todos los esfuerzos posibles para mantenerlo de esta manera.

Es importante recalcar que la *filosofía de la odontología preventiva*, se enfatiza en el primer nivel de prevención, es decir a la promoción y educación para la salud bucodental sin dejar a un lado los demás niveles, que también son indispensables, para una atención integral.

Los componentes de la filosofía de la odontología preventiva son³¹:

1. Considerar al paciente como unidad bio-psico-social, y no solo enfocarnos a los dientes o boca.
2. Si el paciente presenta una boca sana, tratar de mantenerla libre de enfermedad durante el mayor tiempo que sea posible.
3. Si existen signos de enfermedad, restaurar la salud tan rápido como sea posible y mantenerla el mayor tiempo posible.
4. Proveer al paciente la información y la motivación necesaria para mantener su propia salud, así como la de su familia y los miembros de su comunidad.

La prevención debe ser una parte integral e inseparable de la práctica diaria del cirujano dentista, la filosofía de la odontología preventiva debe aplicarse a todos los pacientes, aquellos con problemas bucales graves, aquellos con problemas bucales mínimos y aquellos que no presentan ninguno. Idealmente este enfoque del ejercicio de la odontología debe aprenderse durante los años de la formación de los cirujanos dentistas, es decir, en facultades y escuelas.

El principal obstáculo o restricción que se enfrenta al pretender implementar e integrar las actividades preventivas en la práctica diaria del

³¹ Ib. pág 12

cirujano dentista, es la falta de interés del profesional, frecuentemente se justificado por:

- Las actividades preventivas, como la promoción de la salud, no se considera un área de desafío para el odontólogo.
- Falta de tiempo, al considerar más importante el enfocarse en las actividades de restauración.
- Las actividades preventivas no se consideran lucrativas.
- Un deficiente relación odontólogo-paciente por inadecuada y sin continuidad temporal, será un factor negativo para conseguir el éxito en aspectos como la aceptabilidad y cumplimiento de estas actividades.
- Deficiencia en los sistemas de registro y evaluación.
- Falta de valoración y conocimiento por parte de la población de la importancia del problema que se debe prevenir.
- La existencia de recomendaciones diversas acerca de la pertinencia, periodicidad o forma de realización de determinadas actividades preventivas, desorientando y desanimando a la población y al propio profesional de la salud.
- Lagunas formativas de los profesionales en el campo de la prevención y la promoción de la salud.
- Escepticismo acerca de su efectividad.
- Los beneficios de las actividades preventivas solo se pueden observar a largo plazo, el profesional está acostumbrado a observar resultados a corto o medio plazo en intervenciones curativas sobre los pacientes³².

³² Martin -Zurro A. Op cit. pág. 544.

Muchos de estos obstáculos son ideologías que el cirujano dentista y los pacientes se han formado a través de los años, por lo que es complicado modificar su visión acerca de la prevención.

Así podemos analizar cómo las personas no reconocen que los honorarios de los odontólogos se basan en los servicios profesionales (conocimientos) y no en el costo de un producto. Por tradición y educación, el profesional se siente más cómodo y convencido al fijar sus honorarios cuando propone a sus pacientes un tratamiento restaurativo algo que puede ser visto y tocado, que por una técnica preventiva que requiere su tiempo y conocimientos, pero no produce resultados tangibles. Conjuntamente a esto mucha gente ignora que el cirujano dentista puede prevenir o reducir las enfermedades bucodentales.

En el momento en que la odontología comenzó a ser enseñada como profesión, la principal función del dentista fue tratar los efectos de la enfermedad destructiva y degenerativa, aliviando el dolor a través de un enfoque predominantemente mecánico, siendo los conocimientos de operatoria, prótesis parcial y total, exodoncia y cirugía las asignaturas más importantes impartidas en las primeras escuelas de odontología.

Aunque se han adquirido nuevos conocimientos y se ha logrado la institucionalización de la odontología preventiva en la educación del cirujano dentista, actualmente la mayoría de las facultades y escuelas de odontología todavía tienen como filosofía básica formar profesionales que sean excelentes en las destrezas requeridas para producir los mejores tratamientos restaurativos, pero con poca habilidad para comprender las necesidades de la población en términos de salud bucal o la responsabilidad social de enseñar medidas preventivas y cambios en el cuidado bucal a la comunidad.

Es necesario un cambio de actitud por parte del profesional, que comprenda entre otras cosas, el desarrollo de una nueva escala de valores bucales en donde el valor más alto se dará al mantenimiento de la salud bucal y las restauraciones se consideren solo una parte de la práctica odontológica, importantes y necesarias pero de ninguna manera exclusivas y esenciales.

El odontólogo deberá asumir la importancia de todas las actividades llevadas a cabo para el mejoramiento de la salud bucal, su eficacia y eficiencia, para ello, debe recibir los elementos formativos que le permitan conocer las capacidades técnicas necesarias para poder realizarlas correctamente. Es necesario también adoptar una decisión en común al diseñar las funciones y tareas que debe asumir, siempre con criterios flexibles, ante las actividades preventivas. Con esto el profesional podrá preparar material educativo relativamente simple, bien diseñado y práctico, sobre cómo usar las medidas preventivas en la práctica diaria.

3.- Educación para la salud.

3.1 Definición. Diferencia entre prevención y promoción para la salud.

En el transcurso de la licenciatura, el cirujano dentista adquiere conocimientos que en algunas ocasiones no quedan lo suficientemente claros, creando lagunas formativas, un ejemplo de ello, son los conceptos de prevención, promoción y educación para la salud. Damos por hecho que la prevención es sinónimo de promoción así como de educación para la salud, siendo esto un error.

Aunque prevención y la promoción persiguen como meta la salud, la prevención lo hace situando su punto de referencia en la enfermedad, el objeto de la prevención es evitar la enfermedad, mientras que el de la

promoción es maximizar los niveles de salud³³. Sin embargo tanto la prevención como la promoción se pueden llevar a cabo a través de la educación para la salud.

La OMS define a la **promoción de la salud** como el proceso que permite a las personas *incrementar el control sobre su salud para mejorarla*. Constituye un proceso político y social global, que no solo abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de un individuo, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorar la salud”. Dentro de esta amplia definición una de las actividades básicas que los profesionales de salud deben de realizar para promover la salud es la *educación*, para capacitar al individuo en la adquisición de conocimientos y habilidades que contribuyan a una vida saludable³⁴.

Recordemos que en 1920 en la definición de Winslow de salud pública hace mención de la educación sanitaria como una de sus funciones. Una de las primeras definiciones válidas de educación para la salud la elaboró Wood, quien en 1926 define educación sanitaria como “la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad”³⁵; Gilbert, experto canadiense en educación para la salud la define en 1959 como “la instrucción de las gentes en materia de higiene, de forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su

³³ Cuenca S. E. Op. cit. pág. 15.

³⁴ Hernández, Aguado. Gil Delgado. *Manual de epidemiología*. Panamericana. Madrid. 2005, pág 201.

³⁵ Suaverza Fernández Araceli. *La educación para la salud como estrategia para la promoción de estilo de vida saludable para los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México*. 2010. Tesis. México. Universidad Iberoamericana. pág 47.

salud”³⁶. Pero es hasta 1983 que la OMS define el término de **educación para la salud** como “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando lo necesiten”³⁷.

Actualmente la OMS no solo considera que la educación para la salud debe comprender las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, trayendo la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad; sino también la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, determinando los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además de la utilidad del sistema de salud³⁸.

Al analizar las diferentes definiciones de educación para la salud propuestas por los autores dedicados al tema, en la mayoría de ellas hay un objetivo en común: *la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupo y comunidades*, teniendo como objetivo último los comportamientos, siendo la modificación de conocimientos y las actitudes más que un vehículo para conseguir el cambio de comportamiento³⁹. Este objetivo se puede alcanzar a partir de acciones conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, enfermedad, invalidez y formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que consiga hábitos más saludables.

³⁶ Ibem.

³⁷ Martín -Zurro A. Op cit. pàg. 657.

³⁸ OMS. www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

³⁹ Piedrola, G. Op. cit. p.p 223 y 224.

- Ayudar a la población a adquirir conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para mantener un estilo de vida más saludable.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación para la salud de la comunidad.
- Incrementar mediante la investigación y evaluación, los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

De modo general pueden distinguirse dos etapas o períodos en la evolución del concepto y contenido de la educación para la salud. En un primer periodo, que podría denominarse clásico y comprende desde principios del siglo XX hasta mediados de la década de los setenta, en el concepto de educación para la salud sólo se incluían las acciones educativas dirigidas al individuo con el objeto de responsabilizarlo de su propia salud y de modificar los hábitos insanos que hubiera adoptado⁴⁰.

En el segundo periodo que se inicia a mediados de la década de los setenta y que podría denominarse actual, los conceptos y objetivos sufrieron un cambio importante, ya que en esos años las investigaciones demostraron que las conductas humanas no solo dependían de factores internos del individuo, sino también en gran medida de factores externos, como los ambientales y sociales, por ello la modificación de estos factores externos en sentido favorable pasó a hacer uno de los objetivos de la educación para la salud.

En la actualidad la educación para la salud se ha orientado precisamente a la investigación de las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen sobre la salud, dejando de lado su objetivo original de fomentar en el individuo conocimientos, actitudes y comportamientos favorables para su salud.

⁴⁰ Ibem.

Al mismo tiempo, la educación de pacientes enfermos pasó a formar parte de la educación para la salud al comprobarse que la *conducta humana* no solo es importante en la fase de promoción de la salud, sino también en la fase de restauración de la salud. La participación activa del paciente y el cumplimiento de las recomendaciones hechas por el profesional de la salud son fundamentales para su curación, detener en algunos casos la evolución de la enfermedad o mantener a cierto nivel la salud.

3.2 Campos de acción y Modificación de comportamientos.

El *campo de acción* de la educación para la salud es toda la comunidad en la que está incluido un profesional de la salud, cualquier persona, sea cual sea su edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, e independientemente de su vida personal, familiar o social, puede y debe auxiliarse de la educación para la salud. También se debe tener en cuenta que las necesidades de los distintos individuos y grupo sociales no son uniformes, por lo que los objetivos y programas de educación para la salud deben ser también diferentes⁴¹.

Una primera diferencia puede basarse en el estado de salud de la persona objeto de la acción educativa, ya que no será lo mismo educar a un individuo sano que a uno enfermo, esto permite una primera separación de los receptores de la educación para la salud en dos grandes grupos: *sanos y enfermos* .

Pero no todos los individuos sanos gozan del mismo estatus, los que son *jóvenes*, se espera que aún no hayan adquirido hábitos insanos y asisten a la escuela; siendo que entre los *adultos*, muchos de ellos ya han adquirido hábitos insanos y llevan a cabo diferentes tipos de trabajo, algunos de los cuales conllevan un riesgo específico.

⁴¹ Ib. pág 224.

Así tenemos que la educación para la salud en los jóvenes se efectuará en la escuela, su objetivo principal será la *adquisición de hábitos sanos construyendo conductas positivas para la salud*. En caso de los adultos la educación para la salud se efectuará en la comunidad o en el medio laboral, su objetivo será el fomento y la defensa de la salud mediante la eliminación de hábitos insanos (modificación de conductas negativas), las técnicas utilizadas serán comunicación persuasiva o consejo médico principalmente⁴².

Estas delimitaciones permiten separar tres campos de actuación dentro del *grupo de los sanos*: educación para la salud en la *escuela*, en la *comunidad* y en el *medio laboral*, cada una de los cuales corresponde a un programa concreto y definido. Para fines de este trabajo solo describiremos los dos primeros campos⁴³.

La *educación para la salud en la escuela* tiene por finalidad incluir actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades evitables de su edad. Además de tratar de responsabilizar al individuo de su salud y prepararlo para que al incorporarse a la comunidad, al salir de la escuela adopte un régimen o estilo de vida lo más sano posible.

Este tipo de programas llevados a cabo en la escuela son los más eficaces y rentables de todos, ya que el *niño* es un individuo en período de formación física, mental y social con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, gracias a lo cual se convierte en el más receptivo de los educandos, preparándolo para que al dejar la escuela sea capaz de tomar sus propias decisiones en relación con la salud, cuidar su propia salud

⁴²Ib. p.p 224 y 225.

⁴³Ibem.

y de las personas que lo rodean, y sobre todo adoptar un régimen o estilo de vida positivo para su salud⁴⁴.

En la *educación para la salud en la comunidad*, el objeto de los programas comunitarios es fomentar y defender la salud de la población sana mediante la acción educativa, haciendo que la salud alcance el primer lugar en la escala de valores de la población, eliminando las actitudes, conocimientos y hábitos insanos y promoviendo nuevos hábitos y prácticas saludables. En función de defensa de la salud, los programas comunitarios de educación para la salud deben: a) identificar a los individuos y grupos de riesgo (epidemiología), b) informarlos y motivarlos para que abandonen los comportamientos que condicionan estos riesgos, c) convencerlos para que se sometan a exámenes periódicos consensuados por la comunidad científica y servicios de salud⁴⁵.

Los agentes fundamentales de la educación para la salud en la comunidad son los *profesionales de la salud* (médicos, enfermeras, *cirujanos dentistas*) y los profesionales de los medios de comunicación.

Los individuos enfermos deberían, en teoría, ser muy receptivos hacia la educación para la salud, ya que nunca se tiene más interés por la salud que cuando se pierde y su recuperación es una motivación muy fuerte para aquellos que la han perdido, por ello el profesional de la salud puede aprovechar esta circunstancia especial para educar al paciente en relación con los factores conductuales responsables de la enfermedad que se sufre y sobre las conductas que debe de adoptar el mismo para facilitar la restauración de su salud; esta receptividad a la educación para la salud se

⁴⁴ Ib. pág. 226-228.

⁴⁵ Ibem.

hace también extensiva a la familia y allegados al paciente, los cuales también deben de recibir los consejos educativos correspondientes⁴⁶.

La actuación del profesional debe incluir, además de tratamiento restaurador o prescripción terapéutica, la información y educación al paciente sobre su enfermedad y sobre las medidas de control en que su participación activa es fundamental.

Aunque los campos de actuación de la educación para la salud sin duda sirven como asesoramiento al realizar los diferentes programas, que dependen de las necesidades de cada individuo o grupo, no deberían planificarse con comportamientos herméticos, sino que deberán complementarse e interrelacionarse entre sí, porque una persona adulta no debería estar exenta de adquirir conocimientos, actitudes y hábitos favorables para su salud que favorezcan su desarrollo y crecimiento personal para mejorar sus condiciones de vida, ya que obtendrá como resultado una mejor capacidad para tomar decisiones certeras acerca de su salud.

En muchas ocasiones el cirujano dentista podría tener la idea que una persona adulta, al haber recibido educación para la salud en la escuela cuando era niño por los programas instaurados, adquirió los conocimientos, actitudes y hábitos necesarios para mantener una salud bucodental positiva, y no habría la necesidad de educarlo, o que la educación solo sería efectiva en los niños, o que una persona con alguna enfermedad bucodental no es perceptiva de aprender las conductas que debe de adoptar para facilitar la restauración y mantenimiento de su salud. Sin embargo lo cierto es que sea cual sea la edad de los pacientes en que se actúe, la educación para salud es fundamental para colocar en primer lugar en la escala de valores de un individuo la salud, que él sea capaz de tomar sus propias decisiones en relación con la salud.

⁴⁶ Ib. pàg. 226.

Si bien en la educación para la salud existe un acuerdo sobre la necesidad de cambiar los comportamientos insanos prevalentes, no lo hay en cambio sobre cómo hacerlo, es decir, sobre cómo debe estructurarse y desarrollarse el proceso de la acción educativa para que sea eficaz en el logro del objetivo que se le ha asignado.

O'Nelli distingue dos diferentes enfoques de la educación para la salud, uno tradicional y otro crítico. En el enfoque tradicional, la concepción de la educación para la salud es positiva, la responsabilidad de las conductas insanas es individual y los determinantes principales de la enfermedad son los individuales biológicos o conductuales. En el enfoque crítico, por el contrario, la responsabilidad de las conductas insanas no es individual sino colectiva y social y los determinantes de la enfermedad no son factores individuales sino factores sociales, culturales y económicos⁴⁷.

Las estrategias de intervención en uno y otro enfoque son radicalmente distintas. En el enfoque tradicional la estrategia preconizada es el cambio en estilos de vida insanos mediante intervenciones dirigidas exclusivamente al individuo, en esta estrategia se han creado distintos modelos de actuación, entre los más tradicionales se encuentra el *modelo de la creencia de salud o HBM* y *modelo de comunicación persuasiva o KAP*. En el enfoque crítico las estrategias de intervención son ambientales y políticas, es decir sobre factores externos al individuo, los cuales son los responsables últimos de las conductas insanas, en este caso se utiliza un *modelo basado en la política económica*, finalmente existe otro modelo que es una mezcla del enfoque tradicional (comunicación persuasiva) y el enfoque crítico (*basado en la política económica*) denominado *modelo pragmático*⁴⁸.

Debido a que el presente trabajo se enfoca a las acciones de prevención de primer nivel se describirán los modelos tradicionales de la educación para

⁴⁷ Ib. pág.227.

⁴⁸ Ib. pág. 228-229.

la salud, ya que son estos los que el cirujano dentista debe utilizar en su práctica general; así como el modelo pragmático.

➤ *Modelo De Creencia De Salud.*

La teoría psicosociológica expresada en el modelo de creencia de salud (HBM) se basa en los resultados de estudios llevados a cabo durante los años cincuenta y setenta del siglo XX, e indicaron que las creencias de los consumidores y los pacientes influyen de forma sustancial en la toma de decisiones en relación con la aceptación de las medidas preventivas recomendadas por profesionales de la salud y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por los médicos⁴⁹.

Según el modelo original, el hecho de que un individuo siga o no las recomendaciones preventivas de las autoridades sanitarias está en función de las siguientes percepciones:

- ✓ Susceptibilidad personal a la enfermedad que se pretende prevenir.
- ✓ Gravedad probable de la enfermedad (clínico y social).
- ✓ Beneficios potenciales de la medida preventiva recomendada (eficacia en prevenir o reducir la susceptibilidad personal a la enfermedad o su gravedad).
- ✓ Obstáculos o dificultades encontrados en la adopción de las medidas preventivas recomendadas (costo económico, molestias físico o emocionales y hasta incomodidad⁵⁰).

El modelo contempla la necesidad de algún tipo de estímulo a la acción o detonante para que la nueva conducta se ponga en marcha (estimulo-acción), estos estímulos (*campañas en los medios de comunicación de masa*, consejo de otras personas) harían salir a la luz las percepciones, sentimientos e intenciones relacionados con la medida preventiva

⁴⁹ Suverza F. A. Op. cit. pág 55.

⁵⁰ Piedrola, G. Op. cit. pág. 228.

recomendada. Por tanto es un modelo subjetivo, dirigido fundamentalmente a los elementos internos del individuo y que explica la modificación de conductas en base a estrategias que inciden sobre percepciones y preferencias del individuo.

El modelo original fue modificado posteriormente para incluir otras variables que son importantes en la toma de decisiones sobre la aceptación o no de las medidas preventivas o para hacer factible la aplicación del modelo a la predicción del cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el profesional de salud, entre las nuevas variables destacan la siguientes:

- ✓ Motivación general sobre la salud.
- ✓ Prevalencia a la enfermedad (importancia en el cumplimiento del tratamiento).
- ✓ Confianza general en el profesional de la salud y auxiliares.
- ✓ Características de la relación profesional – paciente.

Estas creencias de salud son de utilidad en el momento de explicar las decisiones tomadas por el paciente en relación con la promoción y restauración de su salud, hacen énfasis en las percepciones que el individuo tiene de la realidad, sirviendo como base para las estrategias empleadas en la modificación de las conductas. La pérdida de dientes durante el embarazo y de la falta de valoración de los dientes de la primera dentición es un ejemplo.

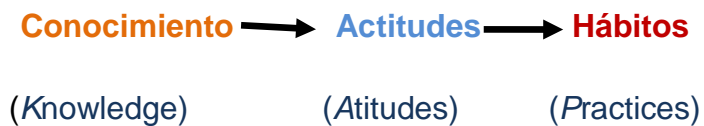
➤ *Modelo De Comunicación Persuasiva*

Este modelo se conoce como modelo KAP por sus siglas en inglés (knowledge, attitudes, practices) descrito por O’Nelli en 1979, parte del supuesto que las actitudes condicionarían los comportamientos, en donde una fuente de comunicación (profesional de la salud) se dirige a la población

y le transmite la mejor información posible con los mejores métodos auxiliares disponibles, el trabajo finaliza cuando se ha proporcionado la información⁵¹.

Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos una información veraz y comprensible con el objeto de cambiar los conocimientos, lo cual iría seguido de cambio de actitudes, al que a su vez, seguiría el cambio del hábito o la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud). Para cambiar las actitudes el mensaje de la comunicación, además de proporcionar información, debería llevar incorporada la motivación correspondiente⁵².

Havland establece que las fases del modelo de comunicación persuasiva son: 1.- *suministro de la información* (exposición del mensaje, atención al mensaje y comprensión del mensaje), 2.- *cambio de actitudes* (a partir de la aceptación o rechazo de la opinión planteada y persistencia del cambio de actitud), 3.- el *cambio de conducta* modificando el comportamiento⁵³.



Las actitudes son sentimientos, opiniones, o valores que el individuo tiene por un tema, problema o preocupación específica, por ello se postula la necesidad de incluir la motivación como elemento imprescindible, posterior al proceso informativo, para la consecución de determinados hábitos. Considerando que si lo único que se proporciona es la información esta solo influirá sobre el área del conocimiento, pero al incluir el elemento *motivador*,

⁵¹ Suverza F. A. Op. cit. pág 56.

⁵² Piedrola ,G. Op. cit., pág. 229.

⁵³ Suverza F. A. Op. cit. pág. 57.

este influirá sobre la aérea afectiva, asegurando que el comportamiento buscado sería el elemento consecuente con una actitud positiva⁵⁴.

La motivación entonces es un elemento sobresaliente para del cambio de actitud, es así que existen motivaciones *naturales o intrínsecas* derivadas de la pirámide de necesidades básicas de Maslow y las llamadas motivaciones *operacionales o extrínsecas* derivadas de las circunstancias de cada etapa del ciclo vital. En el caso de la teoría propuesta por Maslow, establece una jerarquía de necesidades humanas (fisiológicas, seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización) de tal forma que permiten ubicar al individuo o grupo, considerando que los mensajes enviados a sujetos que pertenecen a cierto nivel, no producen efectos cuando las necesidades de un nivel más básico no han sido satisfechas, por ello es indispensable que en la construcción de los mensajes educativos se tengan en cuenta esta jerarquía de las necesidades motivacionales⁵⁵.

Parece lógico suponer que el perder la salud debería ser suficiente fuente de motivación para el individuo, sin embargo, esto no es real, ya que la salud para la mayoría de las personas es una abstracción y la enfermedad si no la padecen no les preocupa, aspecto que ha delimitado los fracasos en los mensajes, ya que para motivar a la población para actuar, el concepto salud no sirve. Se ha determinado que cuando los mensajes ponen de manifiesto las relaciones que existen entre la práctica saludable recomendada y la realización de los objetivos personales que el individuo persigue, y no la relación entre prácticas insanas y enfermedad, se logra la motivación, por ejemplo , se ha determinado que cuando los mensajes se dirigen a los jóvenes explicándoles el riesgo que tendrá en la etapa adulta

⁵⁴ Ib. pág. 56.

⁵⁵ Ib. pág. 57.

por una práctica de salud inadecuada, se ve tan lejano el momento que no produce ningún cambio⁵⁶.

Por otra parte se ha demostrado que los cambios de actitud no siempre provocan un cambio de los hábitos, incluso las actitudes y creencias están a menudo en contradicción con los comportamientos, por ello y para la mejor aplicación de este modelo se han establecido tres elementos por Kapferer quien aportó la necesidad de considerar estos elementos para lograr el cambio de comportamiento denominados *contingencias situacionales*, pues auxilian el pasar de la actitud al comportamiento, estos son⁵⁷:

- La inclusión en los mensajes de instrucciones sobre cómo hacer cambiar la conducta.
- La existencia de servicios para ayudar en el cambio de conducta en el caso en que el hábito este profundamente enraizado.
- La presencia de un medio ambiente favorable que proporcione soporte al cambio de conducta.

Hoy en día este modelo es rechazado por la mayoría de los expertos por dos razones principales: la primera es porque los receptores de la comunicación, desarrollan una serie de mecanismos de defensa denominados *exposición selectiva* y *retención selectiva*, que hace que la comunicación sólo llegue a la fase del cambio de actitud en muy pocos casos; la segunda razón es porque se ha demostrado que la concepción causal de la actitud no siempre es verdad, ya que los cambios de conducta no siguen forzosamente a los cambios de actitud. Aunque este modelo resulta el más utilizado para la modificación de comportamientos en adultos.

⁵⁶ Ibem.

⁵⁷ Ib. pág. 58.

➤ Modelo Pragmático

La necesidad de adoptar un enfoque multifactorial en la educación para la salud, que no solo incida sobre el individuo sino también sobre el medio ambiente ha llevado a que este modelo sea el más adoptado en los últimos años por la mayoría de los profesionales dedicados a la educación para la salud y por los gobiernos. Representa el enfoque que asume la OMS mezclando modelos para lograr el cambio de comportamientos en la población⁵⁸.

Los gobiernos al desarrollar las campañas o programas de promoción para la salud, no solo incurre sobre los individuos mediante comunicaciones persuasivas (información y motivación), si no también crea leyes sobre medio ambiente físico, psicosocial, sociocultural y socioeconómico con el fin de convertirlo en favorable al cambio de conducta logrado, reduciendo las desigualdades sociales ante el proceso salud- enfermedad⁵⁹.

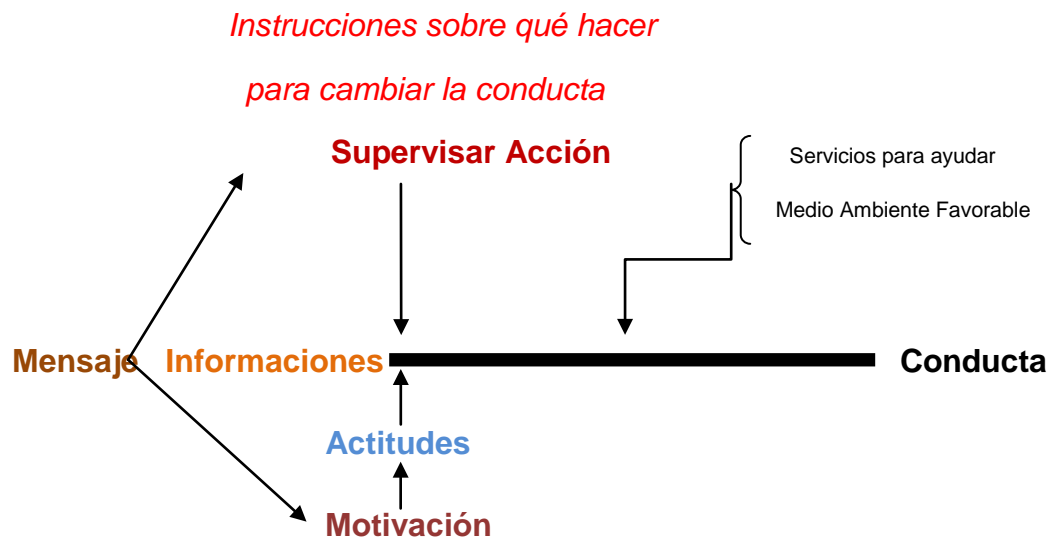
El modelo pragmático parte de la base que la información y motivación son necesarias pero no suficientes, en la mayoría de los casos, para modificar de forma duradera las conductas de salud, como consecuencia del mensaje persuasivo el individuo puede cambiar sus actitudes en relación con el tema de salud objeto de la acción educativa , lo cual se supone le dará nuevas opciones y nuevos sentimientos, manifestando la intención de pasar a la acción, pero en *la mayoría de los casos la intención no se traduce en acción*.

El papel de la instrucciones sobre cómo hacer para pasar al individuo a la acción ya fue confirmado por Cartwright durante la Segunda Guerra Mundial, al comprobar que el fracaso de las campañas publicitarias para inducir a la compra de bonos del tesoro no se debió a la falta de motivación

⁵⁸ Piedrola, G. Op. cit., pág. 231.

⁵⁹ IbeM.

del público por el tema, sino a la ausencia de instrucciones en el mensaje difundido por los medios de comunicación sobre cómo, cuándo y dónde comprar los bonos. Es decir, no es suficiente motivar al público para que adopte opciones, sentimientos e intenciones favorables al tema, sino que además, es necesario que sepa y conozca *cómo, cuándo y dónde* pasar a la acción, así como supervisar la acción realizada para corroborar si es la manera correcta de ejecutarlo.



Con frecuencia, aunque todo lo anterior se cumpla, es decir aunque el mensaje motive un cambio de actitud y lleve instrucciones sobre cómo hacer para cambiar la conducta y existan servicios accesibles para ayudar a ello, si el *medio ambiente* es hostil o no favorable al cambio de conducta, puede que el cambio no se produzca o su realización sea de corta duración; lo anterior no debería ser una justificación para que el profesional de salud no cumpla con su responsabilidad de ser un educador para la salud.

El concepto de medio ambiente favorable no se refiere solo al medio ambiente en general (político, socioeconómico, sociocultural y psicosocial); también incluye el macroambiente comunitario y de los grupos sociales (escuela, familia, ejército, fábrica, club, hospital, prisión, etc.) así como lo que

en la vida diaria se conoce como microambiente (servicios higiénicos, objetos de uso personal, situación en la escuela, en el supermercado acerca de los productos de consumo que han sido objeto de publicidad, etc.); estos ambientes no serán descritos detalladamente en el presente trabajo solo fueron mencionados para una mejor comprensión del modelo⁶⁰.

La descripción de estos modelos ayudan a comprender, predecir y controlar del comportamiento humano, tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento sobre aspectos relacionados con la salud centrándose en la adquisición de destrezas y habilidades que les permite mejorar su estilo de vida. Es importante resaltar que ningún modelo resulta o debe considerarse como ideal ya que dependerá del tipo de población a la que se aplique, porque las características individuales como género, edad, conocimientos previos y el ambiente que le rodean al individuo darán la pauta para seleccionar el modelo que puede aplicarse para el logro de los objetivos de la educación para la salud.

Durante la formación y la vida profesional del cirujano dentista, este debería tener muy presente al ejercer, los objetivos que tiene la educación para la salud, así como las acciones que se tienen que llevar a cabo para lograrlos, una de las cuales es proporcionarle la información necesaria al individuo para mejorar o devolverle su salud; es decir aportarle conocimientos, que motiven la reflexión, acción que está presente en los tres modelos de modificación de comportamientos antes mencionados. Desgraciadamente en muchas de las ocasiones durante la práctica diaria esta acción básica de informarle al paciente acerca de medidas que puede tomar para mantener o recuperar la salud bucodental, no se consideran importantes o se da por hecho que el paciente ya tiene los conocimientos necesarios.

⁶⁰ Piedrola ,G. Op. cit. pág. 231.

3.3 Métodos y Medios.

Ha quedado claro que la educación para la salud tiene como objetivo modificar hábitos o conductas insanas y promover las conductas positivas para la salud; para conseguir estos objetivos se deben elaborar mensajes informativos y educativos y hacerlos llegar a la población. El proceso mediante el cual el mensaje alcanza al o a los educandos es lo que se conoce como *método de educación para la salud*⁶¹.

El comité de expertos de la OMS en educación para salud clasifica estos métodos de educación para la salud en dos grandes grupos, según las características de la relación que se establece entre el educador (fuente de mensaje) y los educandos (población que lo recibe)⁶²:

- *Métodos Bidireccionales o Directos*: en este existe contacto directo entre el educador y el educando, se utiliza la palabra hablada como medio de comunicación, facilita la aclaración por parte del educador de las dudas o problemas que puedan presentársele al educando.
- *Métodos Unidireccionales o Indirectos*: Existe una distancia en el espacio y tiempo entre el educador y el educando, se utiliza la palabra hablada, la escrita o alguna imagen, se interpone una serie de medios técnicos como sucede con los medios de comunicación.

➤ *Métodos Bidireccionales o Directos.*

Los métodos directos se usan en la educación para la salud de individuos y grupos; los métodos indirectos se emplean en la educación de grupos o colectividades. Pero en cuanto más estrecha es la relación entre el educador y el educando, mayor la interacción entre ellos y mayor es la eficacia del método; entonces se podría decir que los métodos directos suelen ser más

⁶¹ Ib. pág. 233.

⁶² Martin- Zurro A. Op. cit. pág. 544.

eficaces. Encontramos que entre ellos el diálogo de la entrevista (consejo educativo) y la discusión en grupo son mejores, es por ello que en el presente trabajo se desarrollarán⁶³.

+ Estrecha Relación = ↑ Reflujo = ↑ Eficacia del método

(educador – educando)

✓ Dialogo (consejo médico)

Según Piedrola el diálogo en la entrevista médica o consejo médico es el mejor de los métodos de educación para la salud. Durante el desarrollo de dicha entrevista es necesario que el profesional de la salud tenga la capacidad de *saber escuchar, saber conversar y saber aconsejar*⁶⁴. El manual de educación para la salud de la OMS propone las siguientes reglas⁶⁵:

- Relación: adoptar una actitud comprensiva y establecer una buena relación.
- Identificación de necesidades: comprender el problema y ayudar a las personas a identificar sus propios problemas.
- Sentimientos: facilitar la comprensión de los sentimientos y la manera de afrontarlos.

⁶³ Ib. p.p 661-662.

⁶⁴ Piedrola, G. Op. cit. pág. 234.

⁶⁵ Martin -Zurro A. Op. cit. pág. 662.

- Participación: ayudar a pensar a las personas en los factores que intervienen en sus problemas y animarlas a elegir la solución más apropiada para su situación particular.
- Información y recursos: facilitar datos sencillos durante la conversación.

La entrevista profesional de la salud - paciente es una de las situaciones más favorables que existen para la educación para la salud de individuos, tanto sanos como enfermos. En el caso de los enfermos la singular condición con que el paciente angustiado acude al profesional solicitando su ayuda y esperando la curación lo convierte, al menos en teoría, en un receptor ideal para todo cuanto pueda ser sugerido por el profesional; en el caso de las personas sanas las circunstancias son otras, pero el profesional debe de aprovechar también para promover la educación para la salud, como se ha mencionado antes⁶⁶.

Entonces cualquier cirujano dentista, durante su trabajo profesional, ya sea en instituciones del sector salud o en el consultorio privado, puede y debe ejercer esta función formadora del valor salud del paciente y de su entorno, pues como ya se había mencionado antes, la entrevista odontólogo-paciente es una de las circunstancias más favorables que existen para fomentar la educación para la salud; además que frecuentemente se presenta una estrecha relación entre ambas partes, características que encontramos cotidianamente en la práctica profesional del odontólogo. Por desgracia, en la actualidad a menudo el cirujano dentista ve absorbido su tiempo por una práctica rehabilitadora que hace que *su papel como educador* no siempre pueda llevarse a cabo.

⁶⁶ Piedrola G. Op. cit. pág 234.

✓ Discusión en grupo

Un grupo es un conjunto de personas con una característica o intereses comunes. Este método directo se establece en la reunión de pequeños grupos y la discusión entre sus miembros, moderada por un líder, con el fin de tratar un problema y lograr una solución no establecida de antemano, y al llegar a tomarse por acuerdo general, es probable que la solución sea más aceptada y seguida que una decisión tomada individualmente⁶⁷.

El estudio científico de la discusión en grupo como método de enseñanza está presente desde los años treinta del siglo XX, cuando el Psicólogo Kurt Lewin inició el estudio del valor de los pequeños grupos de discusión para la enseñanza, el aprendizaje y en especial, el cambio de actitudes y conductas⁶⁸. Es el método más democrático de modificación de actitudes y conductas de salud, ya que los *educandos se enseñan a sí mismos y se convencen entre sí*. El grupo como método educativo aporta⁶⁹:

- ▲ Ayuda y estímulos para fomentar y mantener prácticas saludables, reforzar los cambios de actitud.
- ▲ Intercambio de conocimientos, técnicas e información del profesional de la salud y de otros miembros del grupo.
- ▲ Estímulo para la valoración de las posibilidades y utilización de los propios recursos.

La exposición de las opiniones de los diferentes miembros del grupo permite una confrontación de sus ideas y una complementación de los distintos puntos de vista sobre el asunto tratado. Las ideas expuestas por los miembros del grupo son sometidas a juicio y valoración, de tal forma que las ideas inconsistentes se desechan rápidamente muchas de las veces por el propio expositor.

⁶⁷ Ib. pág. 235.

⁶⁸ Ib. pág. 237.

⁶⁹ Martin- Zurro A. Op. cit. pág. 662.

En la discusión en grupo debe existir un *director o animador* y un *secretario o reporter*. La labor del reporter consiste en realizar un resumen en la marcha de la discusión y un informe final con las conclusiones a las que se ha llegado, el animador en la reunión debe efectuar una breve introducción y exponer ordenadamente los diferentes puntos del tema que irán considerándose sucesivamente, posteriormente promoverá la intervención de los miembros del grupo, permaneciendo en segundo plano, pero manteniéndose siempre a la expectativa para actuar como moderador en la discusión⁷⁰.

El agente educativo (profesional de la salud) debe adoptar el rol de animador, para lo cual debe conocer y aplicar reglas básicas como: tener objetivos educativos claros, conocer a fondo del tema y tener una preparación adecuada para la exposición, sin embargo, el profesional de la salud que conduzca un grupo debe tener cierto entrenamiento y habilidad pedagógica.

La discusión en grupo es uno de los métodos directos de la educación para la salud que el cirujano dentista debería conocer, manejar y aplicar en su práctica diaria; adaptándolo a la familia ya que es *el grupo primario* de pertenencia de los individuos y tomando en cuenta que la forma en que un individuo asume la responsabilidad sobre la salud propia y de los demás, está relacionada en gran parte por la integración de pautas, normas, tradiciones, valores y creencias que en su mayoría son adquiridas dentro del núcleo familiar, convirtiéndose la familia en un agente mediador de socialización para los hábitos saludables. En la familia es donde los padres tienen un papel fundamental, es por ello que deben ser concientizados y proporcionarles las habilidades educativas necesarias, para que educación

⁷⁰ Piedrola G. Op. cit. pág. 236.

para la salud sea eficaz a partir del aprovechamiento de los recursos que proporciona la interacción familiar y la vida cotidiana⁷¹.

Algunos aspectos que se deben reflexionar con relación a la familia son: 1.- las creencias relacionadas con la problemática de la salud, 2.- papeles y reglas por parte de los miembros que constituyen la familia y 3.- la comunicación y la relación de la familia con el profesional de la salud

➤ *Métodos Unidireccionales o Indirectos.*

Los métodos indirectos utilizan la palabra hablada o escrita o la imagen, interponen entre los educandos y educadores una serie de medios técnicos: los medios de comunicación de masas, los utilizados en la acción indirecta son fundamentalmente de tres órdenes: *visuales* (carteles, folletos, cartas circulares, periódicos), *sonoros* (radio) y *mixtos audiovisuales* (cine, televisión, internet)⁷².

La diferencia con los métodos directos, en los métodos indirectos no se establece una relación cara a cara entre el educador y el educando, que no permite la posibilidad de un reflujo de información, con lo que la eficacia de la comunicación es menor. Otra diferencia es que el número de personas que se pueden alcanzar es relativamente elevado, pero debido a que la colectividad receptora (con excepción de internet) hace muy poco o ningún esfuerzo para recibir el mensaje, lo que resta eficacia. Los mensajes transmitidos por los medios de comunicación de masas deben ser relativamente simples y deben de tratar un solo tema; de manera que los mensajes más complejos deben de ser transmitidos por métodos directos de ser posible⁷³.

⁷¹ Quesada Perea Rogelia. *Educación para la salud. Reto de nuestros tiempos*. Díaz De Santos. España. 2004. pág. 159.

⁷² Martín- Zurro A. Op. cit. pág. 663.

⁷³ Piedrola, G. Op. cit., pág. 237.

Por lo anterior los medios de comunicación de masas se consideran medios relativamente ineficaces de información y educación para la salud, pero al mismo tiempo por su bajo costo económico y la cantidad de individuos que puede cubrir, son estimados como muy eficaces.

La cuestión de la eficacia de estos medios como métodos para la educación para la salud, es decir, para incidir positivamente sobre las conductas de salud, ha sido muy controvertida. En los últimos 30 años numerosos gobiernos han exaltado el uso masivo de los medios de comunicación para persuadir a la población para que adopte conductas positivas de salud; el argumento con el que han justificado su actuación es simple: si las personas pueden ser persuadidas para que compren una determinada marca de cigarros, de automóviles o de cepillos de dientes, porqué no utilizar la misma técnica para convencerlas de adoptar conductas saludables; este razonamiento falla debido a que no es lo mismo promocionar productos comerciales que cambiar los estilos de vida insanos, lo cual es un proceso complejo que implica mucho factores entre ellos tiempo, instrucción y evaluación⁷⁴.

Hoy en día se acepta en el campo de educación para la salud que los medios de comunicación tienen los siguientes efectos⁷⁵:

- Incrementar los conocimientos de la población sobre el tema, es decir, son útiles para informar y sensibilizar a los grupos, objeto de la intervención educativa.
- Reforzar actitudes previamente sostenidas, pero no sirve para cambiar actitudes contrarias firmemente arraigadas.
- Pueden dar lugar a cambios de conducta, pero solo cuando existe una predisposición previa a la acción. Los cambios de conducta

⁷⁴ Ibem.

⁷⁵ Ib. pág. 238.

permanentes o sostenidos, en la mayoría de los casos no se producen después de la recepción de un mensaje de un medio de comunicación masivo, sino como consecuencia de la presión del grupo, el contacto directo con un profesional de la salud, como consecuencia de una experiencia personal o de personas próximas.

La OMS recomienda utilizar todos los medios posibles para hacer llegar un mensaje de salud a la población, los medios indirectos se recomiendan principalmente para informar, interesar y sensibilizar a la población sobre del tema⁷⁶. Pero no para lograr la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, que es el principal objetivo de la educación para salud.

La mayoría de la información que los individuos poseen acerca de los conocimientos y comportamientos que debe realizar para tener una salud bucodental, provienen de los diversos productos comerciales que se utilizan en odontología para la higiene bucal, estos utilizan los métodos indirectos para su publicidad, desafortunadamente el cirujano dentista asume que los mensajes implícitos son suficientes para que el individuo modifique beneficiosamente conocimientos, actitudes y comportamientos acerca de la salud bucodental.

Por último es considerable resaltar que la educación para la salud es un procedimiento complejo que aborda no solo la transmisión de la información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a lograr una mejoría en la salud, siendo ésta su objetivo final⁷⁷.

⁷⁶ Ibem.

⁷⁷ Serrano Gonzales, M. Isabel. *Educación para la salud del siglo XXI comunicación y salud*. 2ª ed. Díaz De Santos. España. 2002. p.p 28 .

3.5 Educación para la salud bucal en el consultorio odontológico.

Habitualmente la práctica cotidiana del cirujano dentista es restaurativa, d presentando sus servicios cuando ya existe una enfermedad, existen razones históricas y tradicionales para explicar esta conducta. La odontología en un principio se originó para curar al hombre enfermo más que para impedir que uno sano se enferme. Así tenemos que la profesión de cirujano dentista nace con los barberos flebotomianos que realizaban actividades como sangrías, extracciones de muelas, drenaje de abscesos, compostura de huesos rotos o luxados, amputaciones de miembros siendo una práctica rudimentaria⁷⁸, donde el principal motivo de la consulta era el dolor y donde el barbero flebotomiano no se preocupaba por el motivo de este, simplemente recurría a la medicación primitiva y si no tenía éxito, pues a la extracción, sabiendo de antemano que con ello se aliviaría el dolor.

En la actualidad, a pesar que la odontología ha logrado avances científicos y tecnológicos, muchas veces el cirujano dentista es visto casi igual que el flebotomiano, se le teme, se enfoca primordialmente a detectar la lesión o enfermedad, a aplicar un tratamiento restaurativo y a reponer los dientes dañados, sin realizar un esfuerzo por conocer las causas de los problemas del paciente o para evitar su recurrencia.

En los últimos años la odontología ha experimentado cambios profundos y significativos, sin duda alguna, donde el cirujano dentista ha debido confrontar nuevas circunstancias, tales como que los procedimientos de diagnóstico y tratamiento son más eficaces y más estéticos, pero a su vez más costosos tanto para el paciente como para el odontólogo. Estos cambios deberían verse reflejados también en el esfuerzo por cuidar la salud bucodental, evolucionar del énfasis de curación al énfasis de prevención, de

⁷⁸ Sanfilippo, José. Op. cit. pág. 95.

la participación pasiva de la comunidad y del individuo en el cuidado de la salud bucodental, a su participación activa.

Es bien sabido que en odontología las enfermedades bucales como caries dental y enfermedades periodontales son las de mayor prevalencia en México, se encuentran concentradas principalmente en grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública bucal⁷⁹. Y tomando en cuenta el fracaso reiterado de la odontología en el control de estas enfermedades y conservación de la salud bucodental., una de las principales tareas de los planeadores en salud es encontrar estrategias para prevenir o controlar estos problemas.

La influencia en el estilo de vida de los individuos a través de la promoción y educación para la salud por parte del cirujano dentista, ofrece una nueva e interesante perspectiva para abordar los problemas bucales más prevalentes, orientándose hacia una dirección adecuada para su prevención. De modo que el objetivo final por parte del cirujano dentista sea que el individuo adquiera conocimientos, actitudes y comportamientos perdurables, para mantener o recobrar la salud bucodental, por lo que el profesional tendrá la responsabilidad de ejercer su papel como educador.

La odontopediatría abarca todos los aspectos del cuidado de la salud en los niños y adolescentes, se fundamenta en el conocimiento básico de las varias especialidades odontológicas, médicas y del comportamiento⁸⁰. Por esta razón la odontopediatría concibe la idea de comenzar la prevención en la niñez temprana con lo cual se pretende preservar la salud de la erupción dental y mantener las estructuras bucales sanas. Pero la aplicación de las medidas preventivas no solo implica una fuerte participación del niño, sino de su familia, por lo que los padres tienen un papel determinante, y también

⁷⁹ Medina S.C. et al. Op.cit. pág. 270.

⁸⁰ Gôran ,Koch. Poulsen ,Sven. *Odontopeditria Abordaje Clínico*. 2ª ed. AMOLCA. Oxford. 2011.pág.3.

ellos deben ser concientizados proporcionándoles las habilidades educativas necesarias acerca del cuidado de la salud bucodental.

Esta concepción en la odontopediatría de la importancia que tiene la prevención, debería ser tomada por los cirujanos dentistas en su práctica general, de forma que se ejecutando la prevención desde el primer nivel, es decir, que el profesional sea un promotor y educador para la salud. De tal manera que el cirujano dentista como profesional de la salud, tiene capacidad para incidir positiva o negativamente sobre los conocimientos, actitudes y conductas de la salud bucodental, en donde desempeña un doble papel: como modelo o ejemplo, por una parte, y como educador para la salud (papel educativo activo)⁸¹.

El *papel pasivo de modelo o ejemplo* surge de la idea que las conductas de salud del profesional, inciden de forma importante, positivamente o negativamente, sobre las conductas de las personas que reciben su asistencia o consejo. Un principio fundamental en educación para la salud es no sugerir alguna conducta en las personas que se han de educar, que el educador no haya logrado o intentado antes por sí mismo, por ejemplo el cirujano dentista no puede exigir a sus pacientes que lleven a cabo una cierta técnica de cepillado, si el mismo lleva otra o no ha practicado esta de la manera correcta, o recomendar que el cepillado se realice tres veces al día, si él no lo ejecuta de ese modo⁸².

El *papel activo de educador* del cirujano dentista es más efectivo de lo que él cree en la adquisición de comportamientos saludables de sus pacientes. El contacto frecuente en la consulta, la credibilidad de que goza y la situación de demanda de ayuda con la que muchas veces acuden los pacientes a la consulta son factores que favorecen esta efectividad. Para que la acción educativa sea efectiva es preciso que el profesional de la salud

⁸¹ Piedrola, G. Op. cit. pàg. 245.

⁸² Ibem.

adquiera durante su formación los conocimientos suficientes sobre las técnicas de la acción educativa en el ámbito individual (diálogo de la entrevista) y de grupo (sesión de discusión)⁸³.

En el desarrollo de su papel como educador, es aconsejable que el cirujano dentista tenga presente lo siguiente⁸⁴:

- Establecer una alianza educativa con el paciente, en donde la salud se alcanza y se mantiene por medio de la relación cirujano dentista-paciente, en donde el cirujano debe de ser consciente de la importancia de su papel como educador para la salud y querer que el paciente se beneficie de él, para ello es necesario que el paciente sea receptivo a la acción educativa, aceptando la responsabilidad de su propia salud.
- Aconsejar a todas las personas que acuden a la consulta privada que los consejos educativos del cirujano dentista le proporcionarán un beneficio en su salud, esforzándose para que este mensaje llegue a todos sus pacientes, dando respuesta a sus necesidades de información y educación para la salud de acuerdo con su edad, sexo, grado de instrucción y nivel socioeconómico.
- Para que los consejos educativos impartidos por el profesional sean efectivos, es fundamental tener presente los siguientes puntos:
 - Los mensajes transmitidos deben ser informativos y motivadores, además deben incluir instrucciones y la realización en el momento para poder pasar a la acción, de manera que se inspeccione y se evalúe su ejecución.

⁸³ Ib. pàg. 246.

⁸⁴ Ib. p.p 248-251.

- El lenguaje utilizado en la comunicación verbal y escrita debe ser con términos sencillos y fácilmente comprensibles.
- El mensaje debe repetirse frecuentemente, cuando más a menudo, mejor.
- Debe combinarse la comunicación verbal y escrita.
- Felicitar al paciente que muestra en la siguiente sesión haberlo llevado a cabo.
- Solicitar al que no lo ha hecho que lo ejecute para mejorar su salud

4.- La prevención en México.

En la Facultad Odontológica de la UNAM se aprobó la impartición de la asignatura Odontología Preventiva e Higiene en 1943⁸⁵, pero no es hasta los años sesentas cuando la prevención y la salud pública entran en el campo de la odontología, gracias al primer dentista especializado en odontología sanitaria Félix Leycegui⁸⁶. Su objetivo consistía en lograr el más alto grado de salud oral para los individuos de una comunidad, proponiendo, para alcanzarlo, la educación del dentista, del individuo y de la comunidad

La Secretaría de Salubridad y Asistencia creó la Dirección de Odontología, también en la misma década, teniendo como objetivos principales implementar procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales de los Centros de Salud del país; especialmente para dar atención de educación preventiva a nivel escolar para fomentar los principios higiénicos de la salud bucodental⁸⁷. De modo que se empezaba a

⁸⁵ Ruiz, L. *Planes de Estudio de la Enseñanza Formal de la Odontología, Cien Años: 1904-2004*. Facultad de odontología, UNAM. 2006. Inédito. p.p. 62.

⁸⁶ Medina S. C. et al. Op.cit. pàg. 272.

⁸⁷ Ib. pág. 276.

tener la percepción de la prevención de enfermedades bucales por medio de la promoción y educación para la salud bucodental.

Sin embargo el Boletín Odontológico Mexicano revista creada para unificar al gremio odontológico y difundir publicaciones nacionales e internacionales entre los cirujanos dentista de 1920 a 1967, y que actualmente es una herramienta que se utiliza para analizar, reflexionar y revalorizar conocimientos, se encuentran artículos antes de 1960 en los que se determina el papel del cirujano dentista como educador para la salud bucodental y sobre recomendaciones preventivas.

En 1926 el Dr. F. Haloua, en su artículo *La Higiene Dental. El Rol Educador*, presentado al Congreso De Grenoble⁸⁸, se refiere a la higiene como la parte de la medicina cuyo objetivo es la conservación de la salud, y que habiendo dado prueba de sus beneficios, la higiene no ha tenido dificultad para generalizar y adquirir su importancia. Explica que para que las leyes de higiene se llevaran a cabo los antiguos pueblos le dieron un carácter religioso, los primeros en incorporar la higiene a su legislación fueron los egipcios, estos lo heredaron a los hebreos y griegos, entre estos mandatos se encontraba la obligación para todo creyente de lavarse la boca y frotar energéticamente todos los dientes con el dedo con el fin de no dejar ningún resto de alimento después de la última comida de la víspera, la menor partícula de alimento entre los dientes constituía una infracción a las leyes divinas; por lo tanto el miedo era la motivación para que las reglas de higiene se llevaran a cabo; la consagración de la higiene es los antiguos pueblos se encontraba: en su legislación, en los reglamentos de política pública y en los usos y costumbres.

Tomando como ejemplo a estos pueblos antiguos el Dr. Haloau, creí que las reglas de higiene deben incorporarse como costumbres, debido a

⁸⁸ BOM. Tomo VII. Número6.Junio.1926

que considera que eran hábitos adquiridos con sentido que arrastran al hombre a ejecutar un acto, quiera o no, sin percibirse; por medio de medios externos como las imágenes, palabras y ejemplos, dirigido a los niños, ya que considera que los niños son la materia maleable que el educador amasa a su forma, afirmando que aquí es donde surge el rol educador del cirujano dentista. Podríamos decir que éste artículo constituye un antecedente para los conceptos de estilo de vida, prevención y educación para la salud, los cuales se integraron hasta 1970.

El Dr. Haloua consideraba que el primer deber del cirujano dentista en su rol de educador era inculcar todas las nociones de higiene dentaria, medios elementales para el diagnóstico de caries, malposiciones y sus inconvenientes, a los profesores de todos los niveles escolares, incluyendo a las maestras de escuelas maternas, por medio de conferencias, folletos e imágenes. Así el educador provisto de estos conocimientos y convencido de sus beneficios, podría inculcarlos a sus discípulos en el transcurso de sus lecciones, quienes llegarían a la edad adulta con buenas costumbres. Estos educadores también tendrían derecho de obligar a los padres a cumplir los cuidados necesarios señalados por el docente. Teniendo en el maestro un auxiliar en la educación para la salud bucodental.

En 1927 en el artículo *Factores que Intervienen para el tratamiento de la caries en dientes de leche* escrito por Dr. Ramón Canarca Trujillo⁸⁹, se recomienda lavar desde el nacimiento la boca al niño con una torunda de algodón empapada en sustancia alcalina (agua de vychi) después de que la mamá lo alimente; cuando no solo se alimentara de líquidos recomendaba el uso de un cepillo chico y suave de uso exclusivo con el objeto de limpiar los dientes y masajear las encías con movimientos de arriba-abajo para el maxilar superior y de abajo-arriba para del maxilar inferior; a medida que vaya creciendo el niño se le enseña para que lo haga el solo pero siempre

⁸⁹ BOM. Tomo VIII. Número 9. Septiembre.1927.

vigilado, determinando que el niño educado de esta manera, crearía un hábito y le faltaría confort cuando no lo realizara.

En 1928 la sección de Propaganda y Educación Higiénica del Departamento de Salubridad Publica en México emitió el escrito *Influencia de la higiene en el mejoramiento social*⁹⁰, afirma que la higiene práctica es esencial en la vida de las naciones cultas sin ese ejercicio diario por la conservación y mejoramiento de la salud no se entiende un pueblo que progrese. Se tenía la idea que los hábitos higiénicos en un niño, consistirían en obligarlo a realizar las acciones necesarias y a hacer un esfuerzo mayor para satisfacer esa necesidad, que a la postre redundaría en una costumbre que no se podría borrar fácilmente, ya que al volverse autosuficiente, el individuo tendría la necesidad de adquirir los implementos necesarios para realizar la higiene, constituyéndose así los hábitos higiénicos, se verá un progreso y hasta un refinamiento logrado a fuerza de haber adquirido una educación higiénica, teniendo beneficio a nivel social y cultural, por ello exhortaba una educación higiénica especialmente en los niños.

En 1929 en el artículo *Tratamiento de caries en los dientes temporales* escrito por el Dr. Francisco Navarrete Blanco⁹¹ refiere que la odontología en los niños puede constituir por si sola una especialidad, ya que de ella dependerá la armonía facial y fisiología normal de varios órganos, esto a su vez se encontraba relacionado con el desarrollo intelectual del niño afirmando que se comenzaría por una educación a los padres que consistía en hacerles saber que deben enseñar a sus hijos una limpieza mecánica de su cavidad bucal después de cada alimento, tocándole al cirujano dentista enseñar la forma de practicar ese aseo a los padres, esta educación estaría acorde con la edad del niño y aconsejaban que de dos años y medio a tres se comenzará hacer una ligera limpieza. Los padres también tendrían la

⁹⁰ BOM. Tomo IX. Número 1. Enero.1928.

⁹¹ BOM. Tomo X. Número 6. Junio.1929.

obligación de examinar los dientes de los niños, para en el caso de presentar caries acudieran al cirujano dentista inmediatamente para curarlos.

En 1930 en el escrito realizado por el Dr. Moisés N. Ramos *Datos históricos del servicio estomatológico escolar en México*⁹²; en donde asegura que Rusia fue la primera nación que en 1898 instituyó las inspecciones escolares, creando más tarde los primeros dispensarios donde se ofrecían todo tipo servicios dentales, estableciéndose posteriormente en Alemania, idea que atraviesa el Atlántico germinado en los Estados Unidos y en varias naciones latinoamericanas, y a pesar de las observaciones del mejoramiento de la higiene escolar en las naciones vecinas, nuestro país permanecía indiferente y apartado de todos estos útiles y necesarios servicios.

Los primeros pasos del Servicio Dental Escolar en México nacieron con la atención de los niños realizada por alumnos del Tercer Año que asistían al segundo curso de la Clínica Dental en el último año de la carrera. En 1911 se establece el servicio estomatológico escolar por el director de la Escuela Nacional de Enseñanza Dental el Dr. Carmona, gracias a la investigación de un estudiante, Ernesto Fuentes, sobre los progresos de esta materia en el antiguo continente, el director solicitó y obtuvo del Ministerio de Educación Pública y Bellas Artes la creación de una Ayudantía del Segundo Curso De Clínica Dental destinada exclusivamente para el tratamiento de los niños de las escuelas atacados de caries dental, el desempeño de las labores de este servicio, ya organizado oficialmente fue encomendado al Dr. Ángel Zimbròn. En donde existía un departamento de higiene escolar a cargo de Dr. Uribe y Troncoso.

⁹² BOM. Tomo XI. Número 9. Octubre 1930.

CONCLUSIONES

Al realizar la revisión histórica se pudo analizar la evolución que se ha tenido en los conceptos y métodos de prevención de la enfermedad, así como sus inicios en odontología, para caer en la reflexión de la gran labor que falta por hacer en cuanto a su introducción a la práctica cotidiana del cirujano dentista.

El modelo educativo de la profesión del cirujano dentista genera conocimientos para comprender sus conductas ante la prevención de las enfermedades bucales, justificando de alguna manera el poco valor que se le da a las medidas preventivas, ya que la educación que sea ha recibido durante los cinco años de estudios, se inclina hacia la restauración. Pero el desinterés por la prevención no es solo un problema de odontología, es un problema que también se encuentra en otras profesiones relacionadas con la salud de un individuo, sumándose entonces las lagunas formativas del odontólogo en cuanto a los conceptos de prevención, promoción y educación para la salud.

El odontólogo en su práctica general, puede tomar como ejemplo a la odontopediatría la cual es una especialidad de la odontología que hace un especial énfasis en la prevención, de tal forma que siempre se debe tener presente ser promotores de la salud oral, se sea especialista o no.

Un procedimiento para llevar a cabo la promoción de la salud es la educación para la salud bucal, que muy pocas ocasiones el cirujano dentista realiza en su consulta privada, olvidando su responsabilidad con el paciente para devolver y mantener su salud bucodental, repito, debido a su orientación hacia la restauración.

Si desde 1926 -hace más de 80 años- se habla del papel del cirujano dentista como educador, al hablar de educación para la salud en odontología, casi siempre su campo de acción se orienta desde entonces a

los niños, -siendo efectivamente el más adecuado para recibirla por encontrarse en una etapa de formación- pero no se debe olvidar que la educación la puede recibir cualquier persona sea cual sea su edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, etc. Se debe tener presente que los pacientes adultos a los cuales se les brinda la atención bucal son o pueden ser padres de familia, jugando estos un papel fundamental en la creación de hábitos saludables en los niños, así como experimentar y adquirir para ellos mismos adecuados hábitos saludables.

Sabemos que las enfermedades orales con mayor prevalencia son caries dental y periodontopatías, -de las cuales se han determinado los factores de riesgo-, y sabemos también que algunos de estos factores tienen que ver con un estilo de vida no saludable, es decir, la falta de hábitos sanos o la presencia de comportamientos desfavorables. Ejemplo de ello es el cepillado dental que siendo un hábito favorable podría disminuir la susceptibilidad para presentar alguna de estas enfermedades, justificando con ello la aplicación de la utilización de la educación para la salud como método de prevención de enfermedades orales teniendo como finalidad la modificación en sentido favorable de conocimientos, actitudes y comportamientos que concreten la obtención de salud de los individuos.

El cirujano dentista debe tener muy presente que los métodos directos de la educación para la salud bucal son los más eficaces, como lo es la entrevista odontólogo-paciente, y que los métodos indirectos, como son los folletos, carteles o televisión, son solo estímulos para despertar el interés de los individuos, pero no anclan el conocimiento. La información es el primer paso para comenzar la educación para la salud bucodental, lamentablemente en numerosas ocasiones el odontólogo pasa por alto informar al paciente acerca de medidas preventivas.

Es por ello que el cirujano dentista debe de ser capacitado durante su formación para ser consciente de su responsabilidad como promotor de la salud, de tal modo que pueda ser capaz de ser un educador para la salud bucodental, que al ser un proceso complejo, llevará tiempo, responsabilidad y esfuerzo para incidir sobre las actitudes y comportamientos del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, Alva. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. 3ª ed. Manual Moderno. México. 2002. pp 472.

Canarca Trujillo, Ramón. *Factores que Intervienen para el tratamiento de la caries en dientes de leche*. BOM. México. Tomo VIII. Número 9. Septiembre.1927.

Chaves, Mario. *Odontología Sanitaria. Publicación Científica*. N. 63. OPS y OMS. Washington. 1962. pp. 592.

Cuenca Sala, Emili, Boca García, Pilar. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3ª ed. MASSON. París. 2005. pp.481.

Gôran ,Koch. Poulsen ,Sven. *Odontopeditria Abordaje Clínico*. 2ª ed. AMOLCA. Oxford. 2011.pp360.

Haloua F. *La Higiene Dental. El Rol Educador*. BOM. México. Tomo VII. Número6.Junio.1926.

Hernández, Aguado. Gil Delgado. *Manual de epidemiologia*. Panamerican.Madrid.2005.

Katz, Simon, et al. *Odontología preventiva en acción*. 3ª ed. Médica Panamericana.1997.pp.451.

Martin-Zurro A.; Cano Pérez, JF. *Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. ELSEVIER. Barcelona. Vol I. 2003. pp.1784.

Medina Solis ,Carlos et al. *Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción*. Rev Biomed. México. Vol.17.N.4. Octubre- diciembre. 2006. pp.286.

Navarrete Blanco, Francisco. *Tratamiento de caries en los dientes temporales*. BOM. México. Tomo X. Número 6. Junio. 1929.

N. Ramos, Moisés. *Datos históricos del servicio estomatológico escolar en México*. BOM. México. Tomo XI. Número 9. Octubre 1930.

OMS. www.who.int/es/com.mx.

Piedrola, Gil et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10 ed. MASSON. España. 2001. pp.1416.

Quesada Perea Rogelia. *Educación para la salud. Reto de nuestros tiempos*. Díaz De Santos. España. 2004. pp 463.

Ruiz, L. *Planes de Estudio de la Enseñanza Formal de la Odontología, Cien Años: 1904-2004*. Facultad de odontología, UNAM. 2006. Inédito. pp. 103.

Sanfilippo, José. *140 años del primer examen de dentista. En: De Piedras Montadas y para Pulir*. Antología de Historia de la Odontología. Inédito. 1996. pp.187.

Sección de Propaganda y Educación Higiénica del Departamento de Salubridad Pública en México. *Influencia de la higiene en el mejoramiento social*. BOM. México Tomo IX. Número 1. Enero. 1928.

Serrano Gonzales, M. Isabel. *Educación para la salud del siglo XXI comunicación y salud*. 2ª ed. Díaz De Santos. España. 2002. pp.608.

Suaverza Fernández Araceli. *La educación para la salud como estrategia para la promoción de estilo de vida saludable para los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México*. 2010. Tesis. México. Universidad Iberoamericana. pp.205.

