



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA PROMOVER
LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES.

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:

MARYCRUZ PAROCUA MEJÍA

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
1. GENERALIDADES	7
1.1 Antecedentes del concepto de comunicación	7
1.2 Componentes del proceso comunicativo	10
1.3 Formas, tipos y niveles de comunicación	14
2. TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN ...	17
2.1 Concepto	17
2.2 Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación ..	18
2.3 Principales características y objetivos de las TIC's para promover la salud.....	21
3. ADOLESCENCIA	24
3.1 Concepto	24
3.2 Clasificación.....	24
3.3 Cambios físicos y psicológicos	25
3.4 Principales problemas de salud bucal.....	30
4. COMUNICACIÓN EN SALUD	37
4.1 Concepto de hábito saludable y hábito de riesgo	40
4.2 Métodos y estrategias de comunicación en salud	40
4.3 Cambios conductuales en Educación para la Salud	44
4.4 Teorías y Modelos para la modificación de comportamientos de riesgo.....	45
4.4.1 Comunicación persuasiva en Psicología y en Odontología	

4.5 Influencia de las TIC's en la adolescencia y la toma de decisiones a favor de su salud bucal	62
CONCLUSIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	66

Quiero agradecer a Jehová por darme el poder que va más allá de lo normal para concluir el sueño que siempre tuve de ser profesionalista.

A mi mamá Francisca Mejía Samaniego por estar conmigo en cada momento, por enseñarme a no rendirme, por el apoyo incondicional y esforzarse junto conmigo para concluir nuestra meta... ¡LO LOGRAMOS, MAMÁ!

A mi hermana Jacqueline Parocua Mejía por confiar en mí y ser una de mis primeras pacientes además de apoyarme incondicionalmente en cada paso que di, ... ¡te amo mucho Kika!

A mis amigos y compañeros de carrera Analeticia Mora Aldama, María Clara Garista Gordiano, José Alberto Aguilar Trejo, Benito Procopio Hernández, Jonathan López Martínez, Sthefania García Castillejos gracias por todas las risas y buenos momentos que tuvimos en nuestro paso por esta carrera, espero todos tengan éxito en sus caminos y que obtengan la felicidad que se merecen.

A las personas que ya no veo pero que en su momento fueron importantes en mi vida agradezco por las enseñanzas que me dieron espero volverlas a ver algún día.

A mis pacientes por confiar en mí y poner en mis manos lo más importante que tienen, su vida, gracias por permitirme aprender con ustedes y por enseñarme a ser una persona mejor.

A todos los profesores que compartieron su conocimiento conmigo y me ayudaron a desarrollarme como profesionalista.

A mi tutora la Dra. Mirella Feingold Steiner y a mi asesor el C.D. Alfonso Bustamante Bacame por el tiempo que compartieron conmigo para concluir este trabajo y también por sus conocimientos.

Finalmente gracias a la UNAM por ser mi segunda casa desde mi preparación en el CCH-O y a la Facultad de Odontología porque me enseñó tanto dentro de sus aulas.

Por mi raza hablara el espíritu

INTRODUCCIÓN

Los buenos hábitos formados en la juventud marcan toda la diferencia.

Aristóteles 284 a. C.-322 a.C.

La adolescencia es una etapa de la vida, que comprende de los 10 a los 19 años, en la que se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales que perfilarán su vida futura.

En este periodo el adolescente se encuentra en una constante búsqueda de su propia personalidad y pensamiento, lo que lo lleva a experimentar la necesidad de rebelarse ante la opinión de los adultos que lo rodean y comportarse en ocasiones como alguien voluntarioso y difícil de tratar.

También es un estadio de importancia para el cirujano dentista no sólo por los cambios bucales que presenta, sino también porque es cuando se puede influir para que el paciente obtenga información veraz que lo conduzcan a tomar decisiones acertadas que afecten su salud.

Debemos tener en cuenta que en este grupo, el individuo tiene una especial inclinación hacia las TIC's (Tecnologías de la Comunicación y la Información) que son un medio importante de comunicación, además de ser fuente de conocimientos y de las que también, puede obtener el entretenimiento que más le agrade, el punto imprescindible de este recurso, es que la información que se obtiene sea confiable para que no afecte de manera tal su calidad de vida.

La comunicación ha ido evolucionando, según las necesidades de la sociedad, y en esta "sociedad digital", es importante que el promotor de la salud se mantenga informado sobre los medios que puede utilizar para que los temas que quiere que lleguen a la población, lo hagan de una forma clara, concisa y efectiva, así, el individuo y el colectivo estarán educados para formar sus propios criterios, que los lleven a eliminar o mejorar sus hábitos

OBJETIVO

Este trabajo se realizó con la finalidad de investigar a fondo las TIC's con los que cuenta el cirujano dentista y el promotor de la salud para lograr un cambio positivo en la conducta del paciente adolescente, ya que, esta etapa es una de las más importantes en la vida del ser humano.

1. GENERALIDADES

1.1 Antecedentes del concepto de comunicación

Una de las primeras definiciones de comunicación la podemos encontrar en la Retórica de Aristóteles que la define como “la búsqueda de todos los métodos de persuasión que tenemos a nuestro alcance”, y que deja en claro que el principal objetivo de la comunicación es intentar que lo que dice el orador, lleve a los demás a tener el mismo punto de vista.

Platón en sus Diálogos, menciona varios aspectos que son importantes en la comunicación humana:

- La veracidad de quien habla: los que escuchan acogen contenidos desde la honestidad que suponen en quien les dirige la palabra, de quien esperan no mienta.
- La temática o argumento a tratar: debe ser atrayente y objeto de interés por parte de los que escuchan.
- La simpatía del oyente hacia el orador: de forma que conciban un saber que ahora poseen y que sea de gran utilidad a quienes desean aprender.⁶ (Fig. 1)

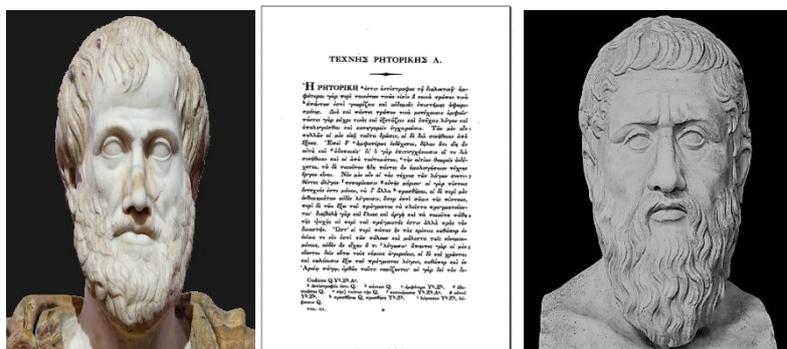


Fig. 1 Aristóteles y su Retórica, Platón.^{16, 17,18}

En el siglo XIX la moderna sociedad industrial que fue surgiendo, presta poca atención a la comunicación ya que pone mayor énfasis al nuevo elemento dinámico y transformador que representa la industria, sin embargo, con el transcurso del tiempo se va haciendo más evidente que el trabajo en sí mismo es una actividad comunicativa.

Shannon y Weaver (1949) primero conciben a la comunicación como un sistema lineal, cuando dicen “el problema de la comunicación, consiste en reproducir en un punto, sea exacta o aproximadamente, un mensaje seleccionado en otro punto. Frecuentemente el mensaje tiene significado; este se refiere o está relacionado con algún sistema, con ciertas entidades físicas o conceptuales.”, ya en 1971 se refieren a la palabra comunicación, para incluir todos los procedimientos por los cuales una mente puede afectar a otra (comunicación persuasiva).

En 1961 Osgood dejó en claro que la principal meta de la comunicación es la influencia al decir: “En el sentido más general, tenemos comunicación cuando quiera que un sistema, una fuente, influencie a otra, el destinatario, por manipulación de señales alternativas que puedan ser transferidas por el canal que los conecta.”

Batenson y Ruesch en su modelo funcional (1965) afirman: “El concepto de comunicación incluye todos aquellos procesos por los cuales las personas se influyen mutuamente”. En 1980 Ruesch amplía el concepto diciendo “la comunicación es un principio organizador de la naturaleza que conecta a las criaturas vivientes entre sí”, la comunicación tiene tres aspectos que funcionan como mediadores, tres propiedades de la materia viva: percepción (input), memoria y toma de decisiones (funciones centrales) y output (expresión y acción).²

Durante el siglo XX, en el periodo de la Primera y Segunda Guerra Mundiales, es cuando se utilizan los medios de comunicación de masas como instrumentos de manipulación masiva.

Según DeFleure (1993) la comunicación ocurre cuando un organismo (la fuente) codifica una información mediante señales y lo pasa a otro individuo (el receptor) que decodifica las señales y es capaz de responder adecuadamente. Esta definición es aplicable a cualquier tipo de relación incluida las del mundo animal, la particularidad del ser humano es su capacidad de abstracción y de emitir diversidad de señales.

Hervás (1998) define la comunicación como “el proceso a través del cual una persona o personas transmiten a otra o a otras por cualquier procedimiento, mensajes de contenido diverso, usando intencionadamente signos dotados de sentido para ambas partes y por el cual se establece una relación que produce ciertos efectos”.

Para utilidad de este trabajo usaremos la palabra comunicación para referirnos a lo que definió en 2005 Hernández Mendo y Garay, “un proceso de interacción social de carácter verbal o no verbal, con intencionalidad de transmisión y que puede influir, con y sin intención, en el comportamiento de las personas que están en la cobertura de dicha transmisión”.²

1.2 Componentes del proceso comunicativo

Es necesario ubicar el término “proceso”, la Real Academia Española, lo define como el conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial ³, según Berlo un “proceso” se puede definir como cualquier fenómeno que presenta una continua modificación a través del tiempo y cada uno de los componentes del proceso, interactúan entre sí influyendo sobre los demás.

Aristóteles en su Retórica dijo que teníamos que considerar tres elementos en la comunicación: el orador, el discurso y la audiencia.

La mayoría de los modelos de comunicación son similares al de Aristóteles, aun cuando en cierta forma más complejos por ejemplo, el modelo de Shannon y Weaver (1947) incluye: una fuente, un transmisor, una señal, un receptor y un destino.¹

Independientemente del modelo podemos considerar que los componentes necesarios para el proceso comunicativo son: fuente, codificador/decodificador, mensaje, canal y receptor (Berlo, 1987) al cual añadiremos la retroalimentación como parte importante del proceso.

Fuente (emisor): de acuerdo a Berlo es “alguna persona o personas con un objetivo para comunicarse”, y Hervás (1998) dice que es “el que emite el mensaje”.

Codificador/Decodificador: Berlo define como código a “todo grupo de símbolos que puede ser estructurado, de manera que tenga algún significado para alguien”.²

Para Hervás (1998) el código es “el conjunto de signos y reglas que se emplean o combinan” o también “el conjunto de conocimientos comunes que poseen el emisor y el receptor”.

Para algunos autores en el proceso comunicativo se llevan a cabo dos acciones codificar y decodificar. McQuail y Windhal (1997), expresan que “la codificación se da cuando el mensaje es traducido a un idioma o código adecuado para los medios de transmisión y los destinatarios pretendidos”. Serrano (1992) a su vez dice que “la codificación es un proceso de emitir el mensaje y la decodificación es la re-traducción del mensaje con el fin de extraer su significado”.

Mensaje: expresión escrita, verbal o no de una idea, un sentimiento real relativo a un referente real o abstracto (presente o ausente), utilizando, para ello, un código común para las personas que participan en el acto comunicativo (Hernández Mendo y Garay, 2005).

También podemos definirlo como la “expresión de las ideas (contenido), de una forma determinada (tratamiento) y mediante el empleo de un código”.

Canal: Shannon en 1949 dijo que el canal se podía definir como “una vía de circulación”. Posteriormente en 1980 Miller colocó al ser humano como un canal de información.

En 1987 Berlo define al canal como todas las formas de encodificar (codificar) y decodificar mensajes, vehículos de mensajes, y medios de transporte.²

Para Serrano (1992) “el canal es el medio físico gracias a cuya estructuración, se transmite el mensaje, a diferencia del contexto que alude a la situación en el que el mensaje es producido por el emisor e interpretado por el receptor”.

Hervás (1998) dice “el conducto a través del cual el mensaje circula, llega desde el emisor al receptor”, eso es el canal.

Moles en 1975 clasifica los canales en fisiológicos y técnicos. Entre los primeros podemos incluir el sonido, el tacto, el oído y la vista; mientras que en los técnicos se encuentran la radio, la televisión, el cine, la prensa y la fotografía, y actualmente se agregan las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) entre la que podemos ubicar las redes sociales y el internet.

Actualmente podemos considerar que el canal es “el medio a través del cual se propaga un mensaje e incluye a las personas que transmiten un mensaje ajeno” (H. Mendo y Garay, 2005).⁴

Receptor: es la persona que capta los mensajes enviados por el emisor para lo cual requiere descifrarlo a través de un código común. Para Shannon y Weaver (1949) “el receptor es el órgano de llegada del mensaje”; mientras que para Hervás es “el destinatario del mensaje” (1998).

Etiológicamente hablando, la función del receptor es interpretar aquello que el emisor pretende, con el propósito de que este obtenga la mayor ventaja posible (Riba i Campos, 1997).

El mensaje puede ser recibido por otra persona o personas aunque no forman parte del objetivo del emisor, esto los convierte en receptores pero no en destinatarios.^{2, 5}

Retroalimentación: también conocida como feedback, es considerada la información consecuyente a la comunicación y permite que el emisor original modifique las subsiguientes comunicaciones y/o comportamientos en función de las influencias ya producidas o que se tiene intención de producir en el entorno comunicativo (H. Mendo y Garay, 2005).

Existen otros componentes del proceso comunicativo importantes, pero no necesariamente imprescindibles como son: el ruido, el referente, la fidelidad, la redundancia, la información y el contexto de los cuales sólo proporcionaremos una definición para su comprensión.

Para Parlebas (1977) el ruido es un elemento perturbador que parasita el proceso de comunicación, para este mismo autor el referente es la realidad de lo que se habla y la redundancia se lleva a cabo cuando hay repetición de la información dada con anterioridad.

El contexto según Mendo y Garay son las interrelaciones que se producen entre todos los factores y elementos presentes y que afectan a la comunicación o son afectados por ella (2005).

Finalmente, la fidelidad según Berlo, se produce cuando el comunicador logra lo que desea.² (Fig. 2)

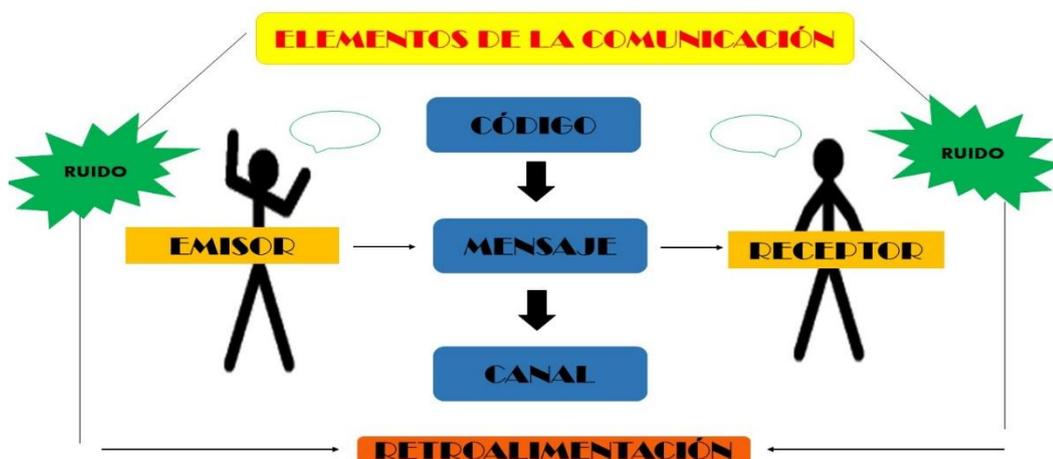


Fig. 2 Proceso Comunicativo.¹⁵

1.3 Formas, tipos y niveles de comunicación

La comunicación se puede clasificar en formas, tipos y niveles dependiendo de la manera en que se relacionan los individuos, así como los instrumentos que se utilizan para ello; esto es determinado por la cultura.

Formas de comunicación:

Comunicación verbal: se refiere al uso de la palabra, se emplean signos lingüísticos orales y escritos; es considerada la más importante en virtud de que no se necesita ser alfabeta para comunicarse.

Comunicación no verbal: se emplean signos no lingüísticos y se subclasifica de la siguiente forma:

- Kinética: movimientos del cuerpo en el proceso de comunicación.
- Proxemia: distancia física que existe entre los individuos y que interviene en el proceso de comunicación.
- Prosodia: variaciones e intensidad del sonido emitido por una persona, entonación, ritmo, cadencia y exclamación.

Tipos de comunicación:

Comunicación directa.

Es necesaria la presencia física del emisor y del receptor del mensaje, es conocida como comunicación “cara-cara”; los canales por los cuales se transmite el mensaje son naturales y, al no existir medios artificiales, el cuerpo y la cara son elementos que tiene alto grado de significación. Ejemplo: la comunicación entre el cirujano dentista y su paciente.⁴

Comunicación indirecta.

No es necesario que el emisor y el receptor se encuentren físicamente en el mismo espacio, ni estén cara-cara; requiere de canales artificiales (instrumentos creados por el hombre para poder comunicarse).

Uno de los vestigios más antiguos de este tipo de comunicación lo podemos encontrar en la pintura rupestre, hasta llegar a la carta, teléfono y telégrafo. En la actualidad existen las nuevas tecnologías de la comunicación (TIC's), entre las cuales se encuentran las redes sociales.

Comunicación unilateral.

Se refiere a cuando el emisor determina el proceso comunicativo, sin que exista posibilidad de que el receptor lo interprete; por lo general, la persona que emite el mensaje lo hace de manera unilateral.

Ejemplo: un promotor de la salud que no permite la interacción con las personas que lo escuchan.

Comunicación recíproca.

Se presenta cuando el emisor y el receptor interactúan y cambian roles, es decir, pasan constantemente de emisores a receptores y viceversa. Pascuali afirma que la verdadera comunicación se presenta cuando entre el emisor y el receptor no existen formas autoritarias, a esto se le denomina dialoguicidad, se considera el ideal de comunicación.

Ejemplo: un promotor de salud bucodental que propicia la participación activa de las personas a quienes dirige su mensaje.

Comunicación privada.

Consiste en que el emisor y el receptor se ubican en una situación comunicativa en lugares cerrados o abiertos; pueden ser dos personas o un pequeño grupo.

Ejemplo: un educador de la salud que se dirige a unos cuantos alumnos de un grupo en el salón de clases como parte de una campaña de salud bucodental.⁴

Comunicación pública.

El emisor nunca se dirige a una persona o grupo en particular, sino que este puede ser recibido por diversos públicos conformados por individuos heterogéneos.

Niveles de comunicación:

Comunicación intrapersonal.

Se caracteriza por la comunicación que tiene el individuo consigo mismo, es decir, un dialogo interno. Algunos psicólogos lo llaman introspección y es el único caso en donde el emisor y el receptor son la misma persona.

Comunicación interpersonal.

Comunicación entre dos o más personas. A esta junto con la comunicación verbal se le considera como los niveles óptimos de comunicación.

Comunicación grupal.

Intragrupal: dentro de un grupo social. La comunicación en este nivel se establece a partir de la homogeneidad, cohesión e identidad del grupo, es decir, existen características que unifican aunque también pueden existir divergencias.

Intergrupal: proceso de comunicación entre dos o más grupos.

Comunicación colectiva.

Algunos autores ubican este nivel como sinónimo de comunicación masiva, sin embargo, la mayoría de los estudiosos de la comunicación la definen como aquella que se manifiesta en pequeños grupos y con una audiencia que presentan características homogéneas.

Comunicación masiva.

Mensajes dirigidos a receptores heterogéneos (diferentes edades, ocupaciones, nivel socioeconómico, etc.), no existe intercambio de información entre emisor y receptor.

2. TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN

2.1 Concepto

El concepto de TIC's ha ido evolucionando con el paso de los años y si tratamos de encontrar una definición concreta de dicha palabra, no lo lograríamos debido a sus características cambiantes y dinámicas.

Martínez Sánchez en 1996 dijo que las TIC's eran "todos aquellos medios de comunicación y de tratamiento de la información, que van surgiendo de la unión de los avances propiciados por el desarrollo de la tecnología electrónica y las herramientas conceptuales, tanto conocidas como aquellas otras que vayan siendo desarrolladas como consecuencia de la utilización de estas mismas nuevas tecnologías y del avance del conocimiento".¹⁴

La OCDE (Organización para la Cooperación y el desarrollo Económicos, 2002) las define como aquellos dispositivos que capturan, transmiten y despliegan datos e información electrónica y que apoyan el crecimiento y desarrollo económico de la industria manufacturera y de servicios.

Juan Cristóbal Cobo (2009) en su artículo *The Information Technologies Concept, Benchmarking of ICT Definitions in the Knowledge Society.*, llegó a la conclusión de que las TIC's se pueden definir como: "Dispositivos tecnológicos (hardware y software) que permiten editar, producir, almacenar, intercambiar y transmitir datos entre diferentes sistemas de información que cuentan con protocolos comunes. Estas aplicaciones, que integran medios de informática, telecomunicaciones y redes, posibilitan tanto la comunicación y colaboración interpersonal como la multidireccional. Estas herramientas desempeñan un papel sustantivo en la generación, intercambio, difusión, gestión y acceso al conocimiento".¹⁴

2.2 Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación

La sociedad de la comunicación se mantiene en constante evolución. Los periódicos, el teléfono, el radio, la televisión, los satélites y la computadora durante mucho tiempo fueron instrumentos que facilitaron la comunicación y permitieron mantener a la sociedad informada sobre los sucesos diarios acontecidos a nivel internacional.²⁹

Las TIC's basadas en la electricidad se originan a partir del siglo XIX dentro de la corriente de desarrollos tecnológicos de la época. Esas "antiguas" TIC's (telégrafo, teléfono fijo, televisión, y radio) dan paso, después de la Segunda Guerra Mundial, a las nuevas TIC's (ordenador, telefonía móvil, Internet, etc.).²⁶

A principio de las décadas de los noventa surgieron dos herramientas que revolucionaron las comunicaciones, el teléfono móvil y las World Wide Web (www) conocida como Internet.²⁶

Teléfono móvil: aparece en 1983 y se extiende de forma vertiginosa superando el número de teléfonos fijos. En 2004 había 27,7 teléfonos móviles por cada 100 teléfonos fijos.

El teléfono móvil ha permitido que los individuos estén comunicados sin necesidad de estar en un lugar fijo, facilitando así la comunicación y el intercambio de ideas.

Los teléfonos móviles de última generación o teléfonos inteligentes (Smartphone) incorporan tecnologías avanzadas de transmisión de voz y datos que hace de ellos unos verdaderos ordenadores, multiplicando las funcionalidades de los móviles convencionales. Además de su cometido inicial, realizar llamadas y enviar mensajes, los Smartphones nos permiten:

- Conectarnos a internet.
- Acceder a redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.).
- Usar servicios de mensajería gratuitos (WhatsApp).
- Realizar fotos.
- Grabar videos y audios.

- Escuchar la radio y ver televisión.
- Consultar datos, leer el periódico y revistas.

Internet: desde 1969 existen redes de ordenadores, pero es a partir de 1983 que se establece un protocolo que permite comunicar redes de diferente tipo. El protocolo IP (Internet Protocol) es un protocolo entre redes que se convierte en la base del Internet.

Entre 1989 y 1990 un grupo de físicos del CERN (Consejo Europeo para la Investigación Nuclear) en Ginebra desarrolla el protocolo HTML y el primer servidor web, creando lo que ellos consideraron el World Wide Web. El 3 de enero de 2006 Internet llegó a los mil millones de usuarios.^{27, 28, 29}

La considerada red de redes, hace posible conectar en tiempo real a las personas que viven en cualquier lugar del mundo. Internet nos ofrece un sinnúmero de servicios, como el acceso a páginas web o la descarga de documentos, informes, música, videos, películas o series. Además es la base de muchos otros servicios y herramientas tecnológicas, como el correo electrónico, las redes sociales, y los servicios de mensajería gratuitos (WhatsApp).

Sus principales ventajas son:

- Proporcionan información ilimitada y permiten consultar documentos o recopilar información sobre cualquier tema con tan solo un click.
- Facilita las tareas.
- Hace la comunicación más fácil y fluida.
- Permite chatear e intercambiar información mediante mensajes.
- Posibilita crear nuestro propio contenido.^{27,28,29}

Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.): son las estructuras sociales formadas por un grupo de personas conectadas y unidas entre sí por algún tipo de relación personal o profesional, interés o actividad en común, a través de Internet. Sirven para comunicarnos de manera virtual con el resto de las personas que forman parte de una red determinada,

compartir información, datos, fotos, noticias u opiniones, con lo que contribuimos a expresar nuestra identidad.

Una de las características de las redes sociales es que su contenido es fruto de las aportaciones que realizan las personas que integran la red, con quien compartimos los contenidos que incorporamos. Se trata de estructuras abiertas, en proceso de construcción permanente. La base del funcionamiento de las redes sociales en Internet es similar a las redes sociales “presenciales” (amigos, escuela, familia). Nos ayudan a comunicarnos, a encontrar e integrarnos en distintas “comunidades”, a fomentar la cooperación y las relaciones interpersonales, a hacer cosas de forma conjunta, a compartir y encontrar puntos de unión.^{27, 28, 29}

Algunos estudios nos hacen ver que las redes sociales son un elemento fundamental para muchas revistas biomédicas desde hace poco tiempo, con el objetivo de llegar a más lectores y aumentar su público.

Una de las ventajas más positivas de que encontremos una base de conocimiento en las redes sociales es que si un individuo tiene alguna pregunta puede obtener respuesta inmediata, además de estimular el debate científico en el que puede participar el que desee.

Los profesionales de la salud vemos las redes sociales como una vía de infinidad de posibilidades para compartir experiencias, conocimientos, resolver dudas, llevar a cabo encuentros con otros colegas para el crecimiento profesional.^{27, 28,29} (Fig. 3)



Fig. 3 Las TIC's son una fuente de información que puede mejorar el conocimiento previo de un individuo.^{42, 43, 44}

2.3 Principales características y objetivos de las TIC's para promover la salud

Nos encontramos en una era de auge de las tecnologías y las comunicaciones, vivimos rodeados de ellas. En el área de la salud no es menor este éxito, está cada vez más presente en el mundo del Internet facilitando así el acceso al conocimiento y experiencias compartidas por las redes sociales. Haciendo fácil la relación entre profesionales y pacientes. Así por ejemplo podemos encontrar sitios y páginas referentes a la salud en Facebook, Twitter y ahora en Instagram u otras redes sociales, los cuales buscan mejorar las habilidades además de construir y compartir conocimiento.²⁷

Hay que tener en cuenta que no toda la información que se encuentra en Internet es cien por ciento veraz lo que hace difícil establecer la

discriminación entre información correcta e incorrecta, por ello es de vital importancia que no se deje de acudir a consulta con un profesional de la salud, ya que nosotros a su vez proporcionaremos atención personalizada y en nuestro papel de promotores de la salud ofreceremos sitios en donde encontrar información creíble y de confianza.²⁷

No debemos ver a las TIC's como la solución en sí misma, en cambio la debemos advertir como una herramienta o un componente dentro del desarrollo humano.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce el papel de las TIC's en la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El objetivo número ocho en sus puntos cuatro, cinco y seis menciona las metas que se tienen en cuanto a la salud y se destacan el reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades (incluyendo las bucales).²⁶

Las TIC's deben contar con ciertas características principales definidas por diferentes autores y recogidas por Cabero en 1998 que nos ayudarán a la difusión de información y son:

- Inmaterialidad: las TIC's se relacionan con la creación, el proceso y la comunicación de información básicamente inmaterial y puede ser llevada de forma transparente e instantánea a lugares lejanos.
- Interactividad: es posiblemente la más importante en el mundo educativo ya que mediante las TIC's hay un intercambio de información entre el usuario y el dispositivo electrónico que esté usando. Esta característica permite adaptar la información a las necesidades del individuo que utiliza el dispositivo.
- Interconexión: hace referencia a la posibilidad de desarrollar nuevas conexiones tecnológicas entre dos dispositivos.
- Instantaneidad: las redes de comunicación y su integración, han posibilitado el uso de servicios que permiten la comunicación y transmisión de la información, entre lugares alejados físicamente de una forma rápida.²⁵

- Elevados parámetros de calidad en imagen y sonido: el proceso de transmisión de información abarca texto, imagen y sonido, porque los avances han ido encaminados a conseguir imágenes multimedia de mayor calidad, lo que ha sido facilitado por el proceso de digitalización.
- Digitalización: su principal objetivo es que la información de cualquier tipo pueda ser transmitida por los mismos medios, al estar representada en un formato único universal.
- Mayor influencia sobre los procesos que sobre los productos: es posible que el uso de diferentes aplicaciones de las TIC's ejercen más influencia sobre los procesos mentales que realizan los usuarios para la adquisición de conocimientos, que sobre los propios conocimientos adquiridos.

Cada sujeto debe y puede aprender a construir su propio conocimiento sobre una base más amplia y rica, no sólo dispone de más información para construir su conocimiento si no que puede construirlo de forma colectiva.

- Penetración en todos los sectores (económico, cultural, educativo, industrial, etc.): el impacto de las TIC's no se refleja únicamente en un individuo, grupo, sector o país, sino que se extiende al conjunto de sociedades del planeta.
- Innovación: están produciendo innovación y cambio constantes en todos los ámbitos sociales.
- Tendencia hacia la automatización: la propia complejidad empuja a la aparición de diferentes posibilidades y herramientas que permiten un manejo automático de la información, en diversas actividades personales, profesionales y sociales.
- Diversidad: la utilidad de las tecnologías puede ser variada, desde la mera comunicación entre personas hasta el proceso de información para crear una nueva.²⁵

3. ADOLESCENCIA

3.1 Concepto

Procede del latín “*adolescere*” que significa adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración.¹²

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios.^{4, 11, 12} El concepto de pubertad es decisivo para la definición de la adolescencia, independientemente de la cultura, se puede definir como el período de desarrollo físico en el que se adquieren características sexuales que posibilitan la reproducción.²¹

3.2 Clasificación

La adolescencia no es un grupo homogéneo, existen una amplia variabilidad en los diferentes aspectos de sus desarrollo, además los aspectos físicos influyen en los cambios psicológicos.¹²

Según la UNICEF dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores resulta útil dividir esta década de la vida en dos partes adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años).¹³

La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) distingue tres fases de la adolescencia que se relacionan entre sí: adolescencia inicial o temprana (10-14 años), adolescencia media (15-17 años) y la adolescencia tardía (17-19 años).^{12, 24}

Adolescencia inicial o temprana. En esta etapa el individuo tiende a focalizar los cambios físicos de su cuerpo y puede tener preocupaciones acerca de su proceso de maduración.

Refuerza su agresividad y el sentido de auto conservación, inicia su separación de los padres y se afianza en otras figuras de identidad.

Su deseo de independencia radica en iniciar sus propios juicios y tomar decisiones acerca de su vida y regular su propia conducta.

Adolescencia media. Es el periodo de rápido crecimiento cognitivo cuando emergen pensamientos operacionales formales, comienzan a entender conceptos abstractos y pueden cuestionar los juicios adultos. Tienden a suponer que otros se sientan fascinados con ellos y su conducta con ellos mismos.

Adolescencia tardía. Es el periodo en donde se establece la identidad personal con relaciones íntimas y una función con la sociedad, ve la vida de una forma más socio-céntrica, característica de la adultez. Es altruista y los conflictos con la familia y la sociedad pueden centrarse en conceptos morales más que en consideraciones egocéntricas, son receptivos a la cultura que los rodea y a las conductas de los modelos que observan en casa, la escuela y en los medios de comunicación.^{12, 13}

3.3 Cambios físicos y psicológicos

Cambios físicos. El acercamiento de la pubertad muestra paralelismos con el desarrollo de los órganos genitales y las características sexuales secundarias, como el surgimiento del vello púbico.

También es un periodo de aumento de la masa muscular, redistribución de la grasa corporal y aceleración del crecimiento óseo. Hay un punto máximo de crecimiento asociado con este periodo de la vida, este sigue un patrón de conformidad con el género. En las mujeres aparece en una etapa más temprana que en los varones, el inicio promedio en varones es dos años después que en las mujeres.²⁰

La menarca es el primer ciclo menstrual que indica la madurez sexual de la mujer, aunque las chicas no son fértiles a menudo en los primeros ciclos. Algunos estudios revelan una diversidad de actitudes ante la menstruación. Algunas chicas expresan excitación y alegría y aceptan la llegada de los periodos sin mayor problema, otras reaccionan con temor, turbación o miedo esto debido a la escasa preparación para este momento y al hecho de que se espera mayor limpieza e higiene. Es importante señalar que la menarca señala el final del crecimiento en las mujeres, mientras que en los varones no hay señal que marca ese fin.^{20, 22}

Por otra parte, la señal equivalente para los varones es la presencia de esperma en la orina aunque no es tan fácilmente observable y por tanto no ha alcanzado la misma significación simbólica o emocional de la menstruación.

Los adolescentes son muy conscientes de su apariencia física. Los varones quieren ser altos y con espaldas anchas, mientras que las mujeres prefieren ser delgadas pero con busto marcado al igual que las caderas. Esto destaca el valor que los adolescentes le conceden a una buena apariencia física. Además ambos sexos quieren madurar al mismo tiempo que sus iguales y les es incómodo hacerlo antes o después.^{20, 22}

En cuanto a los dientes, por lo general, a los 12 años de edad ya erupcionaron todos los dientes permanentes, con excepción quizá de los segundos molares que pueden erupcionar a los 13 años y los terceros molares que lo hacen entre los 17 y 21 años.²¹ (Fig. 4)

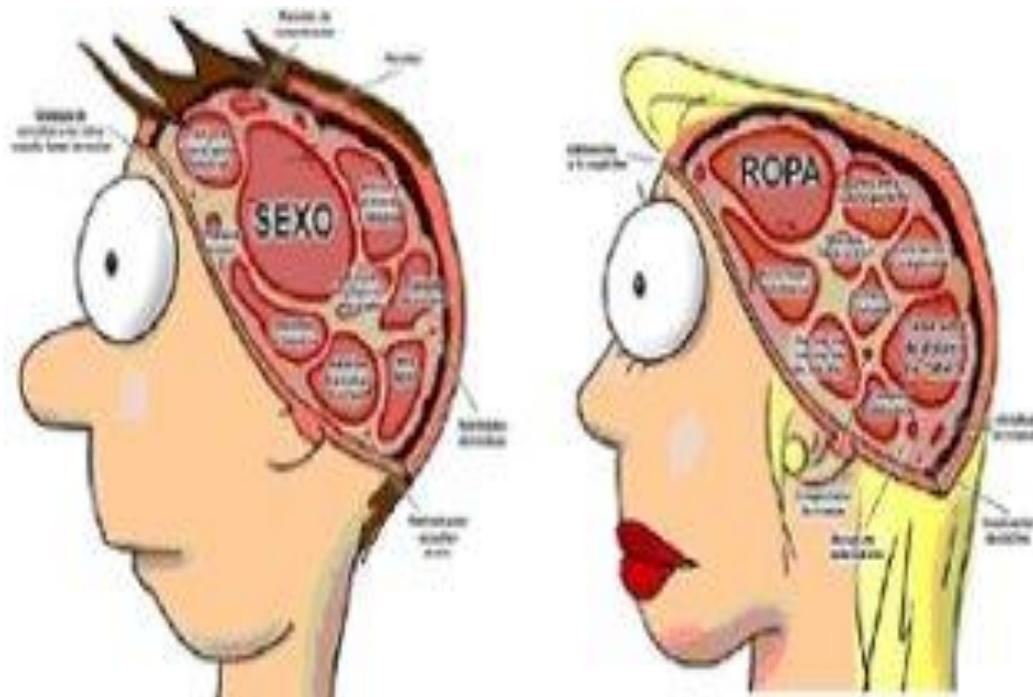


Fig. 4 Cambios físicos y psicológicos de la Adolescencia.³⁸

Cambios psicológicos. La adolescencia es una etapa importante en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se forja su personalidad, se consolidan la conciencia del yo, se afianza su identidad sexual y se conforma su sistema de valores.²⁰

Es una época de búsqueda, de oposición, de rebelión, de extremismo en ocasiones; la edad de los ideales, de verlo todo claro y al instante siguiente sentirse confundido, de transgredir normas e ir en contra de todo y de todos, de revolución personal para poco a poco ir reconstruyendo el yo fragmentado. La psique del adolescente se encuentra en un proceso de consolidación en el que se ha de producir la integración psíquica del cuerpo adolescente y la próxima independencia de los padres.²⁰

La madurez cognitiva se alcanza ordinariamente durante la adolescencia, según Piaget (1972) entre los 11 y 20 años. Los adolescentes pueden pensar no sólo en función de lo que observan en una situación concreta.

En este desarrollo cabe distinguir las variadas dimensiones: la inteligencia, la capacidad crítica, la imaginación, el aspecto afectivo y la personalidad.^{20,}

²²

El adolescente continua su desarrollo cognitivo, y en la etapa media y tardía es capaz de realizar tareas intelectuales muy refinadas. La capacidad de pensamiento abstracto permite que el adolescente haga frente a problemas educacionales complejos y que tome decisiones vocacionales difíciles, desarrolla un razonamiento operativo formal y capacidad de almacenar información en su memoria después de percibirla, según Piaget el razonamiento operativo no se alcanza siempre, parece que para llegar a él es esencial cierto nivel de apoyo cultural y de educación. La información nueva que percibe el adolescente, así como la manera en la que la analiza hace que parezca rebelde, quejumbroso o criticón.²¹

Las metas principales a conseguir durante la adolescencia son: adaptarse a los cambios corporales, afrontar el desarrollo sexual y los impulsos psicosexuales, establecer y confirmar el sentido de identidad, sintetizar la personalidad, independizarse y emanciparse de la familia y adquirir valores respetuosos con los derechos propios y ajenos.

La adolescencia transita por diferentes duelos propios de esta, los que producen angustia ya que consisten en destruir ataduras muy ancladas y para no deshacerlas muchos adolescentes adoptan formas regresivas y actitudes infantiles, o por el contrario, actitudes agresivas y de defensa hacia los padres. Las luchas y rebeldías externas de la adolescencia muchas veces no son más que el reflejo de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente persisten.²²

Según Jonh Bowlby, para superar los duelos el adolescente debe atravesar las siguientes fases:

- Protesta.
- Desesperación.
- Desapego.^{20, 21}

El adolescente juzga y discute, no siempre lo exterioriza, tal vez por temor, pero al menos en su fuero interno opondrá objeciones a lo que se le inculca desde el exterior, lo que hace difíciles las relaciones con sus padres, maestros y odontólogo.

Es una etapa de riqueza emotiva y de intensa sensibilidad, en las que influyen factores fisiológicos e intelectuales. La dependencia en el hogar y el ámbito escolar, obliga al adolescente a rechazar las emociones que lo dominan. De ahí que la viveza de sus reacciones emocionales ante el reproche, a menudo se vuelven rebeldía o cólera y por el contrario, una respuesta de simpatía o un cumplido hará que se sienta radiante, entusiasmado y gozoso, esto lleva al odontólogo a pensar en cómo reaccionar ante un adolescente que necesita tratar de cambiar sus hábitos personales de higiene la ignorancia de los adultos ante estas cosas es por la facilidad del adolescente a manifestar expresiones de indiferencia ante los juicios que se formulan sobre él.

La adolescencia es la clave para la afirmación del uno mismo, para el descubrimiento reflexivo del yo y del mundo, es la época más clara de oposición del ambiente. Estos cambios intelectuales, sociales y físicos suscitan en él joven crisis de identidad y para resolverla tiene que desarrollar tres vertientes de su nueva identidad: la sexual, la vocacional y la ideológica.

La conducta del adolescente está dominada por la acción, no puede mantener una actitud rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces lo intenta, su personalidad se dice que es permeable que lo recibe y proyecta todo.^{20, 21, 22}

Como decía Mauricio Knobel: “Solamente si el mundo lo comprende adecuadamente y facilita su tarea evolutiva, el adolescente podrá desempeñarse correcta y satisfactoriamente, gozar de su identidad, de

todas sus situaciones, aun de las que aparentemente tienen raíces patológicas, para elaborar una personalidad más sana y feliz. De lo contrario, siempre se proyectaran en los adolescentes las ansiedades del adulto y producirá ese colapso o crisis de enfrentamiento generacional que dificulta el proceso evolutivo y no permite el goce real de la personalidad".^{20,}
²² (Fig. 4)

3.4 Principales problemas de salud bucal

En odontología, los adolescentes son un grupo de referencia importante pues en este período ocurren las principales variaciones dento-maxilares y se consolida la identidad lo que definirá la actitud hacia la salud bucal del futuro.

Es importante que los adolescentes asuman responsabilidades, y dentro de ellas está el cuidado de su propia salud.

Las enfermedades prevalentes en esta etapa son, sobre todo de causa infecciosa y afectan al 95% de la población. Los cambios hormonales, la dieta, hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y externo del individuo, convierten a los adolescentes en un grupo de riesgo en cuanto a su salud bucal.

El control periódico y los programas preventivos son muy importantes en este período por la presencia en la cavidad bucal de dientes recién erupcionados, lo que las hace vulnerables.^{4, 23}

Las medidas preventivas de autocuidado que deben ser ejecutadas diariamente, la higiene bucal para la remoción de la placa dentobacteriana origina respuestas variables, si bien los adolescentes manifiestan que es la medida más fácil de poner en práctica, no se comprometen a su ejecución diaria, el uso de hilo dental y enjuagues también forman parte de la rutina diaria de higiene.²²

Resulta imprescindible que en esta etapa de la vida, el profesional de la salud provea información objetiva del desarrollo de la caries e insista en la auto-revisión y en el dominio de la técnica dental individualizada, que le

permita al adolescente asegurar una limpieza eficiente mediante el uso de pasta dentífrica e hilo dental, para evitar el aumento del número de bacterias y su actividad. Además, hay que destacar los beneficios que conlleva realizar las acciones preventivas, aprovechando el interés personal que tiene el adolescente por su imagen física y autonomía, dicha intervención tiene que ser integral ya que hay que instruir de igual modo sobre los beneficios de llevar una dieta balanceada para mantener una salud general buena.²²

El cirujano dentista debe asegurarse de que el adolescente asuma el hábito de realizar la higiene dental diaria utilizando cepillo y crema dental al menos una vez al día aunque lo recomendable es en cualquier etapa, realizarlo al levantarse, antes de acostarse y después de cada comida.²³ (Fig. 5)



Fig. 5 El cirujano dentista debe proporcionar información adecuada.³⁹

Caries dental. Es una enfermedad que destruye los tejidos duros del diente, en la cual intervienen factores como la placa dentobacteriana, cantidad y calidad de la saliva, dieta, factores biológicos del individuo, edad, disponibilidad de cuidados de salud. La interacción de estos factores y el tiempo de coincidencia de los mismos padecimientos determinarán la presencia y la severidad de la enfermedad. (Fig. 6)

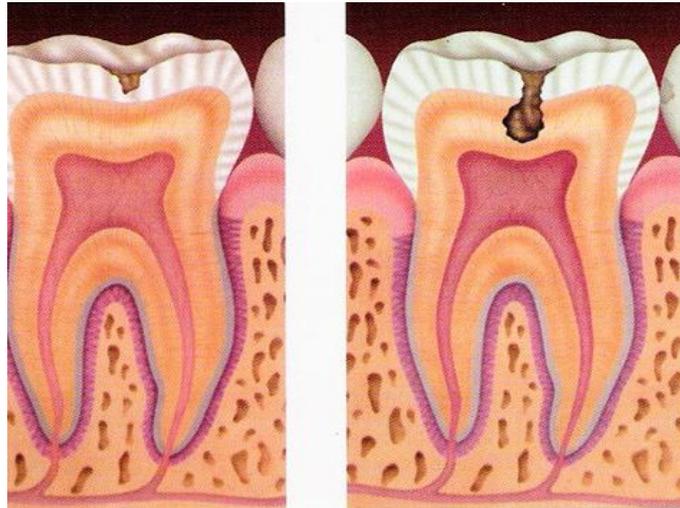


Fig. 6 Esquema de los tejidos que afecta la caries.⁴⁰

En el desarrollo de la caries, como proceso dinámico cuya etiología es multifactorial, participan tres elementos: microbianos, huésped y el ambiente. La caries dependerá de los factores micro-ambientales, acciones personales que asumirá el adolescente (huésped) para el cuidado y mantenimiento de su salud para interrumpir la triada, y los macro-ambientales (influencia de los medios de comunicación para consumir alimentos chatarra o por el contrario, el adecuado uso de los aditamentos de higiene bucal) a los que se ven expuestos.^{4, 23} (Fig. /)

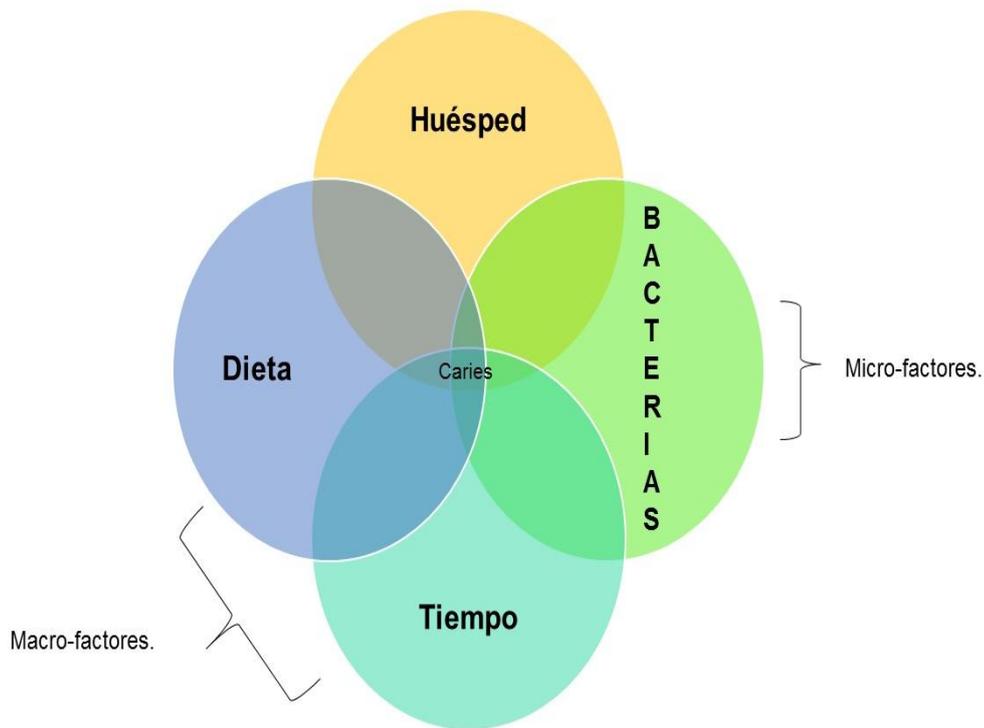


Fig. 7 Triada de Keyes modificada.⁴⁷

Enfermedad periodontal. Afecta a los tejidos de soporte dental, ocurre en ambos sexos. La acumulación de placa dentobacteriana adherida en la superficie dental genera toxinas que producen inflamación en el tejido blando (encía). Se presenta en dos categorías generalizada o localizada dependiendo de la destrucción del tejido.

La gingivitis alcanza su pico máximo en la adolescencia, un pequeño porcentaje de los pacientes pueden presentar ya enfermedad con pérdida de hueso. La tendencia de la progresión de lesiones en pacientes sanos es poco común, por lo que una enfermedad periodontal generalizada con pérdida de hueso hace necesaria una inspección general de salud.

Una encía normal se puede observar rosa pálido, es firme, bien adherida al diente y al hueso en cambio una encía con gingivitis se observa enrojecida, inflamada en el margen gingival y sangrado provocado o espontáneo.^{4, 23}

La gingivitis úlcero necrotizante (GUNA) es una infección aguda atribuida a una baja de defensas por estrés, las manifestaciones clínicas son úlceras en la papilas interdentarias, mucho dolor, halitosis (mal aliento), fiebre y presencia de ganglios inflamados.²²

El tratamiento consiste en la eliminación de cálculo, control mecánico de la placa dentobacteriana, con técnicas de higiene adecuadas, uso de hilo dental y enjuagues antisépticos indicados por el odontólogo.^{4, 23} (Fig. 8)

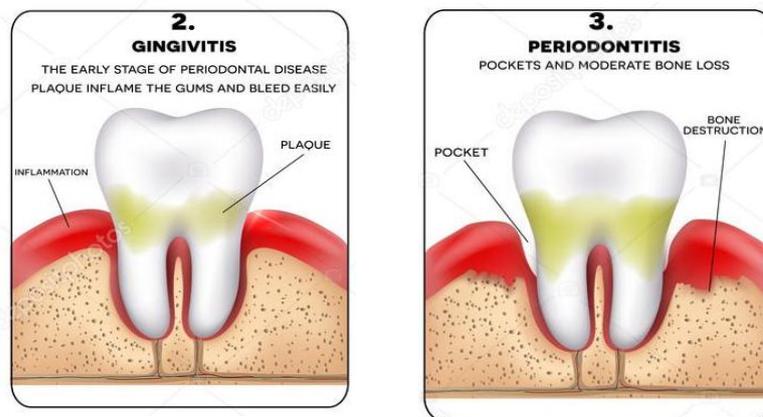


Fig. 8 Gingivitis y Periodontitis.⁴¹

Bruxismo. Las tensiones propias de la adolescencia motivan a numerosas reacciones fisiológicas, algunas de las cuales pueden ser la difusión masticatoria y los movimientos para-funcionales.

Los trastornos de la ATM (articulación temporo-mandibular) pueden estar relacionados con traumatismos o por bruxismo, manifestándose por chasquidos, dolor, desviaciones y limitación durante la apertura bucal.²³

Traumatismos. Las principales causas son peleas, deportes, juegos o accidentes automovilísticos. Es importante tener en cuenta que el traumatismo dentario siempre constituye una urgencia. Encontramos diferentes tipos de traumas dentales de los que mencionaremos: avulsión, es de pronóstico incierto en algunos casos se restablece la inserción normal, otros dientes se anquilosan y algunos fracasan, fractura coronaria,

representa 60-70% de los traumatismos, cuando el fragmento roto se encuentra debe ser evaluado por el odontólogo en la conveniencia de usarlo o no en la reconstrucción, fractura alveolar, se relaciona con la necrosis pulpar y el retraso en el tratamiento después de tres horas del accidente se relaciona con la extrusión del diente, luxación extrusiva y fractura radicular, se identifica por la interferencia dentaria son casos agudos debido a la interferencia oclusal y la interrupción parcial de la inserción del ligamento periodontal y a la ruptura del paquete vasculo nervioso apical, causando movilidad aumentada del diente.^{4, 23}

El uso de protectores bucales es conveniente en la práctica de deportes, el mismo proporciona un efecto acolchado que disminuye el impacto al distribuirlo en un número mayor de dientes y de esta manera reducir todo tipo de lesiones.

Maloclusiones. Se pueden originar en problemas esqueléticos o dentarios y en ocasiones relacionarse con hábitos (succión digital, labial, mordedura de labios y carrillos, respiración bucal, etc.) que producen modificaciones de las estructuras óseas y de los tejidos blandos peribucales.

La ortodoncia preventiva para el mantenimiento de la oclusión normal exige una técnica a largo plazo de manera continua y dinámica. Lo que constituye un sistema y disciplina tanto para el paciente como para el odontólogo, con el objetivo de vigilar el complicado sistema de crecimiento, desarrollo, diferencia tisular, resorción, considerando la influencia de la fuerza funcional continua hasta alcanzar una oclusión estable. La ortodoncia Interceptiva trata la maloclusión como un hecho consumado, si el tratamiento es oportuno el ajuste autónomo restaurará la oclusión normal, pero se recurrirá a la ortodoncia correctiva si no fue detectado a tiempo el problema por lo que será necesario remitir al paciente con un especialista para que realice el tratamiento ortodóntico completo.^{4, 23}

Según la OMS las alteraciones de la oclusión representan un problema de salud pública. Por la frecuencia y el daño que causan, ocupan el tercer lugar

de las enfermedades bucales más comunes, precedidas por la caries y la enfermedad periodontal.^{4, 23}

Hábitos frecuentes en la adolescencia que afectan la salud bucal. Se definen como las conductas que adquieren los adolescentes como el uso de piercings, fumar, beber alcohol, trastornos de alimentación, se forman en la adolescencia, perjudican su salud bucal y condicionan a los jóvenes a adquirir otros males en la adultez.

Piercings bucales. Son una moda entre los adolescentes y unos cuantos adultos, se pueden observar en la lengua, labios, y también en los frenillos bucales. Estos pueden producir astillamiento o fractura de los dientes, infecciones en la lengua o hasta pérdida de la sensibilidad de esta.

Tabaquismo. Provoca disminución de los sentidos del gusto y el olfato, mal aliento, enfermedad periodontal, manchas en los dientes, lesiones premalignas, cáncer bucal y de labios, promoviendo además enfermedades circulatorias, digestivas colaborando con la aparición de otros tipos de cáncer.

Alimentación. Comidas rápidas, refrescos, botanas y golosinas sumadas a una higiene bucal poco frecuente pueden dañar en forma permanente la salud bucal y la salud en general.

Por otro lado, se observan trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia), los cuales se presentan a partir de los 10 años, y transitan la etapa adolescente hasta llegar a los 30 años, se caracteriza por una distorsión en la percepción de la imagen corporal, pérdida de peso, rechazo de mantener el peso corporal mínimo y miedo a engordar. Clínicamente podemos observar osteoporosis, piel seca, baja temperatura corporal, deshidratación, etc. Las alteraciones bucales más frecuentes son las lesiones erosivas en las superficies dentarias superiores por la acción de los ácidos estomacales al vomitar, caries, enfermedad periodontal, menos cantidad de saliva y con mayor acidez.^{4, 23}

El tratamiento de ambos trastornos demanda la intervención interdisciplinaria de un equipo de especialistas: cirujanos dentistas, nutriólogos y psicólogos.^{4, 23}

4. COMUNICACIÓN EN SALUD

La comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan a las audiencias apropiadas.

La comunicación en salud ha sido objeto de varias interpretaciones, durante las últimas dos décadas se ha visto un incremento en el desarrollo de teorías, modelos, paradigmas e investigaciones relacionadas con esta, que tratan de explicar de diversas formas la realidad dentro del proceso de la comunicación en salud.

En 1990 en la Conferencia Sanitaria Panamericana se manifestó la necesidad de la comunicación social como un aspecto fundamental para la educación y promoción de la salud. Después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sus programas de Orientaciones Estratégicas de 1995-1998 señaló que se debe de utilizar la información como un instrumento de cambio para elevar el nivel de vida en salud y que la comunicación es vital para adoptar políticas orientadas a la salud. El 30 de Septiembre de 1993 el Consejo Directivo de la OPS, aprobó la resolución Promoción de la Salud en las Américas y solicitó a los gobiernos que integraran esta estrategia en sus programas de salud mediante campañas de comunicación social y educación; posteriormente en el 2001 la OPS dijo que, en la comunicación en salud, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores individuales, institucionales y comunitarios) y son de causalidad recíproca con su entorno.^{4, 7}

Ante la inquietud de promover la salud, en el siglo XX, en la Declaración de Yakarta se confirmó la necesidad e importancia del acceso a los medios de información y la tecnología de las comunicaciones para lograr la salud. Desde entonces se han celebrado constantemente congresos, simposios y conferencias en donde se ha puesto énfasis en la importancia de la comunicación para la salud.

En 2010 la OMS (Organización Mundial de la Salud) señaló que la comunicación comprende la investigación de modelos y el uso de estrategias con el propósito de informar e influir a los individuos y comunidades en sus decisiones, además, reconoce que la comunicación es indispensable para la salud pública y personal.

De acuerdo a la Organización Healthy People 2010 (Enero, 2000) puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, también destaca las diferentes características que debe tener la comunicación en salud para ser efectiva, estas son:

- Exactitud en el contenido, sin errores de hecho o juicio.
- Disponibilidad: el contenido debe ser colocado donde las personas tengan acceso a él, esto depende de la audiencia, la complejidad del mensaje y su propósito, se puede colocar en redes sociales, difundir de forma interpersonal, en TV, radio o medios electrónicos como el periódico e internet.
- Balance: el contenido debe ser apropiado, debe contener beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.
- Consistencia: el mensaje debe estar en línea con otras informaciones sobre el tema, que hayan sido publicadas por expertos.
- Competencia cultural: el diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características, tales como: raza, edad, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.^{4, 7}

- Evidencia base: evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de salud.
- Alcance: el mensaje debe llegar a la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.
- Fiabilidad: las fuentes de información deben ser creíbles y el contenido debe ser actualizado constantemente.
- Repetición: la información debe ser reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
- A tiempo: el contenido es provisto o debe estar disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita información específica.^{4,7}
- Entendible: el lenguaje y el formato (incluyendo multimedios) deben ser apropiados para las audiencias específicas.

A su vez contribuye a la salud integral del ser humano, en odontología influye de forma definitiva en educar y prevenir enfermedades bucodentales al establecer una buena relación cirujano dentista-paciente. Así, el individuo tiene una respuesta más favorable a las recomendaciones clínicas y terapéuticas.

Las instituciones de salud bucodental deben utilizar de forma óptima los medios de comunicación incluyendo todos los niveles y tipos de comunicación.

La comunicación en salud bucodental se considera un proceso estratégico para lograr estilos de vida saludable y debe atender procesos de comunicación que promuevan cambios en diferentes niveles: conocimientos, actitudes, conductas y prácticas en la población.^{4,7}

4.1 Concepto de hábito saludable y hábito de riesgo

Un hábito es un mecanismo estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria.

Un hábito saludable es toda aquella conducta que tenemos en nuestra vida cotidiana y que incide positivamente en nuestro bienestar físico, psicológico y social. Por ejemplo: una alimentación sana, actividad física regular, descanso adecuado, higiene física (baño diario, cepillado dental, etc.).

Por el contrario, un hábito de riesgo es toda aquella conducta que tenemos en nuestra vida y la afecta negativamente. Por ejemplo: consumo de alcohol y tabaco, vida sedentaria, etc.^{32, 33}

4.2 Métodos y estrategias de comunicación en salud

Para obtener un cambio positivo en relación con la salud se necesitan establecer estrategias de intervención. La comunicación interpersonal siempre ha sido más efectiva que sólo transmitir una presentación en cualquier programa electrónico; todo depende de la estructura psicosocial del público objetivo. La siguiente metodología fue tomada del libro Promoción y Educación para la salud en Odontología y sigue los lineamientos de la OPS.

Diagnóstico: identificar el problema de salud bucodental que aqueja a la población y conocer el perfil del grupo al que se dirige la campaña de salud, el que incluye: edad, escolaridad, religión, costumbres y mitos, etc. También es oportuno que se reconozcan los líderes de opinión, así como, los canales de comunicación existentes.

Estrategia: se selecciona el mensaje y los canales que sean más adecuados a las características de la población.⁴

Intervención: se ejecutan los planes comunicacionales con la supervisión de los promotores de la salud y se modifican los mensajes o los canales según se encuentre pertinente, es necesario destacar que previo a poner en práctica las estrategias planeadas, deben ser evaluadas en función del impacto que pueden tener en la población objetivo.

Evaluación: posterior a la ejecución, se evalúa el impacto que tuvieron en la población objetivo; Es necesario un seguimiento de los que recibieron el mensaje.

La comunicación constituye un universo dentro del que se encuentran la comunicación de masas, interpersonal, entre otras; sin embargo, la base de cualquier modelo, método, teoría o estrategia es la comunicación persuasiva (intencionada y premeditada), que es el tipo de intercambio que tiene como finalidad crear opiniones y actitudes que no existían, aumento o disminución de actitudes preexistentes y/o el desplazamiento de opiniones desde una posición hasta su opuesto; siempre deben tenerse en cuenta diversos factores, los cuales al “jugar” con ellos, aumentan o disminuyen la posibilidad de éxito en la persuasión.

Estrategias de comunicación. Uno de los determinantes más importantes del interés y la motivación para pensar acerca de un tema, es la relevancia que el individuo perciba que tiene la cuestión objeto de la comunicación según Petty y Cacciopo.

La habilidad del profesional de la salud de presentar la información de forma fácil de comprender, influye en el acercamiento de este con el paciente, también influye en su capacidad de crear sus propias conexiones con el material y así, vincularse el proceso creativo y reflexivo.

Ahora bien, el uso de las nuevas tecnologías, que se vuelven una herramienta muy útil y efectiva, permite que el interlocutor desarrolle materiales propios para uso en el aula o consultorio, lo que resulta en beneficio para los oyentes. La tecnología digital está al alcance de todos.⁴

Una actividad que se recomienda al promotor de la salud es el uso de fotografías para ilustrar su información, por ejemplo, al hablar de pigmentos para la placa dentobacteriana y el cepillado dental, de forma que al principio del tema exista la necesidad de investigar y meditar sobre el mismo.⁴

Luego al receptor de la información se le anima a tomar fotos para monitorear su progreso y estas últimas se utilizan para organizar una presentación pública que sirva de refuerzo para el conocimiento y crear una experiencia enriquecedora. Hablar de vivencias y sentimientos propios, ayuda a que el conocimiento se afiance por la valoración de la experiencia propia y la validación del conocimiento generado y aceptado por otros.

Otra técnica es el montaje audiovisual, donde se usan imágenes y sonidos ya existentes, la ausencia de discurso es necesaria para que el receptor use la intuición para sacar conclusiones acertadas, lo que permite que refuerce su seguridad y la capacidad de desarrollar ideas correctas lo que generará criterios firmes y educados para la toma de decisiones pertinentes. Esta estrategia puede ser puesta en práctica en grupos de personas y producir discusión, lo que a su vez, nos ayudará a determinar el grado de rechazo de una idea y aclarar los puntos débiles en el aprendizaje, evitando así, ideas confusas. La finalidad de originar discusión es enriquecer y homogeneizar un concepto, cabe destacar que el promotor de la salud deberá evitar el hecho de creer ser el único que ofrece el conocimiento válido, su única labor es moderar las experiencias y vivencias del oyente de manera que se acoplen al concepto que se quiere llegar, al final de la tarea educativa.

Se debe entender que la experiencia es más fuerte que la capacidad de hablar o la escritura, a menos que sean usadas a favor de la expresión de la vivencia de la audiencia. Acercar al público a cualquier tema de índole científico será siempre más fructífero si se emplea la vía intuitiva ya que lleva a la reflexión.⁴

Otra estrategia que puede ser utilizada es la música, puesto que es un elemento idóneo para crear conexiones de conocimientos por el tipo de lenguaje contemporáneo para los oyentes, ya que si no es conocido enriquece el vocabulario. La música es un lenguaje de persuasión fuerte en sí mismo y nos podemos acercar a ella buscando los temas relacionados. Así, sería de más utilidad para transmitir información que esté vinculada con la salud. Asimismo, su uso puede impulsarse como una actividad que apoye el trabajo de campo relacionado con la educación para la salud, donde se mencionen los beneficios del programa.

La lectura de textos como material de apoyo es fundamental, ya que se le pueden dar nuevas dimensiones al contraponer dos textos, y así generar discusión de esta forma se obtendrán grandes resultados como ya hemos dicho anteriormente.

Una estrategia grupal que se puede emplear es el desarrollo de un periódico mural con información relacionada, esta hace leer y elegir lo más importante de acuerdo a la experiencia propia, lo cual ayuda al desarrollo de las capacidades de análisis y síntesis. Hay que recordar que los individuos en general, prestarán atención a los temas de mayor interés personal, por lo que esto lo convierte en una manera directa de conocer y monitorear cuáles son los tópicos y el acercamiento que, como promotores, debemos dar a la información para presentarla más deseable al grupo.

La mesa redonda es otra técnica válida, consiste en una discusión organizada con un grupo diverso sobre determinada materia en el cual se discutirán los pros y contras de dicho tópico, donde es importante mencionar que los exponentes confronten la información.

El promotor de la salud proporcionará una serie de datos para que la población elija aquellos que redundarán en el beneficio de tomar buenas decisiones en cuanto a su salud bucodental y en general.⁴

4.3 Cambios conductuales en Educación para la Salud

La mayoría de las personas están conscientes de que no basta la información acerca de los efectos positivos o negativos de un comportamiento determinado para propiciar un cambio. La motivación es la que ocasiona, canaliza, refuerza o modifica un hábito, constituye la clave para el desarrollo de teorías apropiadas para la Educación de la Salud.

Tenemos ciertos factores que afectan el cambio positivo o negativo de un comportamiento los cuales explicaremos a continuación:

- **Percepción de la necesidad:** según Maslow que elaboró una teoría que explica que el comportamiento humano está controlado, influido o motivado por una jerarquía de cinco necesidades, en la cual concede mayor importancia a las necesidades más básicas y por consecuencia en las que más posibilidad de influencia tiene. De acuerdo con Maslow el individuo sólo se enfocará a satisfacer las necesidades más básicas e imperiosas para él, con respecto a la tecnología las encontramos en la misma situación de que la comunidad escuche la información, ya que lo que motivamos a cambiar debe coincidir con las necesidades que tenga en ese momento.
- **Riesgo o beneficio posible:** la forma en la que un individuo se comporte ante una situación depende en gran medida de la forma en que la perciba y de las formas en las que influyan los demás y el entorno. Si realmente se desea que un individuo cambie o conserve un comportamiento, es necesario que el perciba el riesgo o beneficio que esto le traerá. Existen diversos factores que influyen en el individuo para que crea el riesgo o beneficio de un cambio, por ejemplo, la familia, los amigos, el grado de escolaridad, las creencias religiosas y sus costumbres.⁴⁵
- **Hábitos y experiencias previas:** Skinner desarrolló una teoría que afirma que el comportamiento está controlado por lo que llamó “condicionamiento operativo”. Este enfoque sugiere que el comportamiento de un individuo es el resultado de la asociación de la

situación actual con las anteriores, es importante que al crear teorías convenientes en la Educación para la Salud se tengan en cuenta los refuerzos negativos o positivos.

- Actitudes y valores: las actitudes que tiene un individuo le sirven de base para estructurar su vida y filtrar la información nueva. A partir de esto, Jonh Lewis y Louis Rathsh han elaborado métodos de aprendizaje basados en la reafirmación de valores y actitudes positivas y cuando se estima conveniente, se recalcan las creencias para reforzar un comportamiento. Rogers y Shoemaker realizaron investigaciones y han demostrado que la rapidez con la que una persona aprende algo depende de la educación que tiene, su posición económica, mayor exposición con las TIC's, participación social activa, rapidez de adaptación a las innovaciones, experiencias previas. Es necesario que se tengan en cuenta estos factores en las actividades y enfoques de la Educación para la Salud.

Algunos estudios han demostrado que el éxito del educador de la salud en el cambio de comportamientos, es la habilidad de este al identificar y usar a su favor los factores específicos de la población.⁴⁵

4.4 Teorías y Modelos para la modificación de comportamientos de riesgo

Las teorías y modelos del cambio de conductas postulan que, la adopción de estas, es un proceso mediante el cual los individuos avanzan, a través de diversa etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria.

A través de estos se expone un panorama simplificado de la realidad, ya que permiten comprender un poco mejor las características del comportamiento de una forma más efectiva. Encontramos modelos de nivel individual, teoría de comportamiento interpersonal de salud y modelos de nivel comunitario (OPS, 2001).^{4, 7, 19}

Existen dos conceptos claves que dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal:

- El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta la manera en la que actuamos.
- El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambio de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social.

Uno de los modelos que explica a cabalidad la naturaleza de las acciones individuales preventivas en salud es el Modelo de Creencias de Salud (Health Belief Model- HBM).

De acuerdo con Cabrera, Gastón y Lucumi durante la década de los 50's, bajo la colaboración de Mayhew Derryberry, creador de la División de Estudios de la Conducta en la Oficina de Educación para la Salud del Servicio de Salud Pública en Estados Unidos de América, cuatro psicólogos sociales del servicio, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock desarrollan el Modelo de Creencias de Salud.

Uno de los puntos básicos de referencia del grupo de trabajo fueron los hallazgos de Hochbaum, quien a comienzos de 1952 estudió más de 1200 adultos en ciudades norteamericanas, valorando su "disposición" a someterse a rayos X, como parte de los programas oficiales contra la tuberculosis.

Este modelo se desarrolló para explicar la naturaleza de las acciones preventivas en salud de los individuos. Desde que se creó ha sido foco de varias investigaciones y reconocido como uno de los más influyentes en la formulación de teorías que explican la forma en que las personas buscan evitar enfermedades.^{4, 7, 19}

El Modelo de Creencias de Salud se compone de tres elementos:

- Las percepciones individuales basadas en la susceptibilidad y severidad de las enfermedades.
- Las percepciones individuales de los beneficios y barreras para tomar una acción preventiva.
- Las claves disponibles para el individuo que podrían estimularlo a ocuparse en una actividad preventiva de salud.^{4, 7, 19}

En la parte superior de la Figura 9 aparece un cuarto elemento que contiene variables socio-psicológicas y demográficas. De acuerdo a las características del Modelo los “factores modificables” indirectamente influyen en las percepciones y creencias de los individuos. En esencia está diseñado para predecir las posibilidades que tienen los individuos que adoptan una conducta particular de salud como una función de percibir amenazas y beneficios (Kreps y Thornton, 1992).⁷

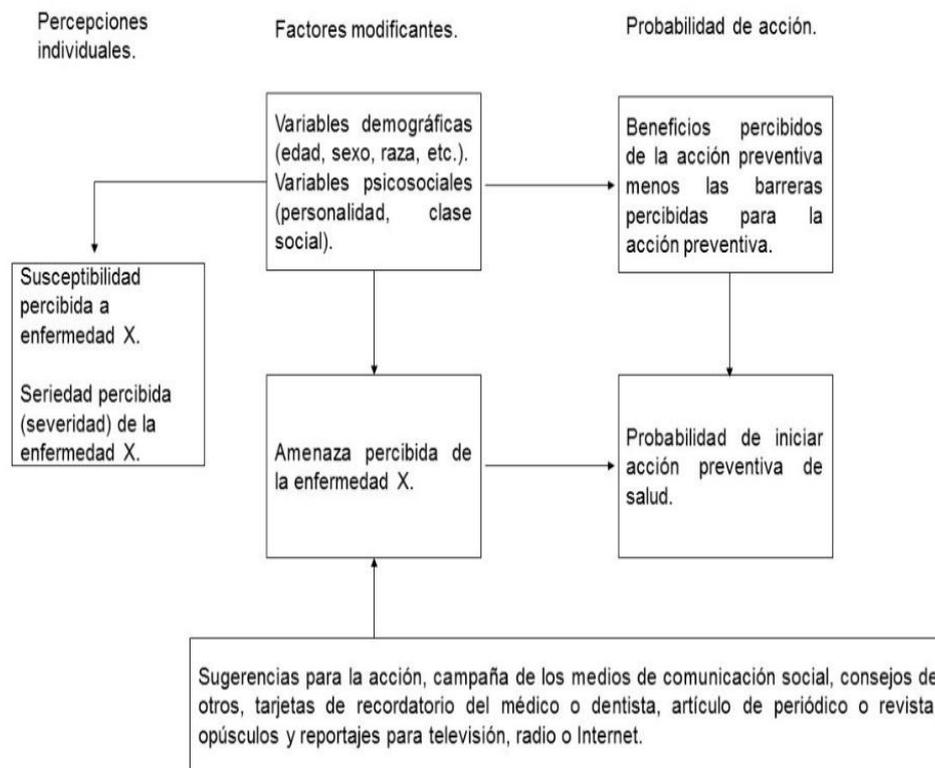


Fig. 9 Modelo de Creencias de Salud.⁹

El modelo de creencias de salud es muy atinado respecto a las posibles influencias que pueden estar inmersas en los procesamientos de información de salud. La susceptibilidad de un individuo sobre una determinada condición de salud debe ser vista a través de los posibles constructos sociales que han predominado en una persona desde el desarrollo de su niñez. Estas percepciones son subjetivas dependiendo el contexto en que se utilicen.⁷

Lo que para una población es bueno no tiene que serlo necesariamente para otra. Las acciones de prevención requieren que los expertos puedan adentrarse en los factores modificantes de la conducta de una persona, catalogados por el modelo como: variables socio-psicológicas y demográficas.

Las principales ventajas y desventajas de este modelo según Kreps y Thornton son:

- Lado positivo: ilustra la importancia de las modalidades más amplias de comunicación, tales como el impacto de los medios de comunicación social en el comportamiento de la salud.

Lado negativo: ha sido criticado por poner demasiado énfasis en creencias abstractas y conceptuales debido a la consideración extrema del elemento percepción como determinante para la predicción de conductas preventivas.

No obstante continúa siendo un modelo de referencia a nivel mundial y analizado por organizaciones con prestigio como la OMS y la OPS, entre otras.^{7, 19}

Otro modelo de carácter individual es el Modelo PRECEDE (del inglés predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation: causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educacional) de Green, Kreuter, Deeds, y

Partridge desarrollado en los 80's. Este permite identificar los comienzos de un comportamiento en los problemas de salud, de forma que tras valorar su grado de importancia, pueda intervenir eficazmente sobre ello. Es considerado un modelo eficaz que ayuda a la hora de planificar intervenciones y acciones en relación a los hábitos de la población.

Green expuso que entre los factores que contribuyen al cambio de conducta se encuentran:

- Factores de predisposición-conocimientos de los individuos, actitudes, conductas, creencias y valores.
- Factores permitidos en la estructura del ambiente o comunidad y la situación individual que facilita o presenta obstáculos para el cambio.
- Factores de refuerzo en los efectos positivos o negativos que influyen en la conducta.^{7, 19}

Este modelo tiene una similitud con el modelo de creencias de la salud, sin embargo, hay que destacar el aspecto de los factores de refuerzo o los también llamados efectos positivos y negativos, los cuales afectan la conducta del individuo. Para determinarlos se considera apropiado un análisis sobre la predisposición del individuo ante ciertas conductas.

A diferencia del Modelo de Creencias de la Salud, el Modelo PRECEDE no hace referencia concreta el contexto cultural del individuo, el cual interfiere directamente en la toma de decisiones y la creación de valores en el momento de evaluar una acción preventiva de salud.^{7, 19}

Este modelo al igual que otros, brinda una metodología que permite el cambio conductual, se visualiza como un mapa de caracteres y teorías que sigue una estructura dividida en todas las fases posibles, como se muestra a continuación:

Fase 1. Diagnóstico social

Se evalúa la calidad de vida del individuo y la comunidad, para identificar las características en común.

Fase 2. Diagnóstico epidemiológico

Se determina los problemas de salud más importantes que afectan al individuo y la comunidad, en los que intervienen factores sociales y ambientales. Una vez identificados, los promotores deben prepararse para establecer prioridades.

Fase 3. Diagnóstico conductual y ambiental

Los factores ambientales, que van más allá del control personal y que pueden cambiarse para apoyar conductas o influir en los resultados de salud. Modificar estos factores requiere no sólo de la educación, se necesita del apoyo de organizaciones políticas y públicas que en cada caso transforman los factores ambientales.

Fase 4. Diagnóstico educativo y organizacional

Se identifican los factores antecedentes y reforzadores que se deben considerar para empezar y sostener el proceso de cambio, estos factores se clasifican como predisponentes, reforzadores y facilitadores debido a su interferencia colectiva entre la probabilidad de que ocurran los cambios conducto-ambientales.

Fase 5. Diagnóstico administrativo

Son las estrategias de intervención y la planeación final para su implementación. Su principal propósito es identificar políticas, recursos y circunstancias que prevalecen en el contexto organizacional y que podrían facilitar o impedir la aplicación del programa.

Fase 6. Implementación

En ésta los programas de salud se encuentran listos para ponerlos en marcha, donde la recolección de datos se vuelve imprescindible para evaluar el proceso.

Fase 7. Evaluación del proceso

Se analiza el desempeño real y actual del programa comparándolo con lo que se tenía establecido, de estos datos derivará información importante sobre la calidad, métodos o actividades desarrolladas.

Fase 8. Evaluación del impacto

Se analizan los datos y la viabilidad del programa con respecto a los cambios producidos en los factores predisponentes, reforzadores, facilitadores y conducto-ambientales.

Fase 9. Evaluación de resultados

Ésta es de suma importancia ya que determina el efecto del programa sobre la salud y la calidad de vida del individuo y la comunidad.⁴ (Fig. 10)

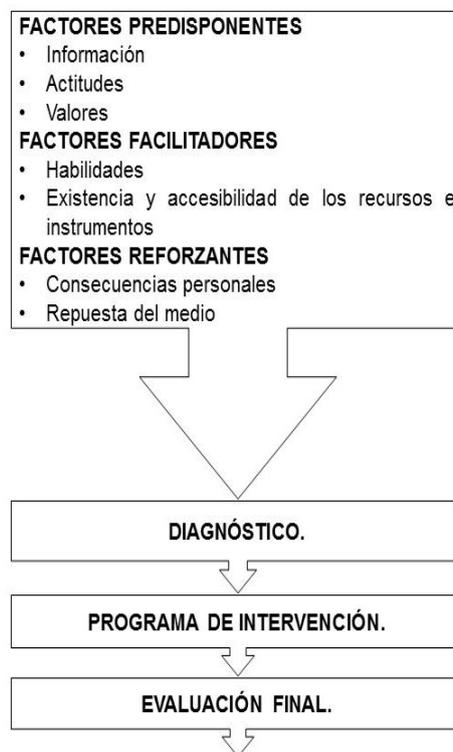


Fig. 10 Modelo PRECEDE.⁸

Otro modelo utilizado en comunicación es el desarrollado por Prochaska y DiClemente (1992) y se llama Modelo de Etapas de Cambio, que es considerado de carácter individual y cognitivo el cual propone que la adopción de conductas saludables, es un proceso en el que el individuo progresa a través de etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina.^{7, 19}

Se basa en etapas que se componen de escalones: pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento, además de que asume que el cambio de conducta involucra movimientos crecientes hacia la otra etapa.^{7, 19} (Fig.11)

Concepto.	Definición.
Pre-contemplación.	No es consciente del problema, no ha pensado en cambiar.
Contemplación.	Se esta pensando en cambiar en el futuro cercano.
Determinación.	Se traza planes para cambiar.
Acción.	Implantación de planes de acción específicos.
Mantenimiento.	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados.

Fig. 11 Modelo de Etapas de Cambio.¹⁰

Maibach y Holtgrave (1995) indican que este modelo, pone énfasis en que los mensajes y programas transmitidos a través de los medios de

comunicación, son más efectivos en las etapas tempranas, mientras que la comunicación interpersonal y las redes de apoyo social, basadas en la comunidad tienen una importancia crítica durante las etapas posteriores. La información en particular la impresa, es crucial para alentar al cambio de una etapa a la próxima, sin embargo, la información debe variar de acuerdo a la etapa en la que se encuentre la población.

Es interesante lo que nos propone este modelo ya que sugiere que las adopciones de una conducta, dependen de las percepciones que tenga un individuo sobre un problema, la identificación de la presencia del problema en el individuo y el conocimiento adecuado sobre lo perjudicial de no implementar una nueva conducta a través de un proceso de acción.

Podemos concluir entonces que este modelo sugiere lo mismo que el Modelo de Creencias de Salud y brinda atención particular a las percepciones individuales como modificadores de la conducta. Las cuales están sujetas al conocimiento previo que posea un individuo sobre algún tema relacionado con la salud.

Teorías para la modificación de comportamientos de riesgo. Se refiere al cambio de una o varias conductas que se consideran nocivas para la salud de un individuo, las que se relacionan con su estilo de vida, conocimientos, creencias, valores y actitudes que dan soporte a sus hábitos diarios, por ello se requiere de un programa educativo, intencionado y sistemático que promueva el cambio.^{7, 19}

Toda intervención educativa, parte de un fundamento teórico y metodológico, entre los que se encuentran los derivados de la Psicología que explican cómo se construye el conocimiento informal y formal mediante los procesos de socialización y cómo se estructura la conducta humana y las motivaciones mediadas por la comunicación a todos los niveles, además de proceder de los aportes de la Pedagogía y de la Didáctica. Estos mecanismos se reflejan y concretan en el desarrollo individual de los

diferentes modos de pensar, sentir y actuar, motivo por el cual conviene revisar las diferentes teorías psicológicas que ofrecen una explicación de los procesos subjetivos de aprendizaje de la realidad, así como los modos y estrategias de intervención en situaciones específicas y concretas.^{7, 19}

Teorías asociacionistas de condicionamiento. Entre las más representativas se encuentran las conductistas y neoconductistas del condicionamiento de Pavlov, la de condicionamiento operante de Thorndike y Skinner, las cuales conciben el aprendizaje como “un proceso ciego y mecánico de asociación de estímulos y respuestas, provocado y determinado por las condiciones externas, ignorando la intervención mediadora de variables referentes a la estructura interna”. Dentro de este enfoque, el comportamiento humano se determina por las contingencias sociales que lo rodean, orientan y especifican la influencia de los reforzadores, así que el educador debe estar consciente de tales riesgos, organizarlos, manipularlos y controlar los efectos reforzantes en lo posible ya que estos facilitarán los cambios deseados en la conducta.^{7,19}

En este contexto explicativo, “la educación se convierte en una simple tecnología para programar un refuerzo en el momento oportuno”. Dentro de un principio de discriminación y modelado, es necesario desmenuzar analíticamente las conductas que se pretenden configurar hasta identificar las unidades básicas operacionales. Una desventaja es que al desaparecer el reforzador, la conducta tiende a desaparecer, por lo que el individuo continúa con sus hábitos anteriores; en la consulta odontológica es común observar estos fundamentos.⁷

Teorías Medicionales. Se distinguen varias corrientes con sus particulares diferencias: el aprendizaje social de Bandura, las cognitivas de la Gestalt, Maslow y Rogers y la genético-cognitiva de Piaget y Ausubel. Entre sus propósitos fundamentales se encuentran “la importancia de las variables internas, la consideración de la conducta como totalidad y superioridad del

aprendizaje significativo que supone organización cognitiva y actividad interna”.

Aprendizaje Social de Bandura. Supone un aprendizaje por observación del otro, que se lleva a cabo en cuatro etapas: procesos de atención, procesos de memoria, procesos reproductivos motores o actividad física traducida en capacidades motores y procesos motivacionales.^{4, 7, 19}

En Odontología se puede fomentar el aprendizaje por observación, mostrando en la explicación imágenes reales asociadas a los diferentes padecimientos o técnicas (técnica de cepillado o empleo del hilo dental). Para atender el cuarto punto es necesaria la supervisión y vigilancia en la aplicación correcta de las medidas preventivas, reforzarlas y motivar para que se constituyan en un comportamiento permanente.^{4, 7, 19}

De acuerdo con Rodríguez, Muñoz, Fandiño y Gutiérrez (2006) en esta teoría los seres humanos adquieren destrezas por imitación y observación en donde intervienen aspectos cognitivos, que ayudan al sujeto a decidir si lo observado es realizado o no.

Cabe destacar dos conceptos fundamentales de los postulados de Bandura que están presentes en el proceso de cambio de conducta: autocontrol, capacidad que tienen las personas para regular sus conductas, y autoeficiencia, explica el modo en que las personas enfrentan distintas situaciones, y se relacionan con la opinión de los individuos acerca de sus capacidades para activar la motivación.

En este punto, el cirujano dentista, en su intervención como educador para la salud debe tener en cuenta tres puntos fundamentales: qué saben, qué sienten y qué hacen las personas, para proporcionar la información adecuada a sus necesidades cognitivas y afectivas.^{4, 7, 19}

El determinismo recíproco de Bandura, describe la influencia mutua del individuo, el ambiente y la conducta. La adopción de un cambio de conducta requiere de las personas un alto nivel de autoeficiencia, de que ellas pueden realmente desempeñar el cambio de conducta deseado, no importan las circunstancias o barreras que dificultan la adopción de cambio o implementarlo. A menos que la gente crea que puede ejercer algún tipo de control sobre la conducta de salud, tendría poca iniciativa para actuar o perseverar de cara a las circunstancias.^{7, 19} (Fig. 12)



Fig.12 Teoría de Aprendizaje Social de Bandura.⁷

Aprendizaje holístico de la Gestalt. Desarrollada por Wertheimer, Kofka, Köler, Wheelery, Lewin, supone una reacción contra la orientación mecánica asociacionista del conductismo, al considerar que la conducta es una totalidad organizada que implica mucho más que la suma de sus partes, de manera que tan importante es entender los elementos de la conducta, como comprender las relaciones de codeterminación que se establecen entre los mismos a la hora de formar una totalidad significativa.

Según esta teoría, el individuo no reacciona de manera automática a los estímulos y presiones del mundo objetivo si no que reacciona, a la realidad como la percibe subjetivamente y su conducta responde a su comprensión de las situaciones en cada momento concreto.⁷

La interpretación holística de la conducta y el aprendizaje, así como la consideración de las variables, llevan implícitas la medición de estructuras cognitivas que suponen operaciones, cuyo común denominador es la comprensión de las situaciones y la motivación por resolver problemas en algún área del espacio. Esto demanda del cirujano dentista el reconocimiento de dos necesidades fundamentales: la sentida y la expresada.

La primera es lo que las personas sienten que necesitan y están relacionadas con experiencias pasadas, lo que origina que se restrinjan o exageren las expectativas o resultados de la necesidad e interferir en el aprendizaje, la segunda es lo que las personas expresan que necesitan a través de un reclamo o demanda. En ocasiones, la primera nunca se expresa porque las personas no la consideran importante o piensan que no tiene solución, o por falta de confianza para reclamarla.⁷

Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1975,1981) Es considerada de carácter interpersonal y con orientación cognitiva, ya que supone que las personas se influyen por el entorno social y al mismo tiempo, ellos influyen sobre el entorno. Esta teoría no se limita a entender el desarrollo de la comprensión de las interacciones; incluye factores relacionados con la experiencia y las percepciones de los individuos, con respecto a su medio ambiente junto con sus características personales.^{7, 19} (Fig. 13)

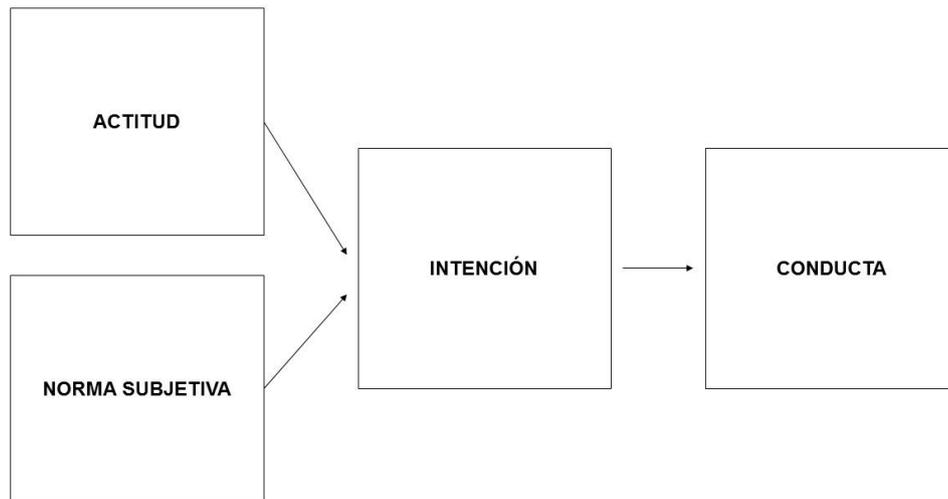


Fig. 13 Teoría de Acción Razonada.⁹

Trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conductas. Asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan y están sostenidas por el patrón cultural y social de las comunidades en las que se vive. Esta teoría es una de las más usadas en el área de salud, lo mismo que las no relacionadas con ella (Maibach y Parrot, 1995). Distingue de una actitud hacia una enfermedad o condición y actitudes recomendadas para enriquecer la salud, propone que las personas se comprometerán con una conducta, dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta.^{7, 19}

El componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica, apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto, respecto a la conducta en cuestión.^{4, 7, 19}

La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene que hacer lo que las personas importantes para él esperan. De acuerdo a esta teoría adoptar una conducta saludable se equilibra con:

- La actitud del individuo sobre la conducta, de qué le será personalmente benéfica.
- Su interpretación de lo que percibe de lo que los demás desearían que el hiciera. Un ejemplo sería que su odontólogo espera que él cepille sus dientes, al menos dos veces diariamente, y él lo haga.

Esta teoría asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes, están bajo el control del sujeto, que procesa la información de que dispone en forma sistemática, para formar la intención de realizar o no, una conducta específica (Stefani, 2005).

Sostiene además, que cualquier variable externa al modelo propuesto puede influir sobre la intención y también sobre la conducta real.^{4, 7, 19} Fishbein citado por la OPS en 2001 resumió las variables subyacentes en la adopción de conductas enriquecedoras de la salud. De acuerdo a este autor para que una persona lleve a cabo cierta conducta una o varias de las siguientes cosas se cumplen. (Cuadro 1)⁷

- La persona debe desarrollar después de una fuerte intención positiva una conducta.
- No existen restricciones ambientales que imposibiliten la realización de tal conducta.
- La persona tiene las habilidades necesarias para ejecutarla.
- La persona cree que las ventajas resultantes de la ejecución, son mayores que las desventajas.
- La persona tienen buena actitud hacia la conducta preventiva.
- La persona percibe más presión social para ejecutar la conducta que para no ejecutarla; percibe que la ejecución de la conducta es más consistente con su auto-imagen.
- La reacción emocional de la persona hacia la ejecución de la conducta es más positiva que negativa.
- La persona percibe que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones.

Cuadro. 1

Teoría Genético-Cognitiva. El aprendizaje como parte de esta teoría desarrollada por Piaget, Ausubel y Vigotsky establece en principio, una relación con el desarrollo y maduración de las estructuras, para modificarlas y que permitan la realización de nuevos aprendizajes de mayor riqueza y complejidad.

Ausubel considera que los nuevos significados no son las ideas o contenidos objetivos presentados para el aprendizaje, sino el producto de un nuevo intercambio: “Los nuevos significados se generan en la interacción de la nueva idea o concepto potencialmente significativo con las ideas pertinentes, ya poseídas por el individuo en su estructura cognitiva, de manera que el bagaje de conocimiento del individuo, se enriquece y modifica progresivamente con cada incorporación.^{4, 7}

El significado psicológico de los materiales de aprendizaje es idiosincrático, por lo que cada individuo capta ese significado según la función de las particularidades construidas de su estructura cognitiva.

En este marco, para promover un cambio es necesario reconocer la actividad del que aprende, por lo que las implicaciones didácticas se orientan a identificar la estructura cognitiva del sujeto y las acciones que podrá llevar a cabo para modificarla.

En el proceso de la promoción para la salud hay que contextualizar los conceptos y perspectivas de la conducta y sus posibilidades de cambio, así que hay que tener presentes los objetivos que se pretenden alcanzar:

- Cambiar conocimientos y creencias.
- Cambiar actitudes y valores.
- Aumentar la habilidad para tomar decisiones.
- Cambiar comportamientos.
- Establecer ambientes sanos.
- Conseguir cambios sociales hacia la salud.
- Favorecer la capacidad y el poder del individuo, grupos y comunidades.^{4, 7, 9}

Como ejemplo, el adolescente debe creer que todas las decisiones que él tome, con base en la información que le ofrecemos, le beneficiarán en su salud.

Todos estos procesos se relacionan y la mayoría de las veces se combinan para apoyar unos, el logro de otros, dentro del programa educativo adecuado para la comunidad. Crear estructuras básicas en los patrones de conducta saludable supone:

- Dar normas de salud.
- Utilizar modelos suministrando los criterios para que los individuos realicen o mejoren sus conductas de salud.
- Crear diversas situaciones de aprendizaje, que permitan el desarrollo de estrategias para el cambio hacia actitudes positivas para la salud.^{7,19}

Es de igual importancia que el profesional de la salud mantenga una actitud favorable hacia la promoción de la salud, debe estar sensibilizado y comprometido con la misma, además de preparado y entrenado en las técnicas específicas de que hace uso la promoción de la salud.^{4, 7, 19}

4.4.1 Comunicación persuasiva en Psicología y en Odontología

La comunicación persuasiva según D´Ambra es “un proceso que incluye un conjunto de estímulos que modifican la conducta, el contenido del mensaje, la forma en que se integra y el efecto que genera”. Es una estrategia para conseguir la aprobación de una propuesta, sin embargo, se duda del carácter ético de la persuasión, sobre todo, porque no se tiene clara la finalidad que se persigue. De ahí, que si es buena y ética es admisible su uso.

Por lo tanto se define como “el proceso que lleva a cabo una persona con la intención de cambiar la actuación de otra persona o grupo, mediante la transmisión de un mensaje persuasivo”.

En 2005 el mismo autor destaca que la persuasión es una acción de influencias mutuas. Por tanto, se convierte en proceso intencional que procura cambiar el comportamiento en términos de pensamiento, discurso y acción, producto de la manipulación con fines predeterminados.

El mensaje persuasivo tiene su razón de ser en la naturaleza social de la comunicación, el cual puede ser de miedo o confrontación, esto se asocia a componentes racionales y emocionales en interacción con las respuestas que se dan o se esperan de la comunicación.

Es evidente entonces que el carácter persuasivo de la comunicación y su condicionamiento por el público, remite al hecho de que los mensajes se elaboren de acuerdo a las necesidades de la población.

Ahora bien, en Odontología se deben tener en cuenta las necesidades de nuestro paciente dependiendo de los cambios físicos y psicológicos que este cursando, además de que debemos entender que nuestra única meta es ser mediadores entre el paciente y la información que proporcionamos la cual debe tener siempre la finalidad de mejorar la calidad de vida de este.⁴⁶

4.5 Influencia de las TIC's en la adolescencia y la toma de decisiones a favor de su salud bucal

Según el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), los individuos de entre 12-24 años se declaran usuarios habituales del Internet, de los cuales 46.1% son de educación secundaria y 83% son de educación media. De las actividades más frecuentes se destacaron: comunicación (88.9%), búsqueda de información (84.5%) y para consumo de contenidos audiovisuales (81.9%).

Por otro lado en el uso de telefonía celular, se observó que 73.6% de la población de seis o más edad son usuarios de este servicio, de los cuales tres de cada cuatro cuentan con un teléfono inteligente, es decir son capaces de establecer una conexión a Internet.

De los usuarios de Internet, 96% tienen una cuenta en Facebook, 69% en Twitter, 65% en YouTube y 57% en Google+. ^{30, 31}

Para los adolescentes, las TIC´s son la forma natural de comunicarse entre ellos e interactuar con el mundo, por ello se les llama “nativos digitales”, las utilizan a diario para obtener entretenimiento, información y ampliar sus conocimientos.

Esta situación supone un cambio social a múltiples niveles y a gran velocidad, creando un nuevo reto para todos los implicados: la familia, los centros educativos, las empresas, las instituciones públicas y los profesionales de la salud. ^{30, 31}

Un grupo especialmente vulnerable en ser influenciado de manera positiva o negativa es el de los adolescentes, ya que se encuentra en una etapa de cambios que provocan que tengan la sensación de que ellos por sí mismos, pueden resolver cada situación sin ayuda de los adultos. Asimismo, no han recibido una educación para poder discriminar información, en adecuada o deficiente, ya que el Internet se ha universalizado en su uso y ha tenido una gran expansión y desarrollo.

Por otro lado, los adultos desconocen muchos de los aspectos técnicos y minusvaloran las actividades que tienen los adolescentes en el Internet.

El objetivo del odontólogo ante los riesgos que los adolescentes tienen en las TIC´s, es prevenir y educar en el uso adecuado, responsable y seguro de estas. Las tecnologías de la información y la comunicación deberían ser incluidas en los exámenes de salud como un tema más. Los problemas más frecuentes a los que hacen frente los adolescentes son: información inadecuada para la edad, situaciones conflictivas (ciberacoso), pérdidas de privacidad y problemas relacionados con la salud (trastornos de sueño, adicción). ³⁴⁻³⁷

En el proceso de enseñanza intervienen tres componentes principales: un sujeto de aprendizaje (el adolescente), un objeto de información y un mediador del aprendizaje (promotor de salud). Para involucrar al adolescente en el proceso enseñanza-aprendizaje hay que comprender los factores psicológicos, físicos y sociales que afectan su desarrollo.^{30, 31}

Para poder establecer un proceso de enseñanza-aprendizaje con el adolescente es necesario establecer un vínculo, según Pichón y Riviere es un tipo particular de relación que actúa dinámicamente y por motivación psicológica.

Aprender algo implica atribuirle un significado, construir una representación mental del mismo, supone un procedimiento de elaboración en el sentido de que el individuo tiene que organizar y seleccionar la información que le llega de diferentes canales, en este caso las TIC's, estableciendo relación entre las mismas.^{30, 31}

En esta selección hay un elemento privilegiado: el conocimiento previo que posee el individuo en el momento de iniciar el aprendizaje.

La distinción entre aprendizaje significativo y repetitivo, remite a la existencia o no, de un vínculo entre el nuevo conocimiento y el conocimiento previo.^{30, 31}

CONCLUSIONES

A pesar de lo que se piensa acerca del adolescente, que es irascible y difícil de manejar, nos hemos podido dar cuenta que tiene la capacidad de reaccionar favorablemente a los diferentes estímulos que se le presentan en la vida, sin embargo, debido a la diferente forma en que cada uno procesa la información nueva que recibe, y actúa, se llega a pensar que es rebelde, criticón y quejumbroso, lo que hace difícil su relación con familia, maestros y por ende con el odontólogo.

En esta etapa tan llena de cambios, el adolescente tiende a rechazar sus propias emociones y las de los demás, de ahí que pase del reproche y la rebeldía al entusiasmo y el gozo tan rápido, esto obliga al cirujano dentista a pensar en cómo conducirse ante él, al tratar de cambiar sus hábitos, crear un vínculo que nos ayude a acercarnos más a nuestro paciente y tener una visión más amplia de las necesidades que tiene.

Consideramos que la información anteriormente vertida, satisface las necesidades del lector de este trabajo, para el uso adecuado de las TIC's tanto para el adolescente como para el profesional de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berlo D. El proceso de la comunicación. Buenos Aires: El Ateneo; 2008.
2. Fernández de Motta M, Hernández Mendo A. Concepto de comunicación y componentes del proceso comunicativo. Efdeportes.com. 2018 [citado 28 Agosto 2018]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd178/componentes-del-proceso-comunicativo.htm>
3. Dle.rae.es. 2018 [citado 20 Agosto 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
4. De la Fuente Hernández J, Sifuentes Valenzuela M, Nieto Cruz M. Promoción y educación para la salud en Odontología. 1era ed. México D.F: El Manual Moderno; 2014.
5. Vidal J. Realidad. Revisión y análisis de la comunicación humana. Taller de comunicación I. México: Editorial Departamento de Actividades Editoriales de la Secretaria de Servicios de Apoyo al Aprendizaje. Ciudad universitaria; 2007.
6. Pascual F. Educación y comunicación en el Eutidemo de Platón. Philpapers.org. 2018 [citado 24 Agosto 2018]. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/PASEYC-4>
7. Hernández IR. Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. Rev. Perspectivas de la Comunicación - ISSN 0718-4867 .Agosto de 2011; Vol. 4 N. 1
8. Green, L.W. Making health communication programs work: A planner's guide. National Institute of Health Publication. 1989
9. Organización Panamericana de la Salud. Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes.2001
10. Díaz, E, Rodríguez, M., Rodríguez, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S. Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. Psicología y Salud.2005
11. OMS | Desarrollo en la adolescencia. WHO. [Citado 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

12. Güemes Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Pubertad y Adolescencia. Rev. Adolescere. 28 de febrero de 2017; Vol. 5. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/tema-de-revision-publicad-y-adolescencia-m-guemes-hidalgo-et-al-adolescere-2017-v-1-07-22/>
13. UNICEF, editor. Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia. Una época de oportunidades. Nueva York: UNICEF; 2011.
14. Cobo Romaní JC. El concepto de tecnologías de la información. Benchmarking sobre las definiciones de las TIC en la sociedad del conocimiento. Revista de Estudios de Comunicación. ZER. Vol. 14. Disponible en: <http://www.ehu.es/ojs/index.php/Zer/article/view/2636>
15. Fuente directa.
16. Recuperada de: <https://bibliotecahipatya.blogspot.com/2017/12/platon-dialogos-gredos.html>
17. Recuperada de: <https://warosu.org/sci/thread/8354446>
18. Recuperada de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Ret%C3%B3rica_\(Arist%C3%B3teles\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Ret%C3%B3rica_(Arist%C3%B3teles))
19. Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
20. Ruiz Lázaro PJ. Psicología del adolescente y su entorno. Siete Días Médicos [Internet]. 2013; Disponible en: www.sietediasmedicos.com
21. Pinkham JR. Odontología pediátrica. México, D.F.: McGraw Hill Interamericana; 2001.
22. Papalia DE, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R, Dávila Martínez JFJ, Ortiz Salinas ME. Desarrollo humano. México: McGraw Hill; 2010.
23. Deambrosi C., Brovia R., Salud bucal en la Adolescencia, [Internet] 2015, [citado 25 de septiembre 2018], Disponible en: <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/08/Salud-bucal-en-la-adolescencia-2015-02.pdf>
24. Olaydis H., Venzant S., Carbonel M., Salud Bucal en la Adolescencia. Rev. Scielo, [Internet], 2013 [citado 25 de septiembre 2018] Disponible en:

<http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/08/Salud-bucal-en-la-adolescencia-2015-02.pdf>

25. Belloch Ortí C. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Disponible en: <https://www.uv.es/~bellohc/pdf/pwtic1.pdf>

26. Villarroel Ortega V, Miñano Rubio R, Sierra Castañer M. Tecnologías de la información y la comunicación para el desarrollo. [Internet]. 1.ª ed. Ingeniería sin fronteras; 2006. Disponible en: <https://www.ongawa.org/wp-content/uploads/2015/01/Tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion.pdf>

27. Matarín Jiménez TM. Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de actualidad. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 2015; 6(1). Disponible en: <http://www.aecs.es>.

28. Sánchez Pardo L. Los adolescentes y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC): guía para padres, ayudándoles a evitar riesgos. Valencia: Ayuntamiento de Valencia, Concejalía de Sanidad, Plan Municipal de Drogodependencias; 2015.

29. Quintanilla Mendoza G. El uso de las nuevas tecnologías en México. Una sociedad mejor informada. [Internet]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Congreso/pdf/127.pdf>

30. Urquijo, Sebastián y González, Gloria (1997). Adolescencia y Teorías del Aprendizaje. Fundamentos. Documento Base. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.

31. Herrero Márquez P. La interacción comunicativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Revista electrónica de investigación Docencia Creativa [Internet]. Junio de 2012; 1. Disponible en: <http://www.ugr.es/local/miguelgr/ReiDoCrea-Vol.1-Art.19-Herrero.pdf>

32. Velázquez Cortés S. Salud física y emocional. [Internet]. Disponible en: http://www.useh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf

33. Istúriz Almeida A, Rojas A. Formación de Hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>

34. Salmerón Ruiz MA. Influencia de las TIC en la salud adolescente. *Adolescere Revista de Formación Continua de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Mayo de 2015; 3 (2).
35. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA MUNDIAL DE INTERNET (17 DE MAYO)" [Internet]. INEGI; 2017. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/internet2017_Nal.pdf
36. Paniagua Repetto H. Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. *Pediatría Integral* [Internet]. 12(10). Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-12/impacto-de-las-tecnologias-de-la-informacion-y-la-comunicacion/>
37. Siordia Flores O, Jiménez Rodríguez M. Hábitos de los adolescentes sobre el uso de las Redes Sociales: caso de estudio en secundarias públicas. [Internet]. *Revista Digital Universitaria*. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.17/num10/art74/>
38. Recuperada de: <https://www.thinglink.com/scene/571102118899875841>
39. Recuperada de: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/dental-care-concerns/questions-about-going-to-the-dentist>
40. Recuperada de: <https://www.yany.cl/7-tips-no-caries/esquema-caries-dentales/>
41. Recuperada de: <https://mx.depositphotos.com/91709704/stock-illustration-periodontitis-inflammation-of-the-gums.html>
42. Recuperada de: <https://www.genbeta.com/navegadores/asi-ha-ido-evolucionando-el-logo-de-internet-explorer>
43. Recuperada de: <https://www.unocero.com/smartphones/cuales-son-los-smartphones-con-las-mejores-cameras-del-mercado/>
44. Recuperada de: https://www.freepik.es/iconos-gratis/facebook-logo_736921.htm
45. Rice M. Educación en salud, Cambio de comportamientos, Tecnologías de la comunicación y Materiales educativos. *Boletín de la oficina sanitaria Panamericana*. 1985; 1. Disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16962/v98n1p65.pdf?sequence=1>

46. Basanta Zamudio G. Comunicación persuasiva y mediación de conflictos organizacionales en universidades experimentales del Zulia. . Revista de Educación. Enero-Abril de 2009; 15 (29). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76120642006.pdf>

47. Fuente directa