

JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ • MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA
MARÍA ELENA NIETO CRUZ

PROMOCIÓN EDUCACIÓN PARA LA **SALUD** EN ODONTOLOGÍA



Manual Moderno®

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 México, D.F.

(52-55)52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Promoción y educación para la salud en odontología

D.R. © 2014 por Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V.

ISBN: 978-607-448-415-1 (versión impresa)

ISBN: 978-607-448-416-8 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto

Novedades

Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Promoción y educación para la salud en odontología / [coordinadores]

Javier De la Fuente Hernández, María Cristina Sifuentes Valenzuela, María Elena Nieto Cruz. -- 1ª edición. -- México : Editorial El Manual Moderno, 2014.

x, 190 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

ISBN 978-607-448-415-1

ISBN 978-607-448-416-8 (versión electrónica)

1. Promoción de la salud – México. 2. Salud Pública – México. 3. Administración de la salud pública. 4. Cuidado dental – México. I. Fuente Hernández, Javier de la. II. Sifuentes Valenzuela, María Cristina. III. Nieto Cruz, María Elena.

613.0972-scdd21 Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:

Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:

LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:

L.D.G. Elena Frausto Sánchez

Imagen de portada:

Cortesía de C.D. Juan Carlos Rodríguez Avilés



PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ODONTOLOGÍA

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ODONTOLOGÍA

MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

Cirujano Dentista por la UNAM, con Especialidad en Docencia de la Odontología y Maestría en Ciencias por el *University College London* y el *Hospital Medical College*. Director de la Facultad de Odontología (2004-2010) y actual Director de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, ambas de la UNAM. Miembro del SNI desde 2011.

MTRA. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

Cirujana Dentista con Especialidad en Docencia de la Odontología, UNAM. Ostenta el grado de Maestría en Enseñanza Superior por la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. Es Profesora de Carrera Titular "B", Tiempo Completo Definitivo, de la Facultad de Odontología. Actualmente participa como Secretaria Académica de la Facultad de Odontología y es Presidenta del Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO).

C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

Cirujana Dentista por la UNAM, candidata a Maestra en Odontopediatría en la UNAM. Seis diplomados en Formación Docente. Profesora de Carrera Tiempo Completo Definitivo de la Facultad de Odontología. Actualmente Coordinadora de Educación para la Salud Bucal.

Editor responsable:

Dr. Martín Martínez Moreno
Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno[®]

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda

Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

CONTENIDO

[Colaboradores](#)

[Introducción](#)

[Capítulo 1. Salud pública](#)

[Introducción](#)

[Definición](#)

[Epidemiología](#)

[Prevención y promoción en la salud bucal](#)

[Planificación y manejo de los sistemas de salud](#)

[Problemas en salud pública](#)

[Sistema de salud mexicano](#)

[Referencias](#)

[Preguntas](#)

[Capítulo 2. Atención primaria en salud](#)

[Introducción](#)

[Desarrollo histórico](#)

[Renovación de la estrategia de atención primaria de salud](#)

[Reorientación de los servicios de salud](#)

[Aplicación de la estrategia de la APS](#)

[Situación de salud](#)

[Condiciones de riesgo](#)

[Condiciones determinantes](#)

[Relaciones intersectoriales](#)

[Evaluación y vigilancia de programas](#)

[Participación de la comunidad](#)

[Equipo de salud](#)

[Trabajador básico de salud](#)

[Estrategia de Atención Primaria a la Salud en México](#)

[Atención primaria en salud oral](#)

[Referencias](#)

[Preguntas](#)

[Capítulo 3. Promoción de la salud](#)

[Introducción](#)

[Educación y promoción de la salud](#)

[Interacción entre promoción de la salud y educación para la salud](#)

[Promotores de la salud en comunidades](#)
[Enseñanza-aprendizaje en las comunidades](#)
[Antecedentes de la promoción de la salud](#)
[Comunidad](#)
[Población](#)
[Referencias](#)
[Preguntas](#)

[Capítulo 4. Educación para la salud](#)

[Introducción](#)
[Concepto de educación](#)
[Concepto de educación para la salud](#)
[Propósito y campo de acción de la educación para la salud](#)
[Relación entre educación para la salud y promoción de la salud](#)
[Salud bucal y salud integral](#)
[Determinantes de la salud](#)
[Referencias](#)
[Preguntas](#)

[Capítulo 5. Comunicación para la salud](#)

[Introducción](#)
[Comunicación humana](#)
[Formas, tipos y niveles de comunicación](#)
[Estrategias de comunicación](#)
[Referencias](#)
[Preguntas](#)

[Capítulo 6. Administración de programas de educación para la salud](#)

[Introducción](#)
[Propuesta metodológica para el diseño de un programa de atención estomatológica integral a la comunidad](#)
[Modelo PRECEDE-PROCEED aplicado en la elaboración de programas de educación para la salud](#)
[Referencias](#)
[Preguntas](#)

[Capítulo 7. Teorías para la modificación del comportamiento en hábitos de riesgo para la salud](#)

[Conceptos Subyacentes a la conducta](#)
[Teorías asociacionistas de condicionamiento](#)
[Teorías mediacionales](#)
[Teoría genético-cognitiva](#)
[Referencias](#)
[Preguntas](#)

[Capítulo 8. Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano](#)

[Introducción](#)
[Problemas y cuidados durante el desarrollo infantil](#)
[Problemas y cuidados durante la edad preescolar](#)
[Problemas y cuidados durante la edad escolar](#)

[Problemas y cuidados durante la adolescencia](#)

[Problemas y cuidados durante la adultez](#)

[Referencias](#)

[Preguntas](#)

[Anexo: Medidas de salud y educación dental por grupo de edad](#)

[Referencias](#)

COLABORADORES

Mtra. María Isabel de Jesús Herrera. Cirujana Dentista por la UNAM. Especialista en Estomatología en Atención Primaria por la SSA-UNAM. Maestría en Administración en Sistemas de Salud por la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM. Profesora definitiva en licenciatura y posgrado de la FES. Zaragoza, UNAM. Publicaciones en diversos artículos científicos. *Capítulo 6.*

C.D. Alejandra Haydee Díaz Morales. Cirujana Dentista, egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ayudante de profesor de la asignatura de Educación para la Salud Bucal en la Facultad de Odontología de la UNAM. *Capítulo 8.*

Dra. Mirella Feingold Steiner. Doctorado en Ciencias Odontológicas de la UNAM. Publicaciones: Breve Historia de la Odontología en México, CRIM, UNAM. Odontología Preventiva, CRIM, UNAM. La Educación a Distancia, una opción para la enseñanza superior, Facultad de Odontología. *Capítulo 5.*

Dra. Haydee Gómez Llanos Juárez. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana. *Capítulo 8.*

Mtra. Patricia Henonín Palacio. Cirujana Dentista y Maestra en Ciencias, ambas por la UNAM. Profesora Definitiva de Educación para la Salud Bucal y Odontología Preventiva. *Capítulo 3.*

Mtra. Erika Heredia Ponce. Cirujana Dentista, Especialidad en Salud Pública Bucal y Maestría en Ciencias Odontológicas, todas por la UNAM. Responsable del Departamento de Salud Pública y Epidemiología Bucal de la Facultad de Odontología de la UNAM. *Capítulos 1 y 2.*

Dr. Mario Ignacio Manríquez Quintana. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana. *Capítulo 8.*

M. en C. Rosa María Melgarejo Castrejón. Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología, Unidad de Estudios de Posgrado, México, D.F. Maestría en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud; campo principal de estudios en odontología comunitaria. 25 de enero de 2013. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología, México, D.F., noviembre, 2009. St. Vincent Medical Center, School of Medical Radiography & Universidad de Toledo, Toledo, Ohio, USA, 1989-1991. *Capítulo 1.*

Mtra. Elizabeth Diana Moedano Ortiz. Cirujana Dentista, Maestría en Ciencias por la UNAM. Profesora Definitiva de Educación para la Salud Bucal y Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal. *Capítulo 6.*

Lic. María del Rosario Ortega Gómez. Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana, candidata a Maestra en pedagogía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Cinco diplomados en docencia. Actualmente es profesora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. *Capítulos 4 y 7.*

Mtro. Gustavo Parés Vidrio. Maestría en Odontopediatría, UNAM. Profesor de Carrera Tiempo Completo. Actualmente profesor de posgrado y licenciatura en la Facultad de Odontología, UNAM. *Capítulo 6.*

Mtra. Alicia Percevault Manzano. Maestra en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana. *Capítulo 8.*

Dra. María Nicolasa Rentería Aguilera. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana. *Capítulo 8.*

Mtra. María Rebeca Romo Pinales. Cirujana Dentista por parte de la UNAM. Especialista en Salud Pública por la SSA. Maestría en Odontología por la UNAM. Candidata a Doctorado en Ciencias Odontológicas por la UNAM. Profesora de Carrera y Coordinadora de la Especialización en Estomatología en Atención Primaria. Coautora en libros en atención primaria. *Capítulos 2 y 6.*

Esp. Rosa Eugenia Vera Serna. Cirujana Dentista con Especialidad en Odontopediatría, por la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM. Es Profesora de Asignatura Definitiva de la Facultad de Odontología de la asignatura Clínica Integral Niños y Adolescentes en la licenciatura y Odontopediatría en el posgrado. Actualmente participa como Secretaria Auxiliar de la Secretaría Académica de la Facultad de Odontología. *Capítulo 8.*

Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis. Cirujana Dentista, con Especialidad en Salud Pública Bucal, Maestría en Odontología Comunitaria, todas por la UNAM. Doctorado en Salud Pública Bucal. Segundo lugar en el InileverHatton Award en 2011. Docente en licenciatura de Odontología Preventiva y Salud Pública. Docente en la División de Estudios de Posgrado en Metodología de la Investigación. Adscrita al Departamento de Salud Pública Bucal y Epidemiología de la Facultad de Odontología. *Capítulos 1 y 2.*

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países del mundo se está presentando un fenómeno que si bien no es nuevo, sí muestra rasgos preocupantes que lo distinguen de otros momentos de la historia; me refiero a la desigualdad y la exclusión, ambas entendidas y admitidas como indicadores fundamentales para ubicar el desarrollo de un país y saber de la igualdad de oportunidades de sus habitantes. Es posible mencionar cifras que marcan una concentración de los bienes y servicios así como de oportunidades de salud, educación, trabajo y bienestar en un número pequeño de la población contrastado con una gran mayoría que carece de los servicios básicos.

En esta perspectiva solamente existe un instrumento que podría cerrar la brecha entre la mayoría que poco tiene y la minoría que lo posee todo; y este instrumento es el de la prevención, promoción y educación para la salud. Es darle empoderamiento a la comunidad en cuanto a la toma de decisiones se refiere, generar acciones y políticas públicas que impacten; promover prácticas saludables; es volver accesibles las opciones de salud.

En este contexto es en donde se enmarca el presente libro, el cual en sus primeros capítulos se refiere al marco teórico de la Educación para la Salud. En los capítulos 1 y 2, se hace una breve descripción sobre el ámbito de competencia de la *Salud Pública*, se describe el Sistema de Salud en México, así como los aspectos, antecedentes históricos y estrategias de la *Atención Primaria en Salud* haciendo énfasis en la reorientación de los servicios de salud así como de las condiciones de riesgo sin dejar de lado la participación de la comunidad y el equipo de salud.

Los capítulos 3, 4 y 5 se enfocan en plantear las herramientas de aplicación, a través de la *Promoción, Educación y Comunicación para la Salud*. En ellos se detallan los conceptos que las definen así como las diferentes estrategias de aprendizaje, todas ellas teniendo como eje principal a la comunidad y sus formas de participación. Así mismo, se atienden los propósitos y campos de acción de la *Educación para la Salud*, empezando por explicar a la educación, la relación entre la salud bucal y la salud integral, definiendo el perfil epidemiológico para entender las determinantes y los factores de riesgo macro y micro ambientales de la salud. De igual manera se explican las diferentes formas y elementos del proceso de *Comunicación*.

Los capítulos 7 y 8 abordan la implementación y los resultados en Educación para la Salud y atienden tanto el estudio de la *Administración de Programas de educación para la Salud* a través de diversas propuestas metodológicas para el diseño de un programa, así como las diferentes *Teorías para la Modificación del Comportamiento en Hábitos de Riesgo para la Salud*, pues la modificación o cambio de una o varias conductas que se consideren nocivas tendrán un enorme impacto en cualquier programa que se pretenda implementar.

Mtro. Javier De la Fuente Hernández

CAPÍTULO 1

SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 1 SALUD PÚBLICA

María del Carmen Villanueva Vilchis
Erika Heredia Ponce
Rosa María Melgarejo Castrejón
Javier de la Fuente Hernández

INTRODUCCIÓN

La salud pública consiste en la conservación de la salud a nivel poblacional; su objetivo principal es mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de hábitos y estilos de vida positivos.

Esta definición ha presentado cambios a lo largo de la historia. En 1921, Charles Edwards E. Wilson elaboró la primera definición de salud pública, en la que enfatizó el carácter colectivo primordial en pro de la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud.

Otras definiciones, como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyen aspectos importantes como la participación gubernamental, aunque no dejan de lado el aspecto colectivo y de participación de la comunidad.

El presente capítulo tiene como objetivo analizar el concepto de salud pública, así como establecer su relación con otras disciplinas. Asimismo, se lleva a cabo un análisis del sistema de salud en México y de sus modificaciones histórico-sociales.

DEFINICIÓN

La salud pública en odontología puede definirse como ciencia y práctica de prevenir enfermedades bucales, así como de promover y mejorar la calidad de vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Es ciencia porque se relaciona con el diagnóstico de los problemas de salud, estableciendo sus causas y planificando intervenciones; es práctica porque crea e implementa soluciones efectivas a los problemas de salud bucal de la población. La salud pública bucal también se relaciona con la promoción de hábitos saludables a nivel comunitario, lo que contrasta con la práctica clínica que opera de modo individual (Daly, 2002).

En la actualidad, para llevar a cabo sus funciones, el trabajo de la salud pública se centra en las siguientes actividades:

- Estudio de enfermedades como fenómenos colectivos.
- Estimación de riesgos de padecer una enfermedad o morir en diversos grupos.
- Garantía de conservación de la salud por medio de intervenciones provenientes del Estado (López, 2010).

Asimismo, para cumplir su función, esta disciplina requiere de otras que la enriquecen, como la bioestadística, psicología y sociología; sin embargo, la epidemiología de las enfermedades bucodentales, la prevención y promoción de la salud bucal, y la planificación y manejo de los servicios de salud son las más relevantes en el área (Daily, 2002).

EPIDEMIOLOGÍA

Los servicios dentales deben atender de manera efectiva las necesidades de salud bucal de los individuos y las comunidades. En este sentido, la epidemiología facilita el entendimiento de la extensión, etiología e historia natural de las enfermedades bucales. La aplicación de este tipo de disciplinas promueve el desarrollo de habilidades críticas, que

ayudarán a los odontólogos a tomar decisiones clínicas más efectivas al aplicar, por ejemplo, el conocimiento de la odontología basada en evidencias.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN LA SALUD BUCAL

Para promover mejores hábitos de salud bucal es primordial identificar las oportunidades de intervenir efectivamente, lo cual requiere considerar los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que influyen en la salud bucal. Así, los hábitos de consumo de tabaco, actividad física, dieta y nutrición cobran una nueva dimensión cuando se entienden los factores que los promueven.

PLANIFICACIÓN Y MANEJO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los servicios dentales constituyen sólo una parte de los servicios de salud, por lo tanto resultan afectados por diversos factores de organización complejos, correspondientes a los sistemas de bienestar social. Por ello se requiere el entendimiento de las circunstancias sociales y políticas que pueden modificar los sistemas asistenciales en salud.

PROBLEMAS EN SALUD PÚBLICA

Cuando se habla de problemas en salud pública, se requiere el cumplimiento de ciertas características, cuya importancia depende de su magnitud, trascendencia o severidad. Los problemas en salud se consideran problemas en salud pública cuando cumplen las siguientes condiciones:

Prevalencia de la condición. ¿Qué tan extendida está la condición?, ¿quién la padece?, ¿cuál es la distribución de la enfermedad entre la comunidad?, ¿la prevalencia ha aumentado o disminuido?

Impacto de la enfermedad a nivel individual. ¿Qué tan severo es el efecto de una enfermedad en el individuo?, ¿las personas que la padecen sufren dolor, incomodidad o pérdida de función?, ¿pueden llevar a cabo sus funciones sociales de manera normal?, ¿pueden acceder a la escuela y trabajo cotidianamente?

Impacto de la enfermedad a nivel social. ¿Cuál es el costo de la enfermedad para los servicios de salud?, ¿cuánto tiempo tienen que ausentarse las personas de su trabajo debido a la enfermedad?, ¿cuál es el efecto de la enfermedad en el desempeño económico y productividad de un país?

Tratamientos preventivos y de la enfermedad. ¿Se conoce perfectamente la historia natural de la enfermedad?, ¿se puede reconocer en estados tempranos?, ¿se pueden implementar intervenciones para detenerla?, ¿existen tratamientos disponibles?

Algunos elementos comunes para unificar criterios respecto al desarrollo del cuidado de la salud son:

Enfoque preventivo. Se requiere de un cambio en la distribución de los recursos, y destinarlos no sólo a actividades curativas, sino también a las preventivas y de promoción para la salud.

Enfoque multisectorial. La promoción para la salud requiere de la acción en un amplio rango de sectores, como educativo, agrícola, del transporte y económico. Cabe recordar que el ámbito político también tiene gran influencia sobre la salud.

Tecnología. Se debe poner atención en la tecnología y el personal más apropiados para tratar los problemas de salud.

Distribución. Los gobernantes y planificadores en salud deben esforzarse por distribuir justamente los factores que pueden influir en la salud.

Participación comunitaria. Los individuos y comunidades pueden participar en todas las decisiones que afecten su salud.

SISTEMA DE SALUD MEXICANO

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos que buscan mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiamiento, información, suministros, transporte y comunicación, así como orientación y dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (OMS, 2005).

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprende los sectores público, privado, tradicional e informal, los cuales tienen cuatro funciones principales: provisión de servicios, generación de recursos, financiamiento y gestión. El principal responsable del desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias (OMS, 2005).

Los sistemas de salud en México tienen como función principal prestar servicios personales y servicios de salud pública. Éstos deben ser efectivos, eficientes y seguros, y brindarse tomando en consideración las expectativas de los usuarios (Frenk y Gómez, 2005). De acuerdo con Murray y Frenk (2005), los objetivos finales, básicos, medulares o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: 1) mejorar la salud de la población, 2) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y 3) garantizar seguridad financiera en materia de salud (figura 1-1).

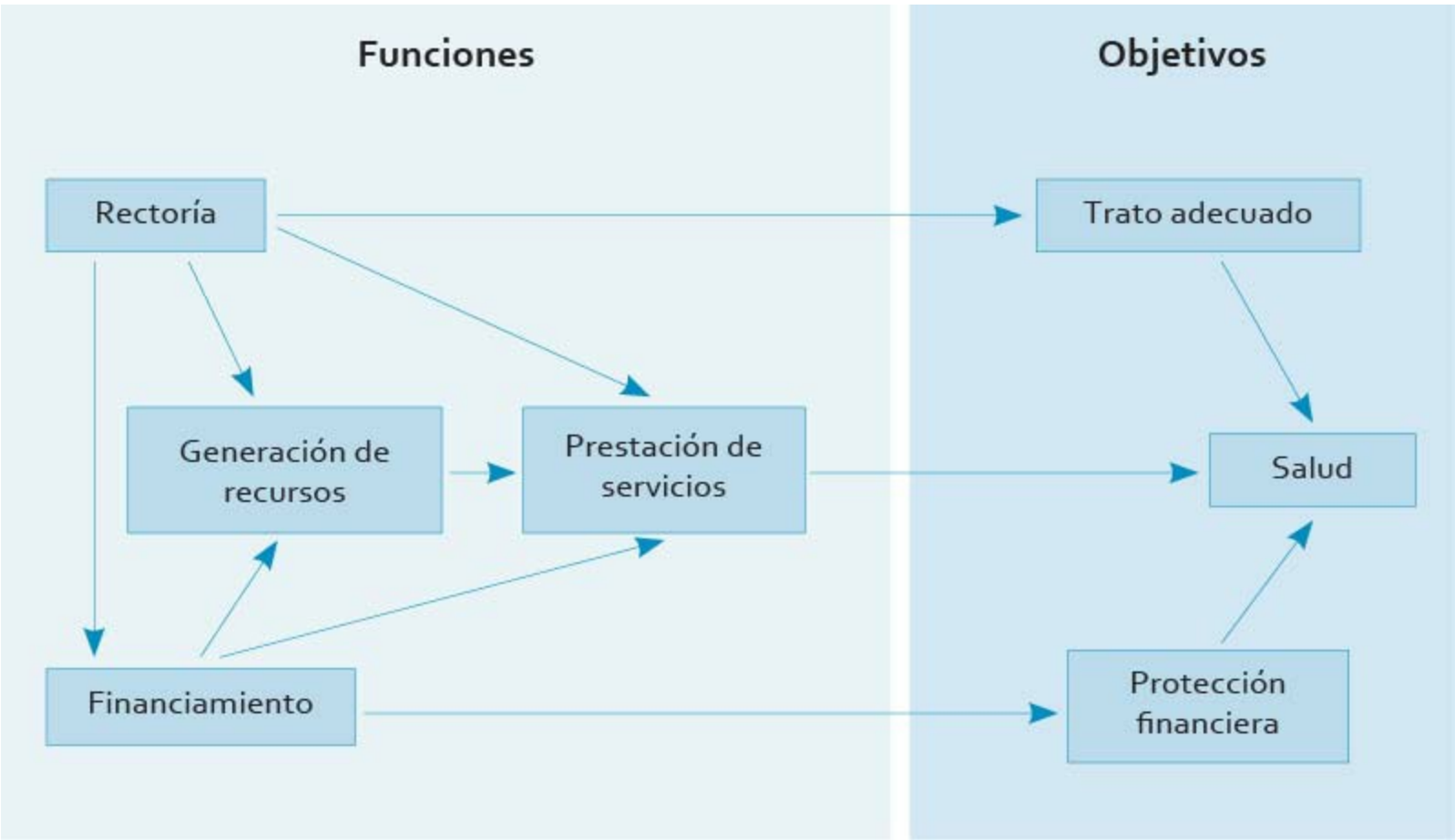


Figura 1-1. Funciones y objetivos de un sistema de salud.

El sistema de salud mexicano tiene como marco legal el Artículo 123 de la Ley del Seguro Social que desde 1943, con la creación de la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960, y hasta 2003 cubría a los sectores trabajadores de la población, quedando una población no cubierta por la seguridad social, principalmente la más pobre, la cual era considerada como un grupo residual atendido por la SS (Secretaría de Salud) con una fuente de financiamiento incierta y un paquete de beneficios mal definido (OCDE, 2005; Knaul *et al.*, 2004).

Esta población tenía acceso a unidades y servicios de salud, pero debían contribuir con un pago de recuperación que afectaba su economía. En cambio, los asegurados tenían un financiamiento tripartita (el gobierno federal, el empleador, en el ISSSTE el mismo gobierno, y el empleado) que garantiza el acceso gratuito a la atención a la salud en el momento de utilización de los servicios. Se cuenta también con Petróleos Mexicanos (Pemex), la Secretaría de la Defensa Nacional (ISSFAM-SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), que dan atención a los trabajadores del sector público y sus familias; además, está el sector privado que da servicio mediante consultorios, clínicas y hospitales a personas con capacidad de pago e incluso a los que cuentan con los servicios de salud social como muestra en el cuadro 1-1 (OCDE, 2005; Knaul *et al.*, 2005; Dion, 2006).

CUADRO 1-1. COBERTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO

FUNCIONES	CATEGORÍAS DE POBLACIÓN						
	Población asegurada				Población no asegurada		
	Aseg. privados	Sistemas de seguridad social			Con acceso a servicios públicos de salud		Sin acceso
Regularización (normalización, control de calidad)	Empresas comerciales	IMSS	ISSSTE	Otras (PEMEX, SEMAR, SEDENA, etc.)	Secretaría de Salud y SEESA	IMSS.Oportunidades	Medicina tradicional
Financiamiento (aportaciones a seguros o pago por servicio)							
Prestación de servicios de salud							
Porcentaje de población (estimado)	3%	40%	9%	2%	49%	3%	

Fuente: OCDE, Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, México, 2005.

Desde sus orígenes, el sistema mexicano de salud ha estado organizado con base en un modelo segmentado, predominante en América Latina, marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los asegurados del sector asalariado y formal de la economía y los no asegurados. Cada segmento de la población recibía los servicios de salud a través de instituciones integradas verticalmente, que a su vez eran responsables de la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios sólo para ese grupo de población. Hasta 2000, antes de la reforma, el IMSS atendía a todos los trabajadores asalariados del sector privado y a sus familias, que representaban aproximadamente 40% de los casi 100 millones de habitantes de México; el ISSSTE atendía a 7% y los seguros privados cubrían de 3 a 4% de la población. En consecuencia, aproximadamente 50% de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico prepago. Esto incluía a alrededor de 2.5 millones de familias de los segmentos más pobres que recibían únicamente intervenciones de salud comunitarias y preventivas muy básicas incluidas en el programa de combate a la pobreza denominado Oportunidades.

En el año 2000, el país gastaba en servicios de salud sólo 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB), alrededor de 350 dólares per cápita, cifra muy por debajo del nivel promedio de América Latina de casi 7%. En segundo lugar, a pesar de ser un medio ineficiente y desigual de financiar la salud, el gasto del bolsillo representaba la mayor parte del financiamiento total de la salud. Existía una distribución inequitativa de los fondos públicos entre grupos poblacionales y entre estados. Aun cuando los no asegurados representaban 55% de la población, en 2002 recibieron 34% del financiamiento público federal para salud, lo que era 2.3 veces mayor para los asegurados que para los no asegurados. La dependencia del gasto de bolsillo colocó a las familias ante el grave riesgo de empobrecimiento, entre 2 y 4 millones de hogares mexicanos –la mayoría pobres y no asegurados– incurrieron en gastos catastróficos. Incluso cuando la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos reconoció formalmente el derecho social a la protección de la salud hace dos décadas, en la práctica, no todas las personas habían tenido la misma capacidad para ejercerlo (Dion, 2005; Frenk *et al.*, 2009; Knaul *et al.*, 2007; Seguro Popular de Salud, 2004; Gakidou *et al.*, 2007; Medina *et al.*, 2006; Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993).

El grueso de las evidencias derivadas de análisis nacionales e internacionales de mortalidad y morbilidad en las

poblaciones, junto con la creciente presión de las cambiantes necesidades de salud de la población y las limitaciones del sistema de salud, confirmaron la necesidad de emprender una reforma de fondo (Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993).

La visión detrás de la reforma a la Ley General de Salud de 2003 es reorganizar el sistema de salud mediante la integración horizontal de sus tres funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Esta visión rompe con la situación previa a la reforma que fragmentaba el sistema verticalmente por grupos poblacionales. La reforma se diseñó para reforzar el papel rector de la Secretaría de Salud (Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993).

Antes de 1995, más de la mitad del gasto en salud gastó el paciente, ya que la mitad de la población mexicana carecía de un Seguro de Salud, por lo que se promovió, a través de la Ley del Seguro Social, la cobertura de la seguridad social a un mayor número de personas, y en particular a los grupos menos favorecidos (trabajadores del campo) y a la población sin seguridad social, por medio del seguro de salud para la familia (Knaul *et al.*, 2005; Frenk *et al.*, 2009; Gakidou *et al.*, 2007) mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual ha introducido nuevas reglas de financiamiento e incentivos. La principal innovación de la reforma ha sido el Seguro Popular de Salud, el componente de aseguramiento del SPSS dirigido al financiamiento de la atención médica para todas aquellas familias, en su mayoría pobres, que históricamente habían sido excluidas de la seguridad social, además de reforzar el papel rector de la Secretaría de Salud (Knaul *et al.*, 2007; Frenk *et al.*, 2007).) (figura 1-2).

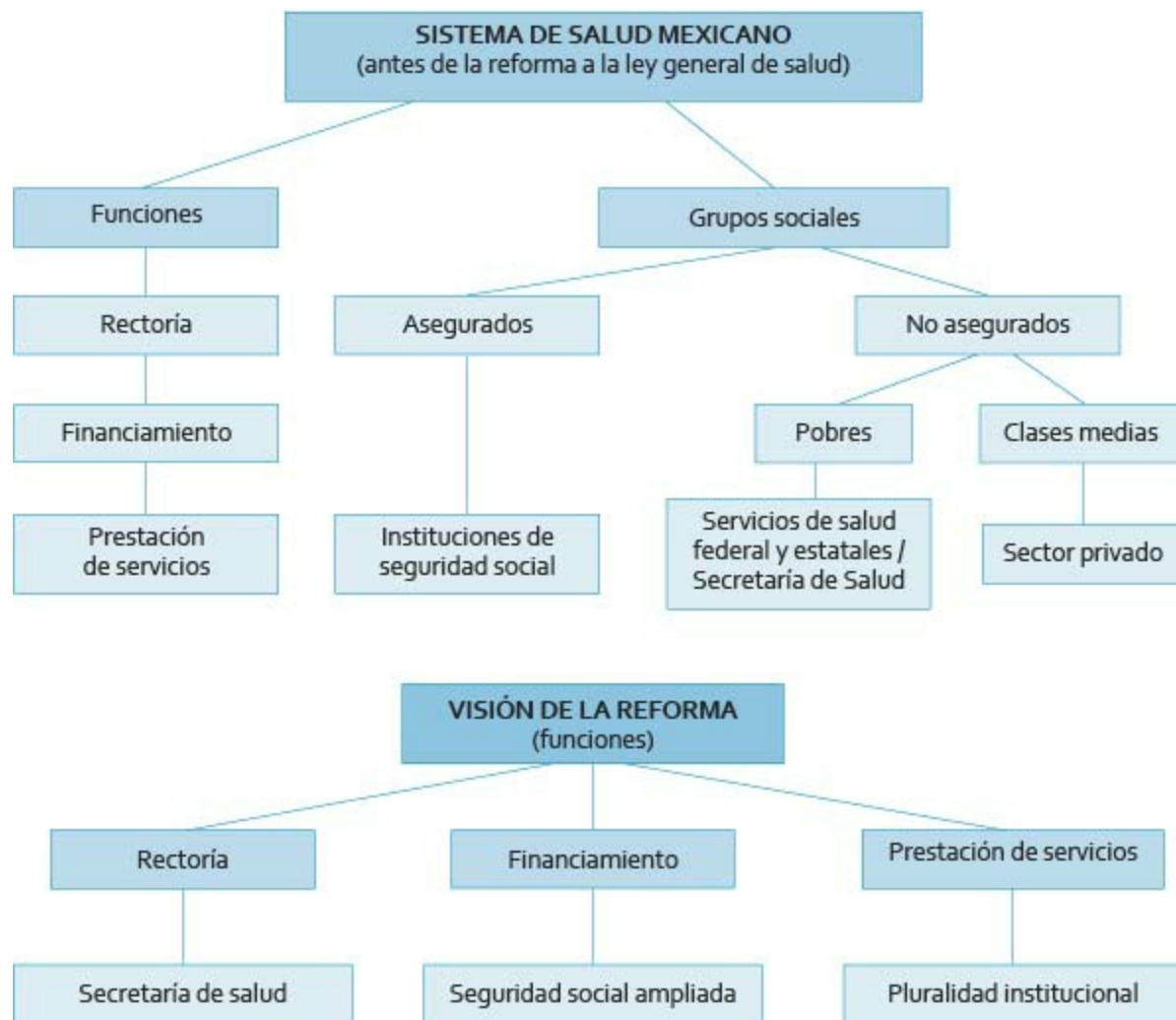


Figura 1-2. Reorganización del sistema de salud mexicano (Frenk *et al.*, 2007).

La reforma a la ley general de salud entró en vigor en 2004 y su meta es alcanzar la cobertura universal (cubrir a todos y hacerlo sin ningún tipo de discriminación) de aseguramiento en salud. Esta reforma pretende separar el financiamiento entre los bienes públicos de la salud y los servicios personales de salud. Esta separación del financiamiento está diseñada para proteger las actividades de salud pública, que tienden a estar subfinanciadas en las reformas que se sustentan en subsidios a la demanda para los servicios personales de salud. Los bienes públicos de salud incluyen la función de rectoría (planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos), así como los servicios de salud comunitaria. El financiamiento de los servicios personales de salud se basa en una lógica de aseguramiento que permite proteger a los pacientes contra la incertidumbre financiera asociada con la enfermedad (Knaul *et al.*, 2007).

El Seguro Popular divide los servicios personales de salud en un paquete esencial de intervenciones de primer y segundo

nivel, que se proporcionan en el contexto de la atención ambulatoria y en hospitales generales, y un paquete de intervenciones de alto costo de tercer nivel, financiadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). El Seguro Popular ofrece protección financiera en materia de salud a los mexicanos que no cuentan con ningún tipo de seguro público de salud (Knaul *et al.*, 2005; Knaul *et al.*, 2007).

Su estructura financiera se basa en una lógica tripartita de derechos y responsabilidades similar a la de las dos dependencias de seguridad social más importantes: IMSS e ISSSTE. Esta estructura garantiza solidaridad y corresponsabilidad entre los diferentes órdenes de gobierno y las familias. La estructura financiera tripartita del Seguro Popular incluye aportaciones de tres fuentes: el gobierno federal, un contribuyente corresponsable y el beneficiario (Frenk *et al.*, 2007; Seguro Popular de Salud, 2004).

El primer componente es la contribución social o cuota social, la cual es una aportación fija por familia financiada totalmente por el gobierno federal con ajustes periódicos de acuerdo con la inflación. Se basa en el principio ético del derecho universal de acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, es igual para todas las familias mexicanas. Esta contribución garantiza la distribución equitativa de los recursos federales y, en consecuencia, la solidaridad entre todos los grupos poblacionales, dado que los fondos federales provienen de los impuestos generales (Frenk *et al.*, 2007).

La contribución corresponsable garantiza la solidaridad dentro de cada grupo poblacional y la redistribución entre estados. En el caso del Seguro Popular, dado que no hay empleador, la corresponsabilidad se establece entre los gobiernos federal y estatal para subsanar las enormes diferencias entre los niveles de desarrollo de los estados. La aportación solidaria federal es, en promedio, 1.5 veces la contribución social, pero aumenta para los estados más pobres a expensas de los más ricos. La aportación solidaria estatal es igual para todos los estados y asciende a la mitad de la contribución social federal. La fuente de financiamiento son los recursos provenientes de los ingresos estatales (Seguro Popular de Salud, 2004).

La contribución familiar es progresiva y redistribuye el ingreso familiar. En el Seguro Popular, el monto de la aportación se basa en un subsidio escalonado con base en el principio de que ninguna familia debería tener que aportar una cantidad mayor a la proporción justa en función de su capacidad de pago, la cual se determina en términos del ingreso disponible que, a su vez, se define como el gasto total del hogar menos el gasto en alimentos. La afiliación es voluntaria; sin embargo, la reforma incluye incentivos para ampliar la cobertura. Los estados tienen el incentivo de afiliarse a toda la población porque su presupuesto se basa en un pago anual por familia. La naturaleza voluntaria de la afiliación es un componente clave del proceso, ya que genera incentivos para equilibrar la calidad y la eficiencia: si los estados ofrecen una atención dispendiosa, el dinero recibido no será suficiente para satisfacer la demanda, pero si la calidad es baja, las familias no se reafiliarán (Frenk *et al.*, 2007).

El SP garantiza el acceso a cerca de 100 intervenciones que cubren más de 90% de las causas de atención ambulatoria y cerca de 70% de las causas de atención hospitalaria de las instituciones públicas. Este paquete incluye intervenciones quirúrgicas (para 29 condiciones), hospitalización (9), servicios de urgencias (6), servicios de traumatología (6), servicios de rehabilitación (2), atención pre y neonatal (5), atención ambulatoria (25), atención dental (3) y servicios preventivos (9).

Los principales beneficios que ha tenido la población a partir de la reforma son: la afiliación alcanza de manera preferente a las comunidades pobres y marginadas; el gasto federal no correspondiente a la seguridad social aumentó 38% de 2000 a 2005 en términos reales; ha mejorado la equidad del gasto público entre los estados; los afiliados al Seguro Popular usan más los servicios, tanto a nivel ambulatorio como para pacientes externos y pacientes hospitalarios, en comparación con los no asegurados; la cobertura efectiva de 11 intervenciones en salud ha mejorado entre 2000 y 2005; han disminuido las desigualdades en cobertura efectiva durante este periodo en todos los estados y deciles de ingresos; los gastos catastróficos para los afiliados al Seguro Popular son más bajos que los de los no asegurados, a pesar de que ha aumentado su utilización en México (Gakidou *et al.*, 2007).

En la década de 1960, la SSA creó la Dirección de Odontología para implantar procedimientos preventivos, difundir, especialmente a nivel escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo. Más tarde, en esa misma década, se inició la fluoración del agua en las plantas potabilizadoras de Los Mochis, Sinaloa; Veracruz, Veracruz; y el conjunto urbano Nonoalaco-Tlatelolco, en el Distrito Federal. Sin embargo, no fue posible evaluar los resultados, ya que cambios administrativos y financieros provocaron la desaparición de esas primeras y únicas plantas fluoradas (Medina *et al.*, 2006).

Debido a los altos índices de caries entre la población infantil y ante la imposibilidad de brindar atención bucal integral a toda la población durante las décadas de 1970 y 1980, se propuso la fluoración de sal doméstica y se instauraron programas preventivos de amplia cobertura.

En 1981 se publicó el Reglamento de yodación y fluoración de la sal en el Diario Oficial de la Federación mexicana. Para la operación del Programa Nacional de Fluoración de la Sal se estableció un acuerdo entre la SSA, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, para la producción, distribución y comercialización de la sal en los estados donde el agua potable contiene poco flúor (0.7-1.59 ppm).

Desde 1983 se han implementado estrategias, acciones y modelos para proteger al niño en esa etapa de la vida. En la actualidad, las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar, la cual incluye un componente de salud bucal (Norma Oficial Mexicana,

NOM-009-SSA2-1993).

Hasta 1998 apareció por primera vez el componente de salud bucal en el informe de labores de la Secretaría de Salud, como una parte recientemente creada, la Dirección de Fomento a la Salud.

También se publicó la norma NOM-F-8-1988, con la que se puso en marcha el modelo de salud en escolares y el subprograma de salud bucal. Dos de los 12 programas prioritarios del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud (1989-1994) se relacionaban con la salud bucal:

- Programa de Salud Escolar.
- Programa de la Fluoración de la sal.

En 1990, la Dirección General del Fomento a la Salud puso en práctica el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, con el fin de involucrar de manera integral los aspectos educativo, preventivo, curativo y de participación social, y mejorar la salud bucal de la población escolar.

De 1989 a 1994 se implementó el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares-Escolares. De igual manera, en la década de 1990 se publica la NOM-013-SSA2-1994 para la prevención y control de las enfermedades bucales (Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993).

En 1996 iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal (dos por año) para intensificar las actividades preventivas dentro de un método unificado y normado, enfocándose en la caries dental, gingivitis, maloclusiones, cáncer bucal y padecimientos dentofaciales que restan calidad de vida a los individuos.

En abril de 1998, el Programa de Salud Bucal fue considerado como programa prioritario en las políticas nacionales de salud.

La política de salud bucal en el periodo 2000-2006 reconoce que en México la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales es todavía muy alta. Por ello, dentro de la Política Nacional de Salud se generó el Programa de Acción: Salud Bucal 2001-2006, el cual continuó con el propuesto para 2007-2012 (Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993).

REFERENCIAS

- Daly, B., Batchelor, P., Treasure, E., & Watt, R. (2013). *Essential dental public health*. OUP Oxford.
- Dion, M. (2006). Globalización, Democratización y Reforma del Sistema de Seguridad Social en México, 1988-2005. *Foro Internacional* 183, XLVI(1), 54-80.
- Frenk, J., & Gómez, D. O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México*. México: Nostra Ediciones.
- Frenk, J., Gómez, D. O., & Knaul, F. M. (2009). The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ*, 87, 542-548.
- Frenk, J., González, E., Gómez, O., Lezana, M., & Knaul, F. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 49 (Suppl. 1), s23-36.
- Gakidou, E., Lozano, R., González, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J., Bryson, C., & Feehan, D. (2007). Evaluación del impacto de la Reforma Mexicana de Salud 2001-2006: un informe inicial. 49(Suppl. 1), s88-s109.
- Knaul, F., Arreola, H., & Méndez, O. (2005). Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud Pública de México*, 47, 430-439.
- Knaul, F., Arreola, H., Méndez, O., Chloe, B., Barofsky, J., Miguire, R., Miranda, M., & Sesma, S. (2007). Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública de México*, 49(Suppl. 1), s70-87.
- Medina, S. C. E., Maupomé, G., & Ávila, B. I. (2006). Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed*, 17, 269-286.
- Murray, C., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO*, 78(6), 717-731.
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2005). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, México*. México: Secretaría de Salud.
- Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud. Nov. 2005
- Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. Debate. *Salud Pública de México* 2004, 46(6), 585-588.
- Secretaría de Salud (1994). *Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el Fomento de la Salud del Escolar SSA*. México.

PREGUNTAS

Instrucciones: lee las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta, o bien, completa los espacios faltantes.

- 1) Se dice que la salud pública es una ciencia porque:
- a) Lleva a cabo programas de educación para la salud
 - b) Implementa soluciones efectivas a problemas de salud
 - c) Promociona hábitos saludables
 - d) Establece las causas de las enfermedades más comunes

- 2) ¿Cuáles son las tres actividades en las que se centra la salud pública?
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____

- 3) Disciplinas esenciales en el desarrollo de la salud pública:
- a) Bioestadística, anatomía y biología
 - b) Epidemiología, bioestadística y promoción de la salud
 - c) Promoción de la salud, anatomía y epidemiología
 - d) Bioestadística, biología y promoción de la salud

- 4) Características que identifican un problema de salud pública:
- a) Economía trascendencia e importancia
 - b) Severidad, trascendencia y magnitud
 - c) Magnitud, importancia y trascendencia
 - d) Economía, trascendencia y magnitud

- 5) Funciones esenciales de un sistema de salud:
- a) Provisión de servicios y generación de recursos
 - b) Generación de recursos y formación de recursos humanos
 - c) Formación de recursos y provisión de servicios
 - d) Evaluación de materiales y formación de recursos

Respuestas: 1) b y d. 2) a. Prevenir enfermedades. b. Promoción de la salud. c. Establece las causas de las enfermedades más comunes. 4) b. 5) a.

CAPÍTULO 2

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

CAPÍTULO 2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

*Erika Heredia Ponce
María Rebeca Romo Pinales
María del Carmen Villanueva Vilchis*

INTRODUCCIÓN

La atención primaria en salud es una estrategia o conjunto de tareas planificadas que visualiza todos los problemas relativos a la salud-enfermedad y los aspectos dirigidos a la atención de las personas en su entorno social, por lo que no sólo suministra actividades de servicios de salud, sino que además trata con los elementos que ocasionan su carencia (Atención Primaria de la Salud, 2008).

La atención primaria de la salud es primordial para el funcionamiento general del sistema de salud, ya que debe ser capaz de otorgar atención eficiente, es decir, de calidad y equitativa, con una mínima cantidad de recursos y con alcance y accesibilidad para quien más la necesita (Villalbí, Pasarín, Montaner, Cabezas, & Starfield, 2003).

Se dice que es el núcleo principal del sistema de salud de un país y que además constituye una parte muy importante en el desarrollo socioeconómico de una comunidad.

El propósito del presente capítulo es introducir al concepto de atención primaria en salud, sus orígenes y desarrollo histórico, así como algunas de sus estrategias centrales para llevar a cabo su objetivo.

DESARROLLO HISTÓRICO

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó el derecho universal a la salud mediante una Carta Magna (Organización Mundial de la Salud, 2013), en donde se establece que:

- El ser humano tiene derecho a gozar del más alto grado de salud.
- La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la paz y la seguridad y depende de la cooperación de los individuos y de las naciones.
- La desigualdad en la promoción de la salud en los diferentes países y en el control de las enfermedades, especialmente las transmisibles, constituye un estado de riesgo general.
- La opinión informada y la cooperación activa del público son de vital importancia para el progreso de la salud en las naciones.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos.

Para el desarrollo de estos fines, la OMS ayuda a los países a fortalecer sus sistemas sanitarios, fomentar la investigación tecnológica y estimular las tareas referidas a la prevención y el control de enfermedades (8th Global Conference on Health Promotion Helsinki 2013, 2013).

Sin embargo, el desarrollo en materia de salud no alcanzó el éxito esperado, por lo que en la reunión internacional en Helsinki, en 1978, con la declaración de Alma-Ata, surgió la estrategia de atención primaria a la salud y se definió a la Atención Primaria de Salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte tanto del sistema

nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Declaración de Alma Ata, URSS, 2013).

Esta concepción requirió de transformaciones estructurales en la sociedad y una reorganización profunda de los servicios de salud orientados hacia la población, dado que la atención de la salud en ese momento no estaba al alcance de la mayoría, principalmente en las zonas rurales y urbano-marginadas. El concepto de la APS ofreció una visión más amplia en relación con la equidad, en el acceso a la atención de salud y en la eficacia en el uso de los recursos, por lo que apoyaría los objetivos de mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud. La APS implicaba movilizar las voluntades políticas y generar procesos de transformación de los sistemas de salud para lograr la meta de “Salud para todos en el año 2000” (Franco-Giraldo, 2011).

En la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1986 se sustentó que además de la reorientación de los sistemas propuesta en Alma-Ata, la atención a la salud requería de las acciones conscientes del individuo en la mejora y mantenimiento de su salud, lo que dio lugar a la carta de Ottawa para la promoción de la salud. Esta carta presentaba las acciones que se debían realizar para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000” (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

La mejora de la salud requiere una base sólida de las siguientes condiciones y recursos fundamentales :

- Paz
- Cobijo
- Educación
- Alimento
- Ingresos económicos
- Ecosistema estable
- Recursos sostenibles
- Justicia social y equidad

En la carta se definió la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va mas allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar” (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

El aporte de esta primera conferencia a la estrategia de atención primaria de salud es considerar que el individuo debe participar en el autocuidado y promoción al ejercer su derecho a la salud.

En una reunión internacional, en 1997, la OMS realizó un análisis de la situación de la salud mundial en el que se observó que, según la carta de Ottawa, es necesaria la capacitación y participación de los individuos en la promoción de la salud, además de reconocer la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, de una política pública sana y de un ambiente favorable a la salud (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 1991). El resultado de esta reunión fue la declaración de Yakarta, en la que se reconsideran los factores determinantes de la salud y se señalan los derroteros y estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI (8th Global Conference on Health Promotion Helsinki 2013, 2013). También se señala que “la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico” y que la meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias entre países y grupos. Se estableció como objetivo prioritario “Salud para todos en el año 2000”. Esta propuesta se fundamentó en el enfoque de la atención primaria de la salud, que comprende ocho áreas esenciales:

- Educación
- Alimentación
- Agua potable
- Salud materna infantil
- Inmunización
- Prevención y control
- Tratamiento de enfermedades
- Suministro de medicamentos (8th Global Conference on Health Promotion Helsinki 2013, 2013; Franco-Giraldo, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2013).

En el informe de la OMS de 2008 se notifica que la globalización está afectando la cohesión social de muchos países y que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están

funcionando como deberían. La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades conforme a sus expectativas. Se observa que el contexto sanitario mundial ha sufrido grandes cambios durante las últimas seis décadas, los valores centrales de la constitución de la OMS y los que dieron forma a la declaración de Alma-Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos. Sin embargo, pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención.

Podemos citar también la falta de sistemas de protección de los peatones junto a unas carreteras y autopistas plagadas de tráfico y el empobrecimiento que causan los pagos del propio bolsillo entre quienes carecen de seguro médico. Estas y muchas otras realidades de la vida diaria reflejan deficiencias inadmisibles y evitables que merman la eficacia de nuestros sistemas de salud.

Margaret Chan, directora general de la OMS, en 2008, señaló que “ante todo, la atención primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención” (Chan, 2009).

En el informe se propone la reorientación de los sistemas de salud con un enfoque sectorial que rebasa las acciones logradas con la Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud, 2013). Se consideran cuatro conjuntos de reformas que reflejan la convergencia de los valores de la atención primaria, las expectativas de los ciudadanos y el desempeño de los sistemas de salud:

- 1) Reformas en pro de la cobertura universal. Para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Si carecen de dicho acceso, las desigualdades en materia de salud producen décadas de diferencias en esperanza de vida, no sólo entre países sino dentro de éstos. Estas desigualdades plantean riesgos, en particular brotes de enfermedades para todos. Ofrecer una cobertura para todos constituye un desafío económico, pero actualmente la mayoría de los sistemas se basa en pagos directos, que es el método menos equitativo y eficaz. La OMS recomienda sistemas de mancomunación de fondos y de prepago, como los planes de seguro.
- 2) Reformas de la prestación de servicios centrados en personas. Los sistemas de salud pueden orientarse para responder mejor a las necesidades de las personas mediante puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades.
- 3) Reformas de las políticas públicas saludables. La OMS considera que es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas”, en todos los gobiernos. Ellos exigirán modificar los cálculos políticos, ya que algunas de las mayores mejoras de la salud pueden lograrse por medio de programas de desarrollo desde la primera infancia y la educación de las mujeres, así como mediante la intervención para la garantía de un medio ambiente.
- 4) Reformas de liderazgo. Los actuales sistemas de salud no se encaminarán de manera natural a modelos más equitativos, eficientes y eficaces. Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y dirigir. Todos los componentes de la sociedad, incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud, tienen que participar, incluso la sociedad civil, el sector privado, las comunidades y el sector empresarial. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones (Chan, 2009).

Esto hará posible que los sistemas nacionales de salud lleguen a ser más coherentes, más eficientes, más equitativos y más eficaces. Sin embargo, aunque de aplicación universal, esas reformas no constituyen un modelo o manifiesto para la acción. Las medidas requeridas para hacerlas realidad en cada país deben establecerse en función del contexto y las condiciones específicas y a partir de la mejor evidencia disponible (8th Global Conference on Health Promotion Helsinki 2013, 2013; Franco-Giraldo, 2011).

El avance en este informe para la APS es la incorporación de dos elementos muy importantes: el análisis del contexto en donde se realizan las acciones de salud y el análisis de las evidencias disponibles que aportarán la información necesaria y adecuada para mejorar la planificación de las acciones de salud.

RENOVACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A partir de la evaluación de la estrategia de la APS, en donde se observó una crisis general en los sistemas de salud, la Oficina Panamericana de Salud (OPS) y la OMS se han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de la estrategia.

En 2003, la resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo (OPS) propone a los estados miembros de la OPS la renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas; posteriormente, en la Declaración de Montevideo en 2007 (Macinko *et al.*,

2007), recomienda adoptar, fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS, contruidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible. En 2009, la OMS reafirma estos principios y valores de la Atención Primaria en Salud (Organización Mundial de la Salud, 2013; Franco-Giraldo, 2011).

La aportación de esta propuesta es establecer que la gestión de la atención primaria tiene que ver con la relación entre los usuarios y el sistema de salud, y se refiere a la forma en que se articulan los equipos de trabajo y se configuran las estructuras de la APS para dar respuesta a:

- La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos
- La necesidad de corregir las inconsistencias de otros enfoques
- El surgimiento de nuevas y mejores prácticas basadas en la evidencia que darían la oportunidad de una APS más efectiva
- El reconocimiento de las capacidades de la APS para reducir desigualdades, enfrentar determinantes sociales, superar la inequidad en salud y reconocer la salud como un derecho de todos

La renovación de la APS es un enfoque de servicios de salud centrado en los derechos humanos y en la necesidad de tener sistemas de salud fuertes. “El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos”.

Todo lo anterior muestra la necesidad de renovar los sistemas de salud más que la estrategia. Se requiere de algunos cambios o de desafíos mayores que los que existían en 1978 (Alma-Ata) (Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud, 2013), como enfoques sistémicos, aplicación de la APS basada en evidencias; reajustar los servicios de salud reorientándolos hacia la promoción, prevención e integración de servicios individuales y colectivos; un marco institucional fuerte orientado a la calidad y a la justicia social, responsabilidad y rendición de cuentas; sostenibilidad y respuesta a las necesidades de salud de la población; asignación de funciones y responsabilidades por niveles de atención, niveles territoriales y niveles gubernamentales.

REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En 1986, la carta de Ottawa de promoción de salud ya proponía la reorientación de los servicios de salud. La 5a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (2005) le da mayor importancia al tema colocándolo en el centro de la política sectorial. En esta 5a conferencia se establece un nuevo marco operacional, se definen principios, valores y lineamientos para la reorientación de los servicios y se establecen objetivos, estrategias y mecanismos apropiados (Sanabria, 2007).

La reorientación de los servicios de salud, según la OPS (2005), “sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria”, los cuales deben garantizar servicios de atención primaria, como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), cercanía con la gente, intersectorialidad y participación; complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y en otros servicios de protección social; introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información-planeación, seguimiento y evaluación), mecanismos de financiamiento y coordinación de la atención (Franco-Giraldo, 2011).

En el Foro de Medellín (2003) sobre la importancia de las funciones esenciales de la salud pública para la reorientación de los servicios de salud pública en las Américas se promovió el empoderamiento de los núcleos familiares, comunitarios y regionales, como estrategia fundamental para los sistemas de salud, basado en:

- 1) La promoción de la salud como responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud.
- 2) Garantizar políticas de salud y promoción con carácter intersectorial.
- 3) Integración de los servicios de salud, ampliando su concepto desde la promoción hasta la rehabilitación.
- 4) Producir conocimiento y evidencia.

La renovación de los sistemas de salud pretende fortalecer a largo plazo las capacidades de los recursos humanos para la APS y reorientar los servicios de salud con criterios de promoción de salud, sistemas de vigilancia de la salud y participación activa de las comunidades; asimismo, considerar los enfoques de cooperación internacional, salud internacional, salud global y políticas internacionales de salud (Gofin & Gofin, 2007).

En 2005, la OPS aportó otro elemento al observar nuevos contactos que requerían de estrategias y metodologías que cubrieran necesidades de salud de la población. Se analizaron los contextos desde la declaración de Alma-Ata (1978) hasta el acuerdo conjunto de los países de las Américas (2005). Los aspectos más destacados de los contextos analizados fueron:

- Transición demográfica
- Polarización y acumulación epidemiológica
- Globalización económica
- Cambios del medio ambiente
- Desarrollo de nuevas tecnologías
- Marginación y pobreza.

En este acuerdo se reconoció a la APS como núcleo fundamental del desarrollo de salud que debe ser dotada de recursos necesarios para garantizar valores, principios y elementos orientados hacia la calidad y justicia social, como son:

- Acceso y cobertura universal
- Atención integral e integrada
- Énfasis en la prevención y promoción
- Atención apropiada a las necesidades de todos los grupos de edad
- Orientación familiar y comunitaria
- Desarrollo de políticas que estimulan la equidad
- Primer contacto entre población y servicios de salud
- Recursos humanos adecuados en equipo integrado (Golfin, 2007).

Con base en lo anterior se entiende que la estrategia de atención primaria de salud incluye a toda la población según sus necesidades y está orientada hacia la superación de problemas, atención integral y desarrollo humano, y responde a los determinantes políticos y sociales para obtener mejoras en la equidad en salud. En el contexto de la salud poblacional, la estrategia es la APS, el medio es la reorientación de los servicios y la promoción de la salud es el marco general de actuación hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud (Franco-Giraldo, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2013).

APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA APS

La aplicación de la estrategia de la APS se basa fundamentalmente en la instrumentación de programas que pueden dirigirse a grupos o problemas específicos. Algunas características generales de los programas son las siguientes:

- Deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales.
- Deben acentuarse las actividades de promoción y prevención combinadas con las de tratamiento y rehabilitación.
- Deben tener universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios), equidad (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y continuidad (no deben ser esporádicos como los servicios móviles).
- Deben satisfacer necesidades prioritarias, como la salud materno-infantil, inmunización enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, parasitosis, de transmisión sexual, mentales, cardiovasculares. La alimentación, nutrición, abastecimiento de agua y servicios de saneamiento básico son requisitos fundamentales para la protección de la salud y se clasifican como actividades intersectoriales y de participación de la comunidad.

El diseño de los programas prioritarios o específicos en cualquier población o comunidad debe considerar diversos aspectos esenciales, como la situación de salud, condiciones de riesgo, condiciones determinantes, contexto sociocultural, recursos con los que se cuenta para hacer frente a la situación de salud, relaciones intersectoriales y evaluación y vigilancia de los programas. Es importante señalar que cada uno de los participantes debe tener plena conciencia y responsabilidad acerca del papel que le toca desempeñar en la procuración y mantenimiento de la salud.

SITUACIÓN DE SALUD

En la aplicación de la estrategia de la atención primaria de salud deben considerarse diversos elementos esenciales, como la situación de salud, condiciones de riesgo, condiciones determinantes, contexto sociocultural, recursos con los que se cuenta para hacer frente a la situación de salud, relaciones intersectoriales y evaluación y vigilancia de los programas (Mosquera, Granados, & Vega, 2008).

El diagnóstico de la situación de salud es un estudio acerca del nivel de salud de una comunidad en donde se analizan los problemas y las necesidades de la población, así como los factores que influyen positiva o negativamente sobre dicho nivel de salud. El objetivo es conocer la situación del proceso de salud-enfermedad como fenómeno de grupo de una población en relación con los daños a la salud, servicios de salud, factores de riesgo y factores determinantes. La información que

aporta se analiza para establecer las prioridades de la atención y las estrategias pertinentes para su aplicación.

El diagnóstico es un juicio de valor en torno al proceso salud-enfermedad, así como en relación con las necesidades sentidas, expresadas y normativas; y sirve de base a la planeación de los servicios de salud. Es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria y se realiza a partir del levantamiento de datos por diferentes métodos, como encuestas, cuestionarios y entrevistas, y se aplica para identificar problemas, explorar alternativas de solución y determinar prioridades.

Existen diversos enfoques del diagnóstico de salud:

- Diagnóstico situacional: Mide la eficiencia y analiza la productividad de los recursos para la salud.
- Diagnóstico de salud: Relación de los recursos para la salud y los daños.
- Diagnóstico de las necesidades: Relación entre los daños a la salud, los servicios y los factores predisponentes o condicionantes (Mosquera *et al.*, 2008).

CONDICIONES DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle determinada enfermedad. Según la OMS, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o una lesión (Organización Mundial de la Salud, 2002).

El riesgo es “la condición o situación a la cual se expone un huésped, que facilita la presencia o introducción de un agente capaz de alterar su estado de salud. Los factores de riesgo suelen ser múltiples y de diferente condición, actúan por sumación, por potencialización y en ocasiones por tiempo prolongado, así como por su grado de ataque; por ejemplo, los factores de riesgo para el desarrollo de diabetes, además de la condición genética, pueden ser la obesidad, la vida sedentaria, el estrés, la multiparidad, etc.”

Las enfermedades no se deben a un solo factor, son producto de la interacción de varios. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran insuficiencia ponderal, estado nutricional, estado inmunológico, prácticas sexuales de riesgo, hipertensión, consumo de tabaco y alcohol, agua insalubre, deficiencias del saneamiento ambiental y falta de higiene.

CONDICIONES DETERMINANTES

Los factores determinantes son un conjunto de condiciones que, cuando interactúan, propician la aparición de una enfermedad. En el ambiente natural hay elementos peligrosos para la salud y bienestar del hombre, como agentes biológicos (microorganismos, plantas tóxicas y animales nocivos) y perturbaciones geológicas y climáticas (tormentas, temblores, erupciones volcánicas e inundaciones). Existen también situaciones que el ser humano ha provocado y que constituyen nuevos riesgos para su salud y bienestar: contaminación del aire, agua, suelo y alimentos por sustancias químicas diversas; ruido; y estrés físico y mental debido a la urbanización y a situaciones económicas y políticas. A todo lo anterior hay que agregar los avances tecnológicos, sobrepoblación y actitudes y conductas perjudiciales como alcoholismo, toxicomanías y falta de higiene (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La salud de una población depende de factores que , se pueden agrupar en cuatro aspectos:

- Biológicos
- Ambientales
- Estilo de vida
- Sistema asistencial

Factores biológicos. En los factores biológicos la intervención está limitada por aspectos genéticos y de envejecimiento, para lo que se pueden diseñar programas que mejoren los hábitos de vida y con ello la calidad de vida.

Factores ambientales. El entorno físico es un ecosistema en constante interacción con las personas y su estabilidad está estrechamente vinculada a su bienestar. El factor ambiental son las condiciones geográficas, de vivienda, tenencia, material de construcción, agua potable, número de habitaciones, combustible, disposición de basura y excretas. Un ambiente propicio para la enfermedad genera la presencia o persistencia de distintas fuentes de infección o de agentes nocivos, el establecimiento de mecanismos de transmisión y la existencia de vectores reservorios y huéspedes intermediarios en la flora, la fauna y en la población humana.

El saneamiento del ambiente tiene como propósito controlar, disminuir o eliminar los riesgos derivados de las condiciones nocivas que pueden afectar la salud, por lo que influye sobre la frecuencia de enfermedades. Incluye diversas acciones tendientes a vigilar la calidad del agua y de los alimentos, y la correcta eliminación de los desechos; a promover medidas

para el control de la contaminación del agua, del suelo y la fauna transmisora; y a contrarrestar los efectos de la contaminación del aire, o polución atmosférica, el importante aumento en el empleo de las radiaciones y el ruido. En las comunidades, la población deteriora el ambiente, pero también realiza acciones que lo preservan y algunas que lo mejoran. El deterioro del ambiente debe tratarse mediante su saneamiento y el componente sano debe identificarse para su conservación y mejoría. El equipo de salud de la comunidad debe tener la sensibilidad para identificar las condiciones, preservar la salud del ambiente y erradicar el ambiente insalubre (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Identificar los factores determinantes orienta las acciones para reducir el efecto negativo de las enfermedades y promover la salud de la población. Se requiere de una labor coordinada del sector salud con otros sectores oficiales, descentralizados y privados, que directa o indirectamente estén relacionados con el problema, como la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, Agricultura y Recursos Hidráulicos, los municipios e instituciones privadas (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Estilo de Vida. El estilo de vida individual depende en gran parte de la salud, factores demográficos, económicos, culturales y sociales. Cuando el estilo de vida es nocivo, cualquier esfuerzo dirigido a cambiarlo debe tener en cuenta el empleo, la educación, los ingresos y los círculos sociales de los individuos.

Factores demográficos. Se refieren a la estructura poblacional, estado civil, escolaridad, migración, tasas de natalidad, tasas de mortalidad.

Factores económicos. El estatus socioeconómico es un factor determinante del estatus sanitario que se refiere a la ocupación, bienes e ingreso familiar. Se ha observado que la gente más pobre con menos formación o con un nivel laboral más bajo tiende a tener mala salud. Actualmente se reconoce que para obtener un mayor desarrollo económico es necesario mejorar la salud y tratar de eliminar las desigualdades sanitarias.

Factores sociales. Se refieren a la organización social, política y económica, y son importantes para la salud porque se relacionan con la distribución de la riqueza nacional, costo de la vida, existencia de grupos desadaptados o marginados, grupo étnicos, costumbres y religión. Los factores sociales predisponen y mantienen la enfermedad, como la pobreza, que causa deficiente o mala alimentación, condiciones inadecuadas de vivienda, falta de atención médica, problemas psicológicos y conductas antisociales. La ignorancia tiene un fuerte impacto en la salud porque está condicionada por tabúes, prejuicios, desempleo y baja productividad, que generan estrés, neurosis, depresión, agresividad y violencia (LS, 2009).

Factores culturales. Aluden a la educación, existencia de escuelas, niveles de escolaridad, centros recreativos y culturales. La educación es el medio para combatir la ignorancia y propiciar el desarrollo de los pueblos.

Contexto sociocultural. En América Latina existen poblaciones indígenas integradas parcialmente al desarrollo general de la sociedad. Estas poblaciones hablan diversas lenguas y dialectos y tienen particulares formas de vida, de concepción del mundo, costumbres y creencias, que establecen una percepción especial de los procesos de salud y enfermedad, que se conoce como “medicina indígena”, “medicina folklórica” o “medicina tradicional”. Este saber se ha mantenido a lo largo del tiempo por medio de la tradición y se ha modificado mediante el contacto y mezcla con diferentes grupos étnicos y sociales; conforma un verdadero cuerpo de doctrina sobre el origen de la enfermedad, su clasificación y tratamiento, y actualmente lo utiliza un amplio porcentaje de la población, especialmente de las zonas rurales o urbano-marginales.

Para el equipo de salud es importante conocer los factores socioculturales de la población, porque le proporcionan:

- Entendimiento racional del comportamiento de sus pacientes.
- Mejoramiento de la calidad y aceptabilidad de sus servicios y el reconocimiento de sus propios límites.
- Mejor colaboración de sus pacientes, particularmente en tratamientos largos.
- Entendimiento del sistema informal y aprovechamiento de sus elementos en el desarrollo de programas.

Al respecto, Kroeger señaló que “para el profesional de la salud es fundamental identificar las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su acción”, porque tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes en la vida de la población, así como la interpretación que de ella hacen los miembros de la comunidad y que determinan su estado de salud (Kroeger & R., 1987).

Recursos existentes. Este rubro se refiere al sistema asistencial y a los servicios de salud. En el sistema asistencial se analizan tres elementos respecto de la prestación de servicios de salud: estructura, proceso y resultados. La estructura se analiza en función de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud. El proceso se relaciona con el uso, productividad, rendimiento y calidad. Los resultados se evalúan en relación con la cobertura, eficiencia y efectividad. La acción comunitaria en este ámbito tiene la función de transmitir e intercambiar información con la finalidad de evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas comunitarias, para planificar intervenciones efectivas en la atención de los factores de riesgo y los factores determinantes de la salud (Mosquera *et al.*, 2008).

En cuanto a los servicios de salud, es importante que, antes de planificar las actividades, se haga un análisis de los servicios de salud existentes, tanto de su financiamiento como de cada uno de sus elementos, con la finalidad de saber con

qué recursos se cuenta y si son adecuados y suficientes para la aplicación de los programas. Es importante analizar si los edificios, equipo, sectores de salud (público, privado, seguridad social), personal y su calificación son adecuados y suficientes.

El personal es el factor más importante para realizar un programa. Interesa conocer su educación formal (enfermeras, auxiliares, sanitarios), su número y, en especial, qué sabe y cuáles son las tareas que puede desempeñar para prevenir o tratar las enfermedades. Debe tomarse en cuenta también que las comunidades siempre han tenido formas de satisfacer sus necesidades sentidas de salud. Entre los recursos tradicionales, están los curanderos y parteras empíricas. La introducción de los servicios de salud en las poblaciones agrega nuevos elementos. De los recursos humanos y materiales con los que cuenta la comunidad, se deben revisar las soluciones y técnicas al alcance para enfrentar los problemas de salud y determinar si son susceptibles de ser evitados o tratados oportunamente. Con el diagnóstico de estos recursos se puede definir si en el plan se requiere de adiestramiento o cursos de actualización (Macinko *et al.*, 2007; Kroeger & R., 1987).

Una vez que se determinaron las prioridades, es conveniente revisar las técnicas disponibles para instrumentar las medidas a tomar en los diferentes problemas detectados. El análisis de los recursos médicos de la comunidad debe incluir los servicios de salud institucionales, medicina privada, farmacias y boticas y medicina tradicional. Debe analizarse el personal, infraestructura física y equipamiento y logística, teniendo siempre presente cuáles serán las actividades concretas de prevención primaria, secundaria y terciaria en los programas prioritarios de salud.

Los servicios deben organizarse de acuerdo con la forma en que la comunidad los utiliza y la localización geográfica de los establecimientos, horarios de servicio y tecnologías utilizadas en la atención de las necesidades reales de la población. Es necesario tomar en cuenta la posibilidad de dispensar atención a domicilio, escuelas y sitios de trabajo, conjuntamente con las correspondientes actividades educativas. Las actividades deben evaluarse en función de la cobertura de los servicios y de la participación de la comunidad en el desarrollo global de la salud. En el desarrollo de las actividades de salud en la comunidad, puede ser más positivo vincularse a grupos ya organizados, como sindicatos, comités de vecinos, asociaciones de desarrollo y cooperativas, para optimizar las acciones de salud, en vez de promover la organización de nuevos grupos específicos para las acciones de salud.

RELACIONES INTERSECTORIALES

Para alcanzar el ideal del estado de bienestar físico, mental y social se requiere de alimentación equilibrada, vivienda saludable y buenas condiciones de trabajo, descanso y recreación. Es competencia de las autoridades proporcionar las condiciones adecuadas de vida y salud. El personal de salud puede instruir y educar para evitar las enfermedades, y es responsabilidad de la comunidad participar activa y conscientemente para elevar su nivel de vida.

En México, la Secretaría de Salud es la responsable de todas las acciones tendientes a mejorar y mantener la salud; para ello, en 1982 se constituyó el Sector Salud. El sector lo integran las diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud en el país: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Departamento del Distrito Federal, los institutos nacionales de salud dependientes de la propia secretaría (Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Psiquiatría) y el Hospital Infantil de México; también participan el Subsector de Asistencia Social, que incluye el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ).

El sector tiene como objetivos:

- Proporcionar salud a toda la población
- Desarrollo demográfico armónico
- Bienestar social para menores, ancianos y minusválidos
- Desarrollo de la familia y de la comunidad
- Mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente
- Impulsar la formación, administración y desarrollo de recursos humanos
- Coadyuvar a la modificación de patrones culturales.

El Sector Salud debe vincularse con otros sectores de la estructura gubernamental: económico, educativo, demográfico, ecológico y de investigación técnica y científica; así como lograr la participación de la comunidad. Por ejemplo, en la aplicación de un programa de salud escolar, se deberá establecer relaciones con el sector educativo y con la comunidad mediante la asociación de padres de familia; por lo que la comunicación deberá ser clara, eficiente y oportuna si se quiere alcanzar las metas establecidas (Nigenda, 2003).

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DE PROGRAMAS

Los programas deben someterse constantemente a vigilancia y evaluación, porque es la forma de conseguir su buen desarrollo. La evaluación verifica cómo funciona el programa, en qué contexto opera, qué problemas o dificultades encuentra, qué resultados involuntarios genera y qué elementos facilitan u obstaculizan su éxito (Katz, 1981). La evaluación es necesaria para saber si se están alcanzando los objetivos, si se utilizan las mejores técnicas, si los recursos se aprovechan convenientemente y para conocer los resultados del trabajo. Requiere de la existencia de normas, objetivos claros y precisos y de un registro cuidadoso de todas las actividades propias de la organización.

La evaluación muestra la eficiencia de la organización en los aspectos cualitativos y cuantitativos; no está destinada a calificar de bueno o malo el trabajo realizado, porque eso no aporta información suficiente; más bien debe entenderse como el análisis del porqué no se pudieron alcanzar los objetivos o realizar actividades. La evaluación se hace para aprender y mejorar; es un proceso continuo que se realiza durante la programación y la ejecución del programa, y debe estudiarse como un instrumento para el mejoramiento de la situación actual y no como un método de control. El resultado de la evaluación es mejor cuando se hace conjuntamente entre el equipo de salud y la comunidad (Kroeger & R., 1987).

Es importante saber qué se va a evaluar, qué recursos se van a utilizar y de qué instrumentos de trabajo se dispone (datos, formularios, reuniones). Se puede evaluar el trabajo con y en la comunidad, el trabajo con el personal de salud, la educación para la salud, nutrición, control de enfermedades y vacunación, entre otros (Kroeger & R., 1987; Álvarez, 2012).

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Los programas de salud deben realizarse no sólo “para” la comunidad, sino con la comunidad. Los servicios deben ser accesibles al público para que los utilice de manera adecuada y oportuna, y participe en ellos. Las relaciones entre la comunidad y la institución de salud deben permitir que la comunidad y los individuos dejen de ser objetos de atención para convertirse en “sujetos” activos que conocen, participan, toman decisiones y asumen responsabilidades específicas ante su propia salud. Se propone que los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influyen en el proceso mostrando claramente las relaciones que existen entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad. Se integrará un enfoque intersectorial dentro de las actividades del sector salud en la medida en que la comunidad participe de manera efectiva en todos los aspectos de su propio desarrollo (Kroeger & R., 1987; Nigenda, 2003).

La participación es un proceso social encaminado hacia la búsqueda del poder para garantizar la solución a las necesidades; quienes no tienen poder buscan conseguirlo de manera creciente mediante la participación. Ésta es, por lo tanto, poder que va de lo individual a lo colectivo y es contraria a la marginación y a la exclusión. Los procesos participativos son indispensables en el desarrollo de las políticas públicas, desde la construcción del problema hasta la evaluación de su impacto. En la promoción de la salud es importante potenciar a las comunidades para que tomen el control de sus vidas, de su salud y de sus propias comunidades (incluyendo los programas y proyectos de promoción de la salud).

Según Kroeger (1987), existen dos interpretaciones básicas de la participación de la comunidad: la “participación prescrita” y la “participación integral”.

La “participación prescrita” se limita a la ejecución de las acciones que generalmente es impuesta desde niveles superiores. Un programa de salud contiene elementos que requieren de la participación activa:

- La mano de obra de la comunidad para diversos fines, como la construcción de un puesto de salud, una letrina en la escuela o un pozo comunitario.
- La movilización de los líderes de la comunidad para desarrollar programas de educación para la salud, campañas de vacunación y comedores escolares, entre otros.
- El uso de recursos financieros de la comunidad para pagar los servicios de un promotor de salud o la construcción y el mantenimiento de bombas de agua, letrinas.

Las experiencias con la participación de la comunidad en los programas parecen favorables a corto plazo en la fase inicial de un proyecto; sin embargo, cuando las comunidades están desorganizadas, desunidas o sin líderes tradicionales; o cuando los programas se presentan de manera inadecuada a la población, los resultados de la participación comunitaria son desfavorables aun en la fase inicial.

La “participación integral” es la participación que se integra al proceso de diagnóstico-programación-implantación-evaluación. “La comunidad debe participar en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria en salud”. Las experiencias en este modelo han resultado positivas y satisfactorias tanto para la población como para el equipo de trabajo; por ejemplo, en trabajo con grupos indígenas, los participantes fueron capaces de identificar los puntos débiles de los programas y de proponer soluciones con muy poco apoyo de los profesionales en salud, como la supervisión auxiliar y la planificación del trabajo móvil de los auxiliares de enfermería. Ofrecieron mayor apoyo por parte de la comunidad si se consideraban las propuestas siguientes:

- Respetar las costumbres y la medicina tradicional.

- Hacer un buen trabajo, que convenza a la comunidad de su eficacia.
- Establecer un intercambio de conocimientos y abandonar las formas paternalistas de educación en salud.
- Organizar programas de salud con la participación de la comunidad.

Esta experiencia demostró que, cuando la asistencia sanitaria esencial se pone al alcance de los individuos y familias de la comunidad, se puede alcanzar la plena participación comunitaria con un “espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” para mejorar la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios, como lo señala la estrategia de APS (Kroeger & R., 1987).

Para lograr la participación comunitaria, deben existir condiciones como:

- a) Una comunidad con organización relativamente estable.
- b) Capacidad para realizar acciones comunes.
- c) Habilidad para identificar sus propias necesidades y lograr un cambio sin esperar ayuda de expertos.
- d) Clima político favorable que, por lo menos, no impida la participación de la comunidad.
- e) Actitud favorable del personal de salud hacia la participación de la comunidad.
- f) Personas que intermedien entre la comunidad y los profesionales de salud, que sean capaces y estén interesadas en buscar apoyo de la comunidad.
- g) Objetivos precisos para la participación.
- h) Coordinación intersectorial.

Se debe observar que cada una de estas condiciones exista; de no ser así, deben fomentarse las acciones necesarias para su desarrollo.

EQUIPO DE SALUD

La ejecución, supervisión y evaluación de las acciones de salud dirigidas a la comunidad recaen en el equipo de salud. Un equipo de salud es un grupo de personas con diferentes funciones que tienen como objetivo común mantener la salud de una comunidad. Sus integrantes tienen una formación y una experiencia diferentes que los capacita para el desempeño de tareas específicas, cada uno de acuerdo con sus posibilidades. Es indispensable que los integrantes del equipo se conozcan bien, tengan una comunicación buena y frecuente y se identifiquen con su tarea. Al líder del equipo le corresponde lograr que cada persona se sienta participe de un equipo que trabaja por los mismos fines (Kroeger & R., 1987).

TRABAJADOR BÁSICO DE SALUD

En diversos entornos y durante varios años se han desarrollado experiencias de promoción y educación para la salud basadas en la formación de personas de la propia comunidad, que tras un proceso de captación y selección son capacitadas para realizar acciones como agentes comunitarias, mediadoras en salud o educadoras entre iguales. Son personas procedentes de la comunidad entrenadas para desarrollar actividades específicas de baja complejidad técnica y se denominan trabajadores comunitarios de salud, trabajadores de salud de aldea, promotores sanitarios, promotores de salud, colaboradores voluntarios de salud, agentes de salud o trabajadores de atención primaria.

Existen otras categorías de trabajadores de salud que tienen una capacitación más amplia y compleja que el trabajador básico y pueden tener una diversificación mayor de tareas o una especificación técnica en un área determinada. Por lo general, están empleados por alguna agencia de salud, como en el caso de los auxiliares de puestos de salud, auxiliares sanitarios o auxiliares de enfermería u obstetricia.

Las funciones generales del trabajador básico de salud son educativas, asistenciales, preventivas, organizativas e informativas, y se expresan en actividades y tareas apropiadas para su nivel, las que deben ser compatibles con su formación, experiencia y disponibilidad de tiempo. Pueden ser institucionales o no y son de nivel medio o elemental. Viven en las comunidades que atienden y proporcionan cuidados esenciales preventivos y curativos, para lo cual utilizan tecnologías simplificadas. Están sujetos a supervisión continua por parte del sistema de salud (Kroeger & R., 1987).

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN MÉXICO

En México se han fomentado acciones orientadas hacia la estrategia de la APS, principalmente en las instituciones de seguridad social y en algunas instituciones educativas, pero el impacto de estas acciones aún es incipiente.

Ante el compromiso de lograr la meta de “Salud para todos en el año 2000”, en nuestro país se generó el programa IMSS

COPLAMAR, constituido por la Secretaría de Salud, el Instituto del Seguro Social, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma Metropolitana. Este programa fue el primero en desarrollar un trabajo de primer contacto y educación para la salud dirigido a las comunidades (Velásquez, 1991).

Durante el desarrollo de estos esfuerzos se observó la necesidad de reorientar los programas de formación profesional, en los que el educando, además de aprender los conocimientos teóricos básicos y aplicados para ejercer su profesión, debe entender las condiciones del individuo, la familia a la que pertenece y la colectividad en la que está inmerso, ya que todos esos elementos son los que forman su ambiente. Así, observamos que la salud de una persona depende de las condiciones individuales y la salud del ambiente en el que se desenvuelve.

A estos esfuerzos se unieron algunas instituciones educativas, como el Instituto Politécnico Nacional y la UNAM, con proyectos de especializaciones en atención primaria para las profesiones de Medicina, Odontología, Psicología y Enfermería. Estos esfuerzos se fortalecieron con la Ley General de Salud en los Artículos 1o. y 2o. del Capítulo Único de las Disposiciones Generales (Unión, 2013), en el Título Primero, en donde se señala que:

Artículo 1o. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2o. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ORAL

En el campo de la odontología, la meta “Salud para todos en el año 2000” dio lugar a una reunión internacional en San José de Costa Rica en 1983, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, en donde se definió la salud oral en atención primaria como:

“El conjunto de acciones orientadas a la identificación, prevención y solución de los principales problemas de la población afectada, el cual se produce como fruto de la participación con los organismos e instituciones de salud. Estas acciones se concretan a través de las tecnologías apropiadas y recursos humanos puestos al alcance de todos los individuos y familias a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”.

La aplicación de la APS en los países del primer mundo ha logrado disminuir sus indicadores de salud bucal. En México, en la Encuesta Nacional de Caries 2001, se reportó una prevalencia de 58% de caries en el grupo de 12 años de edad, con un índice CPOD de 1.91. En algunas regiones del país, como es el caso del Estado de México, la prevalencia fue superior a 80% y el índice de caries CPOD en el grupo de 12 años de edad fue de 2.65, el cual alcanzó un valor de 3.38 en el grupo de 15 años de edad (Salud, 2001).

Según Kroeger (1987), una buena salud oral es importante para el bienestar físico y social. La salud de la cavidad oral es esencial para eliminar fuentes de infección que pueden diseminarse hacia el resto del organismo y para eliminar incomodidades sociales. Los problemas de salud oral se cuentan como las causas más importantes de ausentismo laboral y escolar debido al dolor dental y abscesos (Kroeger & R., 1987).

Actualmente, en México, la atención a la salud bucal no está al alcance de la mayoría debido a que las etapas de curación y rehabilitación resultan costosas. Es necesario trabajar en la educación y prevención de la salud para reducir los costos de la atención a la salud oral y permitir que ésta se encuentre al alcance de todos.

Los programas de atención primaria en salud oral deben atender el correcto desarrollo y proceso transicional de las dos denticiones (primaria y permanente), y el buen control de la placa dentobacteriana por medio del cepillado dental y de auxiliares para su eliminación, como son el uso de palillos e hilo dental. Cuando no se dispone de cepillo o las preferencias culturales impiden su uso, se puede utilizar con eficacia el “palo de mascar” o un pedazo de caña de azúcar (Kroeger & R., 1987).

El objetivo debe ser mantener los dientes y boca en estado saludable. Para obtener buenos resultados en cualquier programa de higiene oral, es indispensable que los participantes sean plenamente conscientes de los fines de ciertas acciones; por ejemplo, limpieza de dientes. La Organización Mundial de la Salud recomienda enseñar a realizar un

autoexamen bucal que responda a los puntos siguientes:

- ¿Se conserva la integridad de los dientes?
- ¿Los dientes son sólidos?
- ¿Los tejidos blandos tienen color uniforme?
- ¿Existen bultos inusuales, inflamaciones o úlceras?
- ¿Los dientes apoyan correctamente?
- ¿Están limpias las superficies dentales?

Lo anterior puede enseñarse fácilmente a niños en edad escolar o a otros grupos de la población. Los trabajadores en atención primaria de la salud deben hacerse exámenes rutinarios de boca, dientes y maxilares (Kroeger & R., 1987).

Desde el enfoque de la salud pública, la Odontología es “la ciencia y arte de prevenir y controlar la enfermedad dental y promoción de la salud dental a través de esfuerzos comunitarios organizados”, lo cual concierne a la educación para la salud de la población, la investigación y la aplicación de los hallazgos de la misma, la administración de programas de atención dental para grupos y la prevención y control de enfermedades dentales mediante una aproximación a la comunidad (B., 2001).

La educación para la salud ayuda a comprender el uso de medidas preventivas y de protección para patologías como la caries dental. Por ejemplo, en los niños, se utiliza el fluoruro y los selladores de fosetas y fisuras como protección de los dientes. Para la enfermedad periodontal, la remoción de placa y sarro. En el cáncer oral, la eliminación de hábitos nocivos como el tabaquismo y aquellos que lesionan los tejidos blandos. Una atención temprana puede prevenir desviaciones dentales y óseas, como las maloclusiones, y puede detectar tumores cancerosos, defectos congénitos y el tipo de alimentación.

En la aplicación de los programas de atención primaria para la salud oral se deben considerar la cultura y el ambiente de la comunidad. Se deben tomar en cuenta los recursos propios, como creencias y remedios, que la población tiene para el cuidado de su salud, y reorientar y añadir aquellos que no existan, así como enseñar a la comunidad la importancia de mantener en buen estado la integridad de su cavidad oral y de su cuerpo en general y darle valor a los hábitos de prevenir sus alteraciones.

En México, la odontología se ha involucrado poco a poco en los equipos de salud comunitaria, en donde existe un vasto campo de acción muy poco explorado y donde puede reorientar sus acciones de salud en beneficio de los individuos, las familias, la comunidad y la profesión misma. La APS propone anticiparse a la enfermedad bajo el enfoque de riesgo, lo cual representa modificar las condiciones que generan las patologías orales y mantener la salud.

La APS ofrece al odontólogo una visión más amplia e integral acerca de su profesión que trasciende la atención individualizada. Se puede pensar que fue entrenado principalmente para curar y rehabilitar, pero correr detrás de la enfermedad no sólo no tiene fin, sino que además la atención odontológica es cada vez más inaccesible (Sánchez, 2006).

REFERENCIAS

- 8th Global Conference on Health Promotion Helsinki 2013. (julio, 2013). Recuperado de Declaración de Yakarta: http://new.paho.org/hiap/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=271%3Adeclaracion-de-yakarta&catid=46%3Aroad-to-helsinki &Itemid=59&lang=en
- Álvarez, R., & K.-M. P. (2012). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México, DF: El Manual Moderno.
- Atención Primaria de la Salud. (marzo, 2008). *Sinergia 2.0*, 1.
- B., H. (2001). *Odontología Preventiva*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Chan, M. (2009). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud. (julio, 2013). Recuperado de Declaración de Alma Ata, URSS: http://xa.yimg.com/kq/groups/15577278/1857251997/name/APS,+Alma_Atadeclaracion,+1978.pdf
- Franco-Giraldo, A. (2011). Atención primaria en salud (aps). De regreso al pasado? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 83-94.
- Gofin, J., & Gofin, R. (2007). Atención Primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública de atención primaria. *Rev Pan Salud Pública/ Pan Am Journal of Public Health*, 177-185.
- Katz, F. (1981). *Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal de salud; Guidelines for evaluating a training programme for health personnel*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Kroeger, A., & R., L. (1987). *Atención Primaria de salud: principios y métodos*. México: PAX.
- La caja art. (marzo, 2008). Recuperado de http://www.lacaja.com.ar/lacaja/ART/files/content/Sinergia2/Siner_ABR08/tips_seguridad.pdf
- LS, Á. C. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 69-79.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria en las Américas.

- Mosquera, P. A., Granados, G., & Vega, R. (2008). La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 88-109.
- Nigenda, G. T. (2003). Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. *Caleidoscopio de la salud: De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*, 229-242.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *62 Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (julio, 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de Documentación para los Órganos Deliberantes. Documentos básicos: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (julio, 2013). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. (junio, 1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/HQ/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf
- Salud, S. d. (2001). *Encuesta Nacional de Caries Dental*. México, DF: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. *Rev. Cubana Salud Pública*, 1-7.
- Sánchez, E. S. (2006). Odontología comunitaria: una estrategia de atención de la salud bucalCommunity dentistry: a strategy to promote dental health. *Rev. Fac. Cienc. Méd.* 23-29.
- Unión, C. d. (2013). *Ley General de Salud*. México, DF: Gobierno de la República.
- Velásquez, G. (1991). Programa IMSS-COPLAMAR / IMSS-COPLAMAR. *Secretaría de Salud. Salud y enfermedad en el medio rural de México*, 413-421.
- Villalbí, J. R., Pasarín, M., Montaner, I., Cabezas, C., & Starfield, B. (2003). Evaluación de Atención Primaria de Salud. Reflexiones en Medicina Familiar. *Atención Prim*, 382-385.

PREGUNTAS

Instrucciones: lee las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta, o bien, completa los espacios faltantes.

1) Propuestas de la OMS en su Carta Magna en relación con la salud:

2) ¿Cuáles son las ocho áreas que comprende la iniciativa "Salud para todos en el año 2000"?

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____
- h) _____

3) Características con las que debe contar la aplicación de una estrategia de la APS:

- a) Universalidad, equidad y confianza
- b) Equidad, universalidad y continuidad
- c) Confianza, equidad y universalidad
- d) Viabilidad, universalidad y continuidad

4) Enfoques de diagnóstico de salud:

- a) Salud, necesidades y personal
- b) Personal, situacional y necesidades
- c) Situacional, salud y necesidades
- d) Personal, situacional y salud

- 5) Diferentes tipos de factores de riesgo:
- a) Económicos, ambientales, estilo de vida y asistenciales
 - b) Ambientales, estilo de vida, asistenciales y políticos
 - c) Políticos, económicos, ambientales y asistenciales
 - d) Biológicos, ambientales, estilo de vida y asistenciales

1) El ser humano tiene derecho a gozar del más alto grado de salud. La desigualdad en la promoción de la salud en los diferentes países y en el control de enfermedades constituye un estado de riesgo general. 2) a. Educación. b. Alimentación. c. Agua potable. d. Salud materna infantil. e. Inmunización. f. Prevención y control. g. Tratamiento de enfermedades. h. Suministro de medicamentos. 3) b. 4) c. 5) d.

CAPÍTULO 3

PROMOCIÓN DE LA SALUD

*María Elena Nieto Cruz
Patricia Henonín Palacio*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la promoción de la salud ha sido un tema que ha preocupado al mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han manifestado su interés por atender la salud a nivel mundial, particularmente en los países en vías de desarrollo. A partir de los debates teóricos se ha ampliado el concepto de salud, considerando los aspectos políticos, sociales, económicos y el medio ambiente, los cuales debe atender la promoción de la salud.

El presente capítulo se divide en los siguientes apartados: 1) el papel rector de la promoción de la salud en las prácticas de educación para la salud, donde se definen el concepto de promoción de la salud, sus características y funciones; también se aborda la relación entre promoción de la salud y educación para la salud; 2) comunidad y desarrollo de programas de salud, que aborda el concepto y características de la comunidad, la participación social y el trabajo comunitario en programas de salud; y 3) funciones y características de los promotores de la salud en las comunidades, así como su capacitación y selección.

Uno de los objetivos del presente capítulo es que sirva como material de consulta para los profesores que imparten las asignaturas de Salud pública y Odontología preventiva, así como para los profesionales de la salud que se encuentran laborando en programas de promoción de la salud.

Este texto también está dirigido a los estudiantes de Odontología y busca coadyuvar al logro de los aprendizajes por parte de los alumnos. Los aprendizajes que se pretenden alcanzar son: que los alumnos identifiquen a la promoción de la salud como un conjunto de estrategias que conduzcan a mejorar la salud; que reconozcan a la promoción de la salud como un elemento importante para la participación de la comunidad en los programas de salud; y que identifiquen los perfiles de los promotores y las funciones que ejercen para lograr el desarrollo de los programas de salud en las comunidades.

Si no se promueve con efectividad la salud, no se logrará ningún cambio en las comunidades y sólo quedará en el discurso.

EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Educación para la salud

El término educación para la salud se ha interpretado desde diferentes enfoques, que ubicaremos en dos grandes fundamentos teóricos ligados con diferentes periodos históricos. El primer enfoque ubica el término desde la perspectiva de la información y la prescripción. Al respecto, Valdéz (2004) señala que este periodo se ubica en la forma más convencional de orientar actividades educativas y, exclusivamente, los profesionales son los individuos para educar en salud. En el segundo enfoque existe una preocupación por la conducta que asume la población frente a la salud. El objetivo en este enfoque consiste en provocar en la población cambios de conducta favorables hacia la salud. Por lo que surge la necesidad de estudiar los estilos de vida, mejorar la calidad de vida y, por ende, lograr la salud.

A continuación se presentan dos modelos educativos basados en Valdez (2004):

a) Creencias en la salud. Consiste en la aceptación que la población pueda tener hacia la información y acciones que, en materia de salud, lleven a cabo las autoridades universitarias.

b) **Comunicación persuasiva.** Considera estrategias de persuasión para lograr un cambio de actitudes y conductas con el fin de conseguir la salud.

La OMS y la OPS reconocieron la importancia de los factores sociales, políticos, económicos y ambientales como aspectos sustantivos para la salud que deberán ser considerados por la educación para la salud. Algunos autores (Villaseñor, 1995) señalan que la participación activa de las personas puede incluso lograr una emancipación social.

Promoción de la salud

Si bien desde los años veinte se hablaba de promoción de la salud, fue la OMS la que acuñó el concepto. , Considera que la promoción de la salud abarca las políticas y entornos saludables, la participación comunitaria, el desarrollo de capacidades de los individuos y la reorientación de los servicios de salud para crear entornos saludables. Actualmente se juzga que la promoción de la salud incluye la atención sanitaria y la educación; sin embargo, pretende ampliar su campo considerando como aspectos importantes la modificación de los determinantes de la salud: los individuales y los del entorno.

Los determinantes individuales incluyen las características genéticas y antecedentes biopsicosociales. Los determinantes del entorno están constituidos por aspectos sociales, políticos y económicos, que influyen directa o indirectamente en la salud. Por ello, la práctica de la promoción de la salud, que reconoce los determinantes de la salud, contempla la planificación, realización y evaluación de las intervenciones en materia de salud para cambiar los ambientes y conductas de los individuos.

El concepto de promoción de la salud se encuentra aceptado a nivel mundial. Una parte sustantiva de este concepto es proporcionar a los pueblos las medidas necesarias para mejorar su salud.

INTERACCIÓN ENTRE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Las dos tienen como objetivo elevar los niveles de salud de las poblaciones. La promoción busca la creación de una cultura de salud y el desarrollo de la población. La educación para la salud cumple un papel primordial en este proceso de promoción, ya que tiene como tarea sustantiva la formación de los individuos, comunidades y poblaciones para su desarrollo y logro de la salud. En 1991, la OMS reconoció a esta educación como un derecho humano básico.

La promoción y educación para la salud bucal coadyuvan a lograr una boca sana en el individuo y la colectividad. Debido a que las enfermedades bucodentales son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia, es necesario diseñar y aplicar programas de promoción y educación para la salud. Es importante diseñar estrategias educativas para la promoción y educación para la salud, con el fin de difundir los conocimientos relativos a la salud bucal y lograr conductas saludables.

PROMOTORES DE LA SALUD EN COMUNIDADES

El promotor de la salud es un educador de la salud, una persona voluntaria a la que se ha capacitado y que comparte la cultura de su comunidad: aspectos religiosos, lingüísticos, demográficos y costumbres.

La OMS y la OPS señalan la importancia que tienen los promotores de salud comunitarios, ya que fortalecen las redes de cuidados comunitarios, educan a los miembros de la comunidad para acceder a la salud y motivan a las comunidades para actuar y responsabilizarse de su salud.

Los promotores de la salud pueden ser profesionales de la salud o personas que no han tenido estudios profesionales en salud, pero que han recibido capacitación.

Para mejorar las condiciones sanitarias y de salud de una comunidad es preciso que los propios interesados, ya sean individuos, familias o comunidades, participen activamente en el proceso, tomen iniciativas por su propia cuenta, adopten un comportamiento saludable y se esfuercen por mejorar la higiene ambiental. Es importante fomentar la autorresponsabilidad.

Con el fin de que la salud comunitaria se pueda desarrollar con éxito se necesita la participación activa permanente de la comunidad dedicada a una acción sanitaria. Se requiere de una formación integral en salud que revise y analice cada una de las tareas a las que se va a dedicar un promotor en salud.

Características y funciones

Los promotores de la salud en comunidades son seleccionados por la comunidad a la que pertenecen, con el objetivo de hacer más efectiva la promoción, pues tendrán mayor compromiso con su comunidad y, por ende, se interesarán por los aspectos que condicionan su nivel de vida. La disposición de tiempo es muy importante, ya que el promotor deberá dedicarlo a las tareas de salud en la comunidad.

Una de las funciones principales de los promotores de salud consiste en actuar como núcleo organizador, estableciendo

grupos de apoyo y realizando acciones para lograr la salud en una comunidad determinada. El promotor es un agente comprometido con su grupo social y, por lo tanto, coadyuva a promover y realizar actividades orientadas a la optimización de la salud, como introducir agua potable, drenaje, luz y cultivo de hortalizas, e involucrarse en el aspecto nutricional de su localidad.

En el caso de los promotores de salud oral, ellos difunden los beneficios de tener una higiene oral, como el cepillado de dientes. También participan en campañas para promover la salud oral, y se encargan de dar pláticas a diferentes sectores de la comunidad, siempre en contacto con autoridades sanitarias. Realizan procesos educativos para lograr cambios de actitud y conducta en la población en cuanto a la salud y prevenir enfermedades.

Los promotores reciben, previamente, capacitación, por lo que difunden en su comunidad algunos conocimientos odontológicos que implican un primer nivel de atención en salud. En relación con las funciones del promotor de salud, éste se encarga de reforzar hábitos positivos y prevenir factores de riesgo, además de actualizar de manera permanente el censo de su comunidad.

Otra de sus funciones consiste en canalizar a los centros de salud a las personas que requieran atención oral, así como gestionar ante las autoridades competentes aquello que facilite el desarrollo de la promoción de la salud. Es altamente significativo que se realicen reuniones permanentes con los demás promotores para intercambiar experiencias y servir de enlace entre las comunidades y las autoridades sanitarias.

Capacitación y selección de promotores de salud

Como se ha señalado, los promotores de salud pueden o no ser profesionales de la salud y, si el objetivo es, sobre todo, mejorar la salud en una comunidad, se deben seleccionar entre los miembros de la misma comunidad.

El promotor debe conocer las necesidades que tiene la comunidad, principalmente en lo relativo a la salud. Werner y Bower (1989) afirman que “sólo cuando un promotor es de la comunidad puede mostrar con su ejemplo lo que nosotros, los de esta aldea, podemos hacer por nosotros mismos”.

El promotor de la salud debe tener el siguiente perfil: ser una persona conocida y respetada en la comunidad, responsable, honrada, que se identifique con los problemas, intereses y necesidades de la comunidad. Asimismo, que comprenda y respete las creencias, hábitos, costumbres y tradiciones de los miembros de la comunidad. Se debe seleccionar preferentemente a los líderes de opinión que hayan participado en tareas comunitarias y además se preocupen por las madres, hijos y ancianos de su comunidad.

Una vez que la comunidad haya escogido a sus promotores, los responsables del programa seleccionan a los que tengan mayores habilidades, destrezas y actitudes para trabajar en la comunidad. La edad de los promotores puede variar en función de las características específicas de la comunidad, aunque, en términos generales, las instituciones de salud señalan que lo recomendable es que tengan entre 20 y 40 años de edad.

Respecto al nivel educativo, hay diversas opiniones. Algunos afirman que deben, por lo menos, saber leer y escribir; sin embargo, la experiencia ha demostrado que aun personas analfabetas han sido excelentes promotores de salud, con gran responsabilidad y organización.

ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LAS COMUNIDADES

La promoción de la salud ha cobrado gran importancia a nivel internacional, incluso en los países desarrollados; un aspecto clave para la promoción lo constituye la educación para la salud. Antes se circunscribía a la salud en términos del número de hospitales, avances tecnológicos aplicados a la medicina y número de médicos y enfermeras. Hoy en día ha adquirido gran significación el estilo de vida, el ambiente, la biología humana y el entorno social, por lo que es urgente considerar estos aspectos para evitar la enfermedad.

Así, los odontólogos deben comprender que es necesaria una orientación más preventiva y una visión más amplia para comprender la salud, así como reconocer los factores sociales, ambientales, políticos y económicos con los que se encuentra intrínsecamente relacionada.

Un aspecto fundamental de la promoción y actividades preventivas consiste en involucrar a la comunidad para detectar y atender las necesidades en materia de salud odontológica. Así, la planeación para la prevención debe considerar las necesidades que los mismos miembros de la comunidad han planteado. Posteriormente, esta comunidad deberá participar activamente en los programas de promoción y prevención, adquiriendo de esta manera un compromiso y conciencia de su propia salud y la de su colectividad.

Los promotores de la salud odontológica atienden principalmente dos niveles:

- Prevención primaria. Considera algunas causas de los problemas odontológicos para disminuir los factores de riesgo y difundir los factores de protección.
- Prevención secundaria. Detecta temporalmente algunos problemas de salud oral.

Los promotores forman parte de un proceso que comprende las siguientes actividades:

- Establecer estrategias dirigidas a lograr habilidades y competencias en los miembros de la comunidad.
- Establecer estrategias para modificar las condiciones sociales y ambientales de la comunidad.

Los promotores tienen como objetivo promover el desarrollo de la comunidad mediante acciones concretas de la misma para optimizar la salud colectiva.

Estrategias de enseñanza-aprendizaje en las comunidades

A continuación se presentan cuatro estrategias que se basan en las desarrolladas por varios investigadores (Martínez *et al.*, 2008), en las que se destaca su importancia en la prevención de la salud.

Estrategia de influencia

Utiliza esencialmente la argumentación para persuadir, con el fin de cambiar actitudes y conductas. El promotor orienta su discurso para predisponer a los individuos a la acción. Consiste en sensibilizar a la población para que asuma el cambio de valores. Como se ha mencionado, el mejor promotor es aquel que ejerce un liderazgo en el grupo o comunidad.

Para optimizar esta estrategia es necesario considerar el esquema básico de la comunicación: fuente, mensaje, destinatario y medio. Las características de la fuente o emisor son esenciales para determinar la influencia que pueda tener el mensaje, pues es indispensable que la comunidad confíe en el emisor para que el mensaje repercuta positivamente en ella: a mayor confianza, mayor influencia.

El mensaje debe ser claro, preciso y conciso; es preferible que se repita por varias fuentes o emisores para reforzar los contenidos. El mensaje se elabora de acuerdo con las características de la comunidad; por ejemplo, si la población es mayoritariamente analfabeta, los promotores y personal de salud diseñarán mensajes audiovisuales. El contenido de los mensajes siempre respetará la cultura de las comunidades, por lo que se utilizará una argumentación que corresponda con la visión de mundo que tengan estas comunidades.

Asimismo, los contenidos en materia de salud oral deben ser veraces, completos y con una base científica, que por supuesto no se contraponen con el empleo de un lenguaje claro y sencillo. Los promotores de la salud procurarán la comprensión del problema de salud por parte de la comunidad y tratarán de evitar el miedo y la desconfianza.

En relación con los destinatarios, se debe considerar la edad, sexo, escolaridad, creencias, mitos, costumbres y, en términos generales, los rasgos culturales de la población. El promotor de la salud debe permitir la discrepancia, ya que esto hace posible la participación efectiva y el involucramiento de la población, proporcionando una gran oportunidad para que los promotores amplíen la información y expliquen suficientemente las bondades de la prevención de enfermedades. Diversos autores señalan que el mayor cambio de actitudes y conductas se produce con una discrepancia moderada.

Uno de los objetivos de esta estrategia de influencia consiste en lograr la implicación de los individuos, con el fin de que ellos colectivamente reflexionen acerca de los mensajes, planteen sus dudas, desacuerdos y, así, mediante este proceso se produzcan los cambios deseados para lograr una vida sana.

El medio a través del cual se transmite el mensaje se seleccionará de acuerdo con el perfil de la población, aunque la mayoría de los autores considera que la comunicación interpersonal es la que tiene mayor efectividad en los procesos persuasivos educativos de las comunidades.

Los procesos de enseñanza-aprendizaje adquieren mayor efectividad cuando no tienen formas autoritarias y permiten libremente la crítica, la discusión y el debate. Es necesario que el medio de transmisión se seleccione de acuerdo con los objetivos planteados, para que el mensaje se presente de manera creativa y atractiva para la comunidad.

Estrategias de desarrollo de competencias

Esta estrategia se relaciona con el enfoque constructivista del aprendizaje y, como la estrategia de influencia, pretende cambiar el comportamiento para mejorar la salud. Los promotores serán seleccionados en función de su perfil, porque ellos orientarán el desarrollo de la comunidad para lograr competencias en materia de salud. Por ello, el proceso de enseñanza-aprendizaje se dirigirá hacia el logro de habilidades y destrezas en materia de salud.

Esta estrategia se relaciona directamente con la práctica, estimulando la autonomía de los individuos e incentivando su capacidad para la toma de decisiones. Algunos autores (Arenas *et al.*, 2004) afirman que es pertinente aumentar la autoestima y la sensación de control. El promotor de la salud y el personal especializado en salud establecerán programas concretos para facilitar el logro de estas competencias en los individuos que presenten mayores dificultades. Es importante que, durante este proceso educativo, la población tenga experiencias positivas de salud.

El proceso de enseñanza-aprendizaje recuperará los conocimientos previos o conocimientos de mundo con los que cuenta la comunidad, lo que permitirá de manera más exitosa el logro de las competencias en los miembros de las comunidades. Por ejemplo, si el promotor de salud oral vincula la nueva información sobre el cepillado dental a las

costumbres de limpieza oral de la comunidad, facilitará la comprensión de la nueva información y el aprendizaje significativo.

Estrategia de modificación del medio

En este proceso estratégico se pretende mejorar los espacios ambientales en donde se desenvuelven los individuos, incluyendo los factores de estrés. Como en las estrategias anteriores, los promotores de la salud trabajan en colaboración directa con los profesionales de la salud. Uno de los objetivos de esta estrategia consiste en coadyuvar a la obtención de comportamientos saludables y desechar conductas no saludables. La mayoría de los autores (Rochon, 1992) mencionan que los promotores de la salud deben involucrarse en la modificación del medio ambiente, promoviendo la introducción de drenaje, agua potable y luz, entre otros aspectos, en colaboración directa con la comunidad.¹

Es conveniente facilitar conductas saludables para incidir en la modificación del medio, por lo que es necesario dirigir la campaña contra los comportamientos perjudiciales para la salud; por ejemplo, en materia de salud odontológica, en las escuelas se puede prohibir la venta de alimentos que no contengan un valor nutritivo y disminuir los que tengan un elevado contenido de carbohidratos.

Estrategias de control

Esta estrategia consiste en vigilar las normas de salud determinadas por la comunidad.

Algunos autores consideran que esta estrategia no reporta muchos beneficios debido a que impide el desarrollo de las personas en términos de cambios de actitudes y conductas favorables para la salud. Por ello, la comunidad y las autoridades sanitarias de la localidad pueden controlar y regular los procesos de promoción de la salud.

ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los estudiosos de la historia de la atención de la salud coinciden en señalar que en el siglo XVII se registraron avances significativos en la medicina, pero no en la salud pública. En el siglo XVIII hubo avances en materia de salud debido a que se consideró la salud física y mental como un aspecto trascendental para la sociedad, por lo que se promovieron acciones para lograr la salud de los pueblos.

En el siglo XIX hubo grandes adelantos en medicina preventiva; se desarrolla el vínculo entre filosofía y salud. En este siglo surge la medicina social y se reconoce la relación intrínseca entre el estado de salud de un individuo o población y sus condiciones de vida. Asimismo, médicos e intelectuales subrayaron la necesidad de una salud pública. Henry Sigerist habló por primera vez de promoción de la salud, y estableció cuatro aspectos de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración del enfermo y rehabilitación.

Hoy en día se establece la teorización del concepto promoción de la salud de manera integral, ya que busca mayor compromiso con las necesidades y aspiraciones de las personas; por ello, el objetivo principal de la promoción de la salud se relaciona con lograr la equidad social. Un antecedente importante es la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa.

Los integrantes de esta conferencia se reunieron en Ottawa en noviembre de 1986 y presentaron una carta cuyo objetivo consistió en responder a la demanda de salud. Propusieron una nueva concepción de la salud pública a nivel internacional con base en la Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria, el texto señala: "Los objetivos de la salud para todos" que emitió la Organización Mundial de la Salud y el debate acerca de la acción intersectorial para la salud que se llevó a cabo en la Asamblea Mundial de la Salud.

Algunos apartados de la Carta de Ottawa son:

Promoción de la Salud. Consiste en proporcionar a los pueblos medios suficientes para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. En esta carta se concibe a la salud como bienestar social, por lo que la promoción se orienta hacia una vida sana.

Prerrequisitos para la salud. Paz, educación, vivienda, alimentación, justicia social y equidad, principalmente.

Promocionar el concepto. Plantea el vínculo entre la salud y los factores económicos, políticos, sociales, culturales, conductuales, ambientales y biológicos; el objetivo consiste en lograr que las condiciones sean favorables para promocionar la salud.

Proporcionar los medios. Se refiere a alcanzar la equidad sanitaria y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar su salud.

Actuar como medidor. Consiste en concebir la promoción de la salud como una acción coordinada en la que se involucran instituciones sanitarias, gobiernos, autoridades locales, sectores económicos y sociales, así como instituciones benéficas, la industria y los medios de comunicación.

Asimismo, la Carta hace referencia a lo que la participación activa en la promoción de la salud implica, y desglosa los siguientes aspectos:

- 1) **Elaboración de una política pública sana.** Los programas políticos de todos los sectores y niveles deben considerar las consecuencias de las decisiones que se tomen en materia de salud.
- 2) **Creación de ambientes favorables.** Consiste en vincular al individuo al medio en el que se desarrolla, poniendo de relieve la conservación de los recursos naturales a nivel internacional. Es primordial llevar a cabo una evaluación constante del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud. Por ello, la promoción de la salud debe establecer estrategias para conservar los recursos naturales.
- 3) **Reforzamiento de la acción comunitaria.** Consiste en involucrar a la comunidad para lograr un mejor nivel de salud. A mayor compromiso de la comunidad, mejores resultados de salud.
- 4) **Desarrollo de aptitudes personales.** El desarrollo personal y social es uno de los objetivos primordiales de la promoción de la salud, porque promueve aptitudes indispensables para la vida, con el fin de que la población ejerza mayor control sobre su propia salud.
- 5) **Reorientación de los servicios sanitarios.** La responsabilidad de la promoción de la salud de los servicios sanitarios debe ser compartida entre los gobiernos, la comunidad e instituciones sanitarias, todos deben trabajar conjuntamente para lograr la salud y la prevención de las enfermedades. El sector sanitario debe tener una nueva concepción de la salud y considerar la sensibilidad y respeto a las necesidades culturales de los individuos, incluyendo la investigación sanitaria y los cambios en la educación.
- 6) **Irrumpir en el futuro.** La salud se crea y se vive en la vida cotidiana, en la familia, escuela y trabajo, principalmente. La salud se vincula a la capacidad de las personas para tomar decisiones y controlar sus vidas para lograr una buena salud.

Conferencias y declaraciones internacionales de promoción de la salud

Después de la Carta de Ottawa se llevaron a cabo otras conferencias y declaraciones internacionales (véanse Buck, 1996; González, 2012):

- a) Conferencia de Adelaide, realizada en Australia en 1988, con el tema *Políticas públicas saludables*. Definen la política pública saludable como aquello que se orienta a crear un ambiente favorable para que los individuos tengan una vida saludable.
- b) Grupo de trabajo de la OMS, constituido en 1989, que desarrolló el tema. Promoción de la salud en países en desarrollo, el cual dio lugar al documento. Un llamado para la acción, con el objetivo de propiciar procesos de desarrollo en los países más pobres que fueron afectados por la crisis de los ochentas.
- c) Conferencia de Sundsvall, celebrada en Suecia en 1991, con el tema. Ambientes favorables para la salud. Entre sus conclusiones principales se destacan la interdependencia entre la salud y los diferentes ambientes físicos, culturales, económicos y políticos.
- d) Conferencia y Declaración de Santa Fe, celebrada en Bogotá, Colombia, en 1992, con el tema. Promoción de la salud y equidad. En esta conferencia participaron todos los países de Latinoamérica, que destacaron lo significativo de la solidaridad y equidad como aspectos fundamentales para la salud y el desarrollo de cada región.
- e) Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, celebrada en 1993, con el tema. Promoción de la salud del Caribe. Esta conferencia destacó los principios de la promoción de la salud en cada una de las subregiones.
- f) Conferencia y Declaración de Yakarta, Indonesia, celebrada en 1999. Aquí se señaló la necesidad de atender la pobreza y algunos determinantes de la salud en países en desarrollo; también se consideró la necesidad de incluir a los sectores privados en este proceso a favor de la salud.
- g) Conferencia mundial de promoción de la salud, celebrada en México en 2000, con el tema. Se consideró la importancia de posicionar a la promoción de la salud como prioridad en las políticas nacionales e internacionales. Asimismo, se señaló la necesidad de asegurar la participación de todos los sectores y la sociedad civil. También se incluyó la urgencia de preparar planes nacionales de acción para la promoción de la salud.
De igual manera se destacó la prioridad que tiene el establecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud, y que las agencias de las Naciones Unidas consideren el impacto en salud en sus agendas de desarrollo.
- h) Conferencia celebrada en Bangkok, Tailandia, en 2005, con el tema. Promoción de la salud en un mundo globalizado. Señala que los gobiernos deben impulsar la salud considerando los derechos humanos y la solidaridad. Asimismo, deben invertir para abordar los factores determinantes de la salud, desarrollar políticas, liderazgos y prácticas de promoción de la salud, y transmitir conocimientos en materia de salud e investigación sanitaria.

Esta conferencia señaló que se tienen que establecer normas y leyes que garanticen igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de los individuos, así como alianzas con organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales, nacionales e internacionales, que involucren también a la sociedad civil.

Los tres compromisos de Bangkok fueron:

- 1) Desarrollo mundial
- 2) Responsabilidad del gobierno
- 3) Involucramiento de las comunidades y la sociedad civil.

i) En 2005, la OMS formó una comisión internacional para estudiar y elaborar recomendaciones acerca de los determinantes sociales de la salud; con este hecho se refuerza el reconocimiento que tienen los aspectos sociales para la salud. Algunos de los resultados de esta comisión fueron los siguientes:

Se elaboraron importantes reportes de la relación entre los determinantes sociales de la salud y las inequidades sociales. En sus informes, señalan que los determinantes sociales de la salud son los elementos que actúan sobre la salud y que se encuentran determinados por la manera en que se distribuye el dinero y el poder en el mundo. Esta comisión expuso en su trabajo que los determinantes sociales de la salud son principalmente las circunstancias en las que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Por ello, es interesante inscribir estas determinantes en una estructura sociopolítica que considere los aspectos económicos. Algunos autores señalan que los diferentes niveles socioeconómicos determinan las inequidades en salud. Debido a esta situación se ha planteado la necesidad de desarrollar estrategias que modifiquen las formas de vida que tienen los individuos.

j) Conferencia celebrada en Nairobi, Kenia, en 2009, con el tema **Promoviendo la salud y el desarrollo**. Destacan la necesidad de desarrollar capacidades y establecer alianzas para promover y lograr la salud, así como el empoderamiento de las comunidades. Otro aspecto esencial que se señaló fue la urgencia de llevar a cabo la alfabetización en salud y comportamientos saludables. Este foro estableció cinco responsabilidades urgentes:

- 1) Fortalecer el liderazgo y el trabajo en equipo
- 2) Posicionar a la promoción de la salud
- 3) Empoderar a las comunidades y a los individuos
- 4) Desarrollar procesos participativos
- 5) Construir y aplicar el conocimiento.

k) 8° Conferencia Mundial de Promoción para la Salud. Se llevó a cabo en Helsinki, Finlandia, en junio de 2013. Los antecedentes de esta conferencia se encuentran en la Declaración de Alma Ata, que se enfocó, entre otros aspectos, en la Atención Primaria en Salud; así como en la Carta de Ottawa, en la que se destaca la promoción de la salud.

En esta conferencia se reconoció que la salud y la equidad no han aumentado en los diversos gobiernos debido a intereses políticos. Se señaló que se debe hacer un llamado a los gobiernos para que los aspectos de salud se manejen de modo transparente y sean considerados dentro de las políticas públicas, además de abrir oportunidades de cobeneficios en todos los sectores y la sociedad en general.

Los puntos que se consideraron más importantes son:

- Otorgar prioridad a la salud y equidad como una responsabilidad fundamental de los gobiernos hacia sus pueblos.
- Afirmar la necesidad imperiosa y urgente de la coherencia de políticas efectivas para la salud y el bienestar.
- Reconocer que lo anterior requiere de voluntad política, valentía y visión estratégica. Se hace un llamado a la OMS para:
- Apoyar a los Estados miembros a que implementen prácticas públicas de salud.
- Motivar a las Naciones Unidas, así como a otras organizaciones internacionales y bancos de desarrollo, para facilitar la adopción de la salud como un aspecto ineludible en las políticas públicas.

COMUNIDAD

Etimológicamente, el término comunidad proviene del latín *comunitas* y expresa la calidad de común, de lo que, no siendo privativo de uno solo, pertenece o se extiende a varios. De acuerdo con lo que se considere “común” o “compartido”, podrán identificarse diversos tipos de comunidades.

Una comunidad se puede considerar como un grupo específico de personas que comparte un área geográfica determinada e intereses básicos, surgidos de una historia en común que le ha permitido estructurar un sistema específico de relaciones sociales. La vida de cada uno de los integrantes de la comunidad se encuentra articulada a la de los otros, consolidando con ello un sentido de pertenencia y solidaridad. También se puede entender por comunidad un grupo de seres que comparten algo. Este conjunto puede tener en común una actividad, un lenguaje, una normativa, una región, una ciudad o un país, pero para que se aplique el término “comunidad”, en todos los casos, sin excepción, debe existir un nexo entre sus integrantes.

En un sentido más amplio, Kisnerman (1990) reconoce que la comunidad es “un complejo de relaciones sociales que se desarrollan en un espacio concreto, se integra y unifica en función de intereses y necesidades que son comunes y en ese sentido compartidas por sus miembros, lo que permite concluir que la comunidad es algo más que un área geográfica delimitada” (p. 33).

Kisnerman (1990) centra la atención en las relaciones sociales, ya que mediante ellas se genera un proceso de socialización de información y aprehensión de conocimientos que asegura la creación de una identidad colectiva, la cual regula el comportamiento social de los miembros de la comunidad.

De acuerdo con las aportaciones anteriores, se puede elaborar una definición operativa del término comunidad que sea de mayor utilidad para la educación para la salud.

Una comunidad es un grupo social o conjunto de personas que habitan en un espacio geográfico delimitado, donde operan en redes estables de comunicación y comparten equipamientos y servicios comunes; asimismo, desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), socialización, control social, participación social y apoyo mutuo.

Por ello, la importancia de la comunidad se plantea como una cuestión estratégica en el desarrollo social. La gestión comunitaria y la cooperación social, entre las diversas escalas y niveles, constituyen una necesidad medular. Asimismo, debido a la participación de los individuos en la organización de su vida social y política, se tiene que tomar en cuenta la interacción de las personas, su relación con las instituciones que ofrecen servicios básicos, la manera de participación en la administración comunitaria, entre otros.

Organización de la comunidad

El proceso de organización de la comunidad surge como una estrategia educativa dirigida fundamentalmente a capacitarla para la mejor utilización de sus recursos y la adquisición de otros potencialmente utilizables en la mejora de sus condiciones de organización y de vida.

La forma más simple de organización de la comunidad es cuando un grupo de personas reconoce la existencia de una necesidad en su ambiente de vida y se unen organizadamente para solucionarla.

Para que la comunidad pueda organizarse, es importante identificar sus necesidades, objetivos, prioridades y problemáticas, y clasificarlas y ordenarlas. Para ello, es relevante el conocimiento de la comunidad en todos sus aspectos: situación geográfica, antecedentes históricos, recursos, estructura social, salud e higiene, organización social, económica, política y religiosa, y autoridades y líderes (Ross, 1955).

Diagnóstico de la comunidad o análisis comunitario

Un diagnóstico es un estudio previo a toda planificación o proyecto mediante el cual las personas que forman parte de la comunidad, miembros de las instituciones públicas y privadas, y organismos no gubernamentales (ONG) recopilan y comparten información para conocer la situación social de la población, lo que permite conocer mejor la realidad, los problemas y sus consecuencias. El diagnóstico es importante para conocer las debilidades y fortalezas, entender las relaciones entre los distintos actores sociales que se desenvuelven en un determinado medio y prever posibles reacciones dentro del sistema frente a acciones de intervención o cambios suscitados en algún aspecto de la estructura de la población bajo estudio.

Esto permite definir problemas y potencialidades, profundizar en los mismos y establecer órdenes de importancia o prioridades, así como diseñar estrategias, identificar alternativas y decidir acerca de las acciones que se tienen que realizar.

El objetivo de llevar a cabo un diagnóstico es articular el trabajo de todas las instituciones de la localidad, al coordinar e interactuar visiones y acciones de ellas con el resto de la comunidad. Se intenta lograr un verdadero compromiso de todas las personas comprometidas en el problema social (Conafor).

¿Cómo llevar a cabo un diagnóstico de la comunidad?

El diagnóstico, seguimiento y evaluación participativos es una idea que ha tomado forma en la actualidad; ofrece propuestas nuevas y prometedoras para un desarrollo comunitario sostenible y apropiado.

El enfoque del diagnóstico se centra en la relación entre los beneficiarios y la comunidad. Se apoya en una comunidad recíproca, en mensajes claros y en un compromiso con lo apropiado para la comunidad.

El diagnóstico es una combinación de tres elementos interrelacionados: concepto, métodos e instrumentos. Aunque no siempre resulte posible adoptar integralmente el enfoque diagnóstico en cada proyecto, se pueden probar algunas actividades propuestas para ver si el diagnóstico funciona. Hay que probar, adaptarlo y jugar con ideas y estrategias que se presenten.

Con ello se proporciona una base sobre la cual puede edificarse un desarrollo sostenible, particularmente si esta idea se adopta con el sentido de aventura y creatividad que se requiere para una nueva manera de pensar.

Así, con la realización de un diagnóstico, se conocerá la situación real de la comunidad (Reyna, Martínez & Ramírez, 2009).

Principios básicos en la organización y desarrollo de la comunidad

Para que haya una buena organización y desarrollo de la comunidad es necesario tener presente ciertos puntos:

- Establecer relaciones de amistad y confianza con las personas que habitan en la comunidad.
- Asegurar que participe el mayor número de integrantes de la comunidad.
- Considerar los patrones culturales de la comunidad para constituir el punto de partida de los cambios deseados.
- Sensibilizar a la comunidad con respecto a sus verdaderas necesidades mediante una acción educativa sostenible.
- Promover una actitud mental positiva en la población respecto a su responsabilidad en los asuntos comunales.
- Identificar los intereses comunes de la comunidad para no imponer acuerdos opuestos a la mayoría de sus integrantes.
- Capacitar a los individuos que integran la comunidad, con la finalidad de hacerlos más conscientes de sus problemas y de la necesidad de encontrar soluciones mediante sus propios esfuerzos.

Elementos compartidos que tiene una comunidad

Desde el punto de vista estructural, Marchioni (2001) afirma que la comunidad se compone de cuatro elementos principales que están interrelacionados entre sí; esta interacción define la acción comunitaria. Estos elementos son:

- Territorio geográfico
- Población
- Demanda
- Recursos

a) Territorio geográfico

Se conoce como territorio al espacio geográfico que nace con identidad propia y que se distingue de otros espacios por atributos de índole cultural, socioeconómico, físico/natural y político/administrativo. Es el lugar donde se produce la relación de las personas de la comunidad y se determinan las condiciones de vida. Cada comunidad enmarcada dentro de un territorio tendrá una demanda diferente.

Dentro del territorio se comparte un espacio de asentamiento y hábitat común, lo que puede configurar una de las diferenciaciones respecto a otras agregaciones similares.

Es preciso que el espacio geográfico sea fácilmente delimitable, sobre todo por parte de las personas que integran la comunidad, ya sea por la coincidencia con límites político-administrativos, históricos o culturales, demarcaciones municipales, o simplemente coincida con los límites de los territorios y hábitat que son reconocidos como propios por las personas de la comunidad.

b) Población

Se considera población al conjunto de personas que habitan en un territorio definido, en el cual se relacionan entre sí con cierto grado de interdependencia y realizan actividades en común atendiendo a intereses, necesidades y objetivos colectivos.

El conocimiento de la población es importante para planificar las estrategias y políticas de desarrollo de la comunidad. Su capacidad para involucrarse y participar en las decisiones que se hayan de tomar dependerá de su identificación con el territorio y de su sentimiento de arraigo o pertenencia al mismo.

c) Demanda

Se habla de la demanda actual y futura. También se habla de la demanda explícita e implícita y de demanda objetiva y subjetiva.

d) Recursos

Toda comunidad, grande o pequeña, tradicionalista o moderna, urbana o rural, posee en su estructura interna un conjunto de recursos que son esenciales para su buen funcionamiento.

Ander (1996) los define como el conjunto de elementos humanos, materiales e institucionales de que dispone y a los que puede recurrir una comunidad para atender sus necesidades y resolver sus problemas.

Asimismo, Ander (1996) introduce un elemento más que denomina sentimiento de pertenencia de la población a su comunidad, que constituye uno de los soportes principales del concepto de comunidad, ya que no existe pertenencia sin la presencia de un grupo humano ubicado en un territorio determinado.

Este sentimiento de pertenencia es parte inseparable de la identidad cultural, entendida como un “conjunto de significaciones y representaciones relativamente permanentes a través del tiempo, que permiten a los miembros de un grupo social que comparten una historia y un territorio común, así como otros elementos socioculturales, tales como un lenguaje, una religión, costumbres e instituciones sociales, reconocerse como relacionados los unos con los otros biográficamente...” (Terry, 2012).

En este proceso de interrelación dinámica y de aprendizaje social interactúan factores psicológicos, lingüísticos,

históricos, económicos y políticos que se relacionan entre sí por medio de un sistema de contradicciones dialécticas que se establecen entre los siguientes pares conceptuales.

La consolidación de la identidad cultural tributa a la profundización del sentimiento de arraigo y pertenencia de los habitantes a su comunidad y al fortalecimiento de la cohesión social, por lo que se convierte en un elemento clave para la configuración de un proyecto territorial que, apoyándose en la herencia cultural del pasado, proyecta de manera consciente el futuro.

En toda comunidad existe una conciencia individual y colectiva de pertenencia que permite sentirse identificados con algún símbolo local que, como mínimo, ha de ser el nombre o denominación de esa comunidad. El hecho de poder ser integrante de un pueblo o barrio expresa la existencia de este sentimiento.

Clasificación de comunidad

George (1982) señala que la dificultad de clasificar a la población urbana y rural estriba en lo impreciso de los criterios empleados para distinguir una de otra. Con la discriminación numérica es difícil lograr comparaciones a nivel mundial; las divisiones administrativas son diferentes entre un Estado y otro; y el número de habitantes por kilómetro cuadrado es un criterio muy vacío.

El número de habitantes no basta para caracterizar una ciudad o una aldea, por lo que se ha intentado definir y diferenciar lo urbano de lo rural con el uso de criterios cuantitativos, cualitativos y porcentuales.

Comunidad rural

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1994) señala que lo *rural* se identifica con una población distribuida en pequeños asentamientos dispersos, con una baja relación entre el número de habitantes y la superficie que ocupa, así como con el predominio de actividades primarias, niveles bajos de bienestar y de condiciones de vida (principalmente en países menos desarrollados).

Entre las características de la comunidad *rural* resalta, fundamentalmente, un alto grado de dispersión geográfica, difícil acceso a los servicios de salud e insuficiente cobertura de los programas de salud existentes e inadecuados.

Comunidad urbana

Lo *urbano* se relaciona con el concepto de ciudad, es decir, un espacio geográfico creado y transformado por el hombre con una alta concentración de población socialmente heterogénea, con radicación permanente y construcciones contiguas y continuas, donde se generan funciones de producción, transformación, distribución, consumo y gobierno, así como residencia, con servicios, infraestructura y equipamiento destinado a satisfacer las necesidades sociales y a elevar las condiciones de vida de la población.

La comunidad urbana tiene múltiples contactos sociales: actividades de algunas asociaciones especializadas, entre las que se hallan los órganos de derecho impersonal que se aplican a mantener el orden, por ejemplo, la policía, los tribunales, los maestros y otros elementos de regulación social.

Comunidad periurbana

Es aquella que se sitúa entre 5 a 10 km de la ciudad y tiene de 1 500 a 2 500 habitantes; está provista de agua y luz, tiene vía de comunicación (carretera) y alguna escuela y otras instituciones culturales (club, iglesia)

POBLACIÓN

El concepto de población proviene del término latino *populatio*. En su uso más habitual, la palabra hace referencia al grupo de personas que viven en un determinado lugar o incluso en el planeta en general.

Se podría decir que la población es el total de habitantes que se encuentran en un área específica en determinado momento.

Población objetivo

Población a la cual se dirigen acciones de promoción de la salud (desarrollo de habilidades personales y redes sociales), que le permiten tener mayor control sobre su salud y mejorarla; es decir, es en quien se desea generar cambios para mejorar los determinantes de la salud que pueden influir en su vida diaria.

Participación social y/o participación comunitaria

Los conceptos de participación social y/o participación comunitaria han sido empleados como sinónimos, y con ello se ha querido estudiar el compromiso que tienen las personas que habitan en una comunidad con la solución de ciertos problemas que les afectan de manera directa o indirecta.

La palabra *participación* se refiere al derecho y obligación que toda persona tiene de contribuir al buen funcionamiento de la sociedad en la que vive y, por consiguiente, con el ámbito general del funcionamiento del Estado.

En el área de salud, la *participación* se puede definir como “un proceso mediante el cual todos los actores y fuerzas sociales, incluidos los de la comunidad, intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica la búsqueda y ejecución de las soluciones” (Restrepo *et al.*, 1995, p. 52).

Se puede decir que la participación social se refiere a los procesos sociales mediante los cuales los grupos comunidad, organizaciones, sectores e instituciones se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica soluciones.

En la actualidad, la mayoría de países cuenta con normas para la participación social. Sin embargo, debido a la larga tradición de formas de gobierno no participativos, el reto para los próximos años es empoderar a los ciudadanos/as en los derechos que les asisten sobre la participación social y fortalecer sus capacidades para ejercer los mecanismos que las leyes prevén. Además, es necesario involucrar a las autoridades, quienes deben asumir el nuevo enfoque de la gestión pública, que incluye esta participación en la toma de decisiones.

Estos dos conceptos de participación remiten a una actuación autónoma con respecto a las instituciones estatales y sus funcionarios (Varillas, García & Falconí, 2007).

La institucionalización de la participación social es básica. Es necesario establecer reglas y áreas de vinculación conforme a las peculiaridades de cada municipio, localidad o materia de la administración; sin embargo, hay aspectos generales que deben tomarse en cuenta para promoverla.

- Reconocer el valor que tiene la participación social en la solución de las demandas más sentidas de la comunidad.
- Consultar a la sociedad respecto de sus principales requerimientos en materia de obras, servicios públicos y en relación con los reglamentos municipales.
- Reunir las demandas del municipio y jerarquizarlas en planes y programas de gobierno de acuerdo con el mayor beneficio social y el presupuesto del mismo.
- Concertar con las organizaciones existentes su participación en la solución de la problemática, respetando los principios que la conforman.
- Cumplir con los compromisos contraídos para no defraudar la confianza de las organizaciones. “La confianza es lo más difícil de obtener, pero lo más fácil de perder.
- Difundir ampliamente los proyectos y las acciones concertadas, y sus avances hasta su culminación, haciendo énfasis en el apoyo recibido de las organizaciones.

Por ello es importante promover y organizar a la población para fortalecer nuestro sistema democrático, como elemento fundamental e indispensable en la administración municipal. Con la participación social se establece una relación más estrecha entre los vecinos y las autoridades municipales para que la solución de las demandas y necesidades sean acordes a la realidad social, logrando así un gran ahorro en recursos financieros, humanos y materiales.

La comunidad se hará responsable de su propio desarrollo y se originará una nueva actitud ante las autoridades. No esperará a que éstas atiendan sus problemas, sino que mediante su participación colectiva procurará resolver aquellos que están dentro de sus posibilidades, tratando en todo caso de asegurar el bienestar general.

En México, la participación social y comunitaria ha encontrado siempre una expresión continua de trabajo solidario y comprometido. En las localidades se mantiene una rica tradición de las labores cuyo beneficio es para la comunidad.

La participación social debe considerarse, dentro de las políticas públicas de gobierno, como la forma más viable para responder a las necesidades, por lo que las autoridades municipales deben tomar en cuenta que compartir el poder con los ciudadanos no es perderlo, sino ganar en gobernabilidad, lo que garantiza el desarrollo integral del municipio. La participación social genera consensos, elabora propuestas y contribuye a la toma de decisiones para alcanzar el bienestar social.

Características de la participación social

Para que la participación social sea útil a la comunidad y a los miembros que la integran es necesario que reúna ciertas características:

Organizada. Para que la participación social tenga éxito en sus acciones, debe reunir dentro de su organismo armonía, orden y respeto, así como demostrar que es eficiente y formal en toda acción comprometida.

Comprometida. Comprometerse es aceptar libremente una obligación. Cuando es de manera colectiva, se tienen que conjuntar acciones individuales y familiares que redunden en beneficio de la comunidad.

Consciente. La participación debe ser consciente. Esto se consigue cuando se explica a las organizaciones la importancia de su participación, y que, sin ellas, las obras, acciones, eventos, campañas y jornadas no podrán llevarse a cabo.

Activa. Siempre deberá tener un programa o acciones concretas que realizar; deberá ser gestora, promotora y constante

para que adquiriera credibilidad y buen prestigio en la localidad.

Eficiente. En la medida en que la participación organizada sea eficiente, el ayuntamiento podrá realizar mayor número de obras durante su gestión, no sólo por las aportaciones de los vecinos, sino porque se han de aprovechar los recursos de la comunidad y/o de la región, así como la técnica y las tradiciones para la cooperación comunitaria y el potencial de la mano de obra de los participantes (Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000).

Participación comunitaria

La participación comunitaria se puede entender como el proceso social en virtud del cual, grupos específicos de población que comparten algún problema, necesidad o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar los problemas que deben ser solucionados tomando decisiones y estableciendo estrategias o mecanismos para atenderlos.

Para que se pueda decir que es un proceso, es preciso que uno o varios de los grupos que integran la comunidad sean capaces de identificar el elemento común que los caracteriza. Tiene que existir una toma de conciencia acerca de una necesidad, problema o interés propio. Para que haya una verdadera participación, es necesario que las personas sean capaces de tomar algún tipo de decisión relativa al problema que les afecta y actuar para intentar atenderlo o satisfacerlo. Además, no es imprescindible la presencia de personas o agentes externos a la comunidad para la resolución de sus problemas, aunque en varias ocasiones su presencia pudiera ser necesaria para la solución de los mismos.

Los requisitos que la participación comunitaria debe considerar para el logro de sus objetivos son, entre otros:

- Cumplir con las responsabilidades y obligaciones ante el ayuntamiento
- Conocer a fondo el problema por resolver y las ventajas que se van a lograr
- Unificar a los habitantes ante los problemas comunes
- Distribuir equitativamente el trabajo y los beneficios
- Promover la participación de la mayoría de los integrantes de la comunidad
- Informar ampliamente a los habitantes
- Mantenerse en constante comunicación con las autoridades

Finalidades de la participación comunitaria en salud

Teniendo presente que la participación es un derecho y un deber que la población debería ejercitar, interviniendo en las decisiones sobre actividades que afectan su vida cotidiana, *no siempre se consigue*. Esta intervención en las decisiones y medidas que afectan su salud fomentan la autoestima y su responsabilidad, y dan *sentido a la idea* de que la salud es un derecho humano y un elemento de la justicia social. Además, si se pudiera conseguir que todos los sectores de la población participaran en el mejoramiento de los servicios de salud, se podría tener una participación de estos sectores en actividades para la comunidad más *amplias*.

- 1) La participación comunitaria reviste un valor intrínseco al desarrollo y se debe favorecer como criterio básico del desarrollo sanitario.
- 2) La participación de la comunidad puede contribuir a la movilización de recursos que puedan utilizarse para hacer más accesible y aceptable la atención de salud, ampliando su cobertura asistencial (Pangu & Van Lerberghe, 1990).
- 3) Para mejorar la salud de la mayoría de la población resulta más eficaz lo que las personas puedan hacer por sí mismas que la tecnología médica. Tener presente que las medidas preventivas, como adoptar hábitos de vida más saludables, son más eficaces que las curativas para mejorar el estado de salud.
- 4) La participación comunitaria rompe los lazos de dependencia en que se desenvuelven las actividades de salud. Es útil para despertar en la gente la conciencia política y el deseo de expresar su opinión sobre el desarrollo que desean para su país o región (Gott & Warren, 1991).

Trabajo comunitario

El trabajo comunitario se entiende como un accionar junto a otros; surge de la experiencia compartida y se ubica en un tiempo y espacio concreto: la comunidad local. Esta visión implica una tensión con la noción de autonomía de los sujetos, entendidos como individuos. Los grupos y organizaciones sociales constituyen un espacio de interrelaciones vitales que configuran las dinámicas sociales y a las propias personas en sus historias de vida colectivas, en una relación de interdependencia, en la que los sujetos establecen mecanismos de colaboración y procesos de desarrollo en el accionar sobre la base de la diferenciación y colaboración recíprocas.

Líder (características y funciones)

La palabra *líder* tiene su origen en la partícula *lid*, que proviene del latín *lis-litis* (nominativo y genitivo latinos, respectivamente). Su significación original en lengua latina es disputa, querrela o proceso. De acuerdo con su etimología, el

líder es quien inicia o se encuentra inmerso en una querrela, disputa o proceso, ya que se halla en una posición de liderazgo.

La palabra *líder* puede tener también sus orígenes en el latín *leit*, que traducido al español significa “avanzar o ir hacia adelante”.

Características de un líder

El líder juega un papel importante en la toma de decisiones, el cual depende del apoyo que el grupo le otorga. Como el liderazgo está en función del grupo, es importante analizar no sólo las características de éste, sino también el contexto en el que se desenvuelve.

Un buen líder debe tomar decisiones y ser capaz de plantear objetivos realistas y viables. Para ello ha de adquirir información, y buena parte de ésta ha de ser fruto de la interacción y la confianza con sus compañeros. Todo esto se ve facilitado por la comunicación: el interés por conocer los sentimientos y pensamientos de las personas que trabajan junto a él o ella y el contacto con ellos. Por el contrario, no ayuda en nada aislarse.

La accesibilidad es un punto básico dentro del liderazgo. Un buen líder transmite la sensación de ser una persona abordable, a la que pueden expresar abiertamente sus ideas.

Es importante sentir que la persona que se tiene enfrente está interesada en escuchar, comprender y conocer todas las sugerencias; que percibe que la labor que se realiza es importante; que está realmente comprometida en el logro de las metas propuestas, y que cuenta con todos.

Otras cualidades de un buen líder son: cordialidad, amabilidad, optimismo y, sobre todo, saber reforzar positivamente. El reconocer un trabajo bien hecho y, en general, una conducta afable y cordial reconforta a las personas y promueve interés y entusiasmo por el trabajo.

Por tanto, un buen líder no es aquel que impone miedo o actúa de manera coercitiva, sino el que se mueve entre sus compañeros manteniendo un contacto apacible, transmitiendo buen humor y dando ejemplo con su conducta de los niveles de esfuerzo exigido a los demás.

Funciones de un líder

Un líder debe decidir qué, cómo y por qué hacer de una manera cierto trabajo. Por otro lado, debe llevarlo a la práctica, es decir, *ejecutarlo*. También tiene que *prever y planificar*, ir por delante, viendo lo que quiere. Como líder, tiene que *asesorar* a cada miembro de su equipo y *controlar la situación con cierta libertad*, asegurándose de que cada persona trabaje tal y como debe ser. Debe formar a sus colaboradores para que cada integrante del equipo logre con su trabajo la meta establecida. Además, tiene que saber *gestionar el tiempo*. Todo esto se conseguirá con una buena actitud hacia el trabajo y hacia las personas.

Liderazgo

El liderazgo ha sido definido como la “actividad de influir en la gente para que se empeñe voluntariamente en el logro de los objetivos del grupo”. Por grupo debe entenderse un sector de la organización, una organización. Debido a que lo que aquí interesa es el liderazgo en el terreno organizacional, utilizaremos la palabra “organización” para referirnos a cualquier sector o grupo que la compone.

De tal definición surgen los dos campos fundamentales del liderazgo:

- 1) El proceso intelectual de concebir los objetivos de la organización.
- 2) El factor humano, esto es, influir en la gente para que voluntariamente se empeñe en el logro de los objetivos.

Kotter (1988), en su excelente obra *The leadership factor*, afirma que el liderazgo se caracteriza por lo siguiente:

La definición de liderazgo contiene una palabra clave: “voluntariamente”, que también podría traducirse como “de buena gana”. No se trata sólo de influir en la gente, sino de hacerlo para que voluntariamente se empeñe en los objetivos que correspondan. Por lo tanto, excluimos del concepto de liderazgo la influencia basada en la coerción.

Se puede decir que liderazgo y motivación son dos caras de una misma moneda, en donde la primera mira al líder y la segunda a sus seguidores; por lo tanto, también podemos afirmar que liderar es provocar motivación.

La necesidad de un líder es evidente y real, y aumenta conforme los objetivos del grupo son más complejos y amplios. Por ello, para organizarse y actuar como una unidad, los miembros de un grupo eligen a un líder. Este individuo es un instrumento del grupo para lograr sus objetivos, y sus habilidades personales son valoradas en la medida en que le son útiles al grupo.

El líder no lo es por su capacidad o habilidad en sí mismas, sino porque estas características son percibidas por el grupo como las necesarias para lograr el objetivo. El líder se diferencia de los demás miembros de un grupo o de la sociedad por ejercer mayor influencia en las actividades y en la organización de éstos. El líder adquiere estatus al lograr que el grupo o la comunidad alcancen sus metas. El líder tiene que distribuir el poder y la responsabilidad entre los miembros de su grupo.

Esta distribución juega un papel importante en la toma de decisiones y, por lo tanto, también en el apoyo que el grupo le otorga.

Un individuo que destaca como un líder en una organización constitucional no necesariamente destaca en una situación democrática menos estructurada. Los liderazgos pueden caer en personas diferentes.

En síntesis, “el líder es un producto no de sus características, sino de sus relaciones funcionales con individuos específicos en una situación específica”.

De manera genérica, se puede afirmar que los líderes comunitarios son aquellas personas que pertenecen a una comunidad o que saben compartir lo que tienen y están dispuestos a colaborar con los demás. Estas características producen en el resto de su comunidad confianza y seguimiento de sus indicaciones.

La influencia que un líder puede tener en el resto de su comunidad le da oportunidad de jugar un papel fundamental en el desarrollo de su comunidad. Esta participación canalizada a través de una acción de índole comunitaria debe conducir a la autorresponsabilidad para resolver los problemas, ya sean de índole individual, grupal o comunal.

Estilos de liderazgo

Se han utilizado muchos términos para definir los estilos de liderazgo, pero tal vez la clasificación más adecuada es la de Kotter (1988), quien describe tres estilos básicos: líder autócrata, líder participativo y líder liberal.

Líder autócrata. Asume toda la responsabilidad de la toma de decisiones, inicia las acciones y dirige, motiva y controla al subalterno. La decisión se centraliza en el líder. Puede considerar que solamente él es competente y capaz de tomar decisiones importantes, puede sentir que sus subalternos son incapaces de guiarse a sí mismos o puede tener otras razones para asumir una sólida posición de fuerza y control. La respuesta pedida a los subalternos es la obediencia y adhesión a sus decisiones.

Líder participativo. Utiliza la consulta para practicar el liderazgo. No delega su derecho a tomar decisiones finales y señala directrices específicas a sus subalternos, pero consulta sus ideas y opiniones sobre muchas decisiones que les incumben. Si desea ser un líder participativo eficaz, escucha y analiza seriamente las ideas de sus subalternos y acepta sus contribuciones siempre que sea posible y práctico.

Líder liberal. Delega en sus subalternos la autoridad para tomar decisiones. Espera que los subalternos asuman la responsabilidad por su propia motivación, guía y control. Excepto por la estipulación de un número mínimo de reglas, este estilo de liderazgo proporciona muy poco contacto y apoyo para los seguidores. Evidentemente, el subalterno tiene que ser altamente calificado y capaz para que este enfoque tenga un resultado final satisfactorio.

REFERENCIAS

- Ander, E., & Aguilar, M. J. (1996). *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales* (13a. ed., ampliada y revisada). Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- Blanco, R. J., & Maya, J. M. *Fundamentos de Salud Pública* (3a. ed., Tomo I). CIB.
- Buck, C. (1996). *Después de Lalonde: la creación de la salud OPS/OMS*.
- CONAPO. (1994). *Evolución de las ciudades de México 1900-1990*. México CONAPO-FNUAP.
- Diagnóstico participativo. Métodos e instrumentos para realizar el diagnóstico participativo comunitario. Recuperado de <http://www.conafor.gob.mx>
- George, P. (1982). *Geografía urbana*. España: Ariel Geografía. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos6/geur/geur.shtml#ixzz2hKmVXFGy>
- González, R. (2012). *Promoción de la salud en el ciclo de la vida*. México: McGraw Hill-UNAM.
- Gott, M. Y., & Waren, G. (1991). Foros de salud vecinales: la democracia local en acción. *Foro Mundial de la Salud*, 12, 431-436.
- Kisnerman, N. (1990). *Teoría y práctica del trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Kotter, J.P. (1988). *The leadership factor*. Free Press.
- Marchioni, M. (2001). *Comunidad, participación y desarrollo: teoría y metodología de la intervención comunitaria* (2a. ed.). Madrid: Popular.
- Pangu, K. A., & Van Lerberghe, W. (1990). Autofinanciación y autogestión de los servicios de salud básicos. *Foro Mundial de la Salud*, 11, 459-462.
- Restrepo, H., Llanes, G., Contreras, A., Rocabado, F., Gross, S., & Suárez, Y. (1995). *La experiencia de OPS/OMS en América Latina con los municipios saludables*. Madrid: OPS.
- Reyna, P. A., Martínez, R. R., & Ramírez, V B. (2009). *Las Ciencias Sociales Diagnóstico Social Comunitario*. México.
- Ross, M. (1955). *Community Organization Theory and Principles*. New York: Harper & Row Pub.
- Terry, T. (octubre, 2012). Aproximación al concepto de comunidad como una respuesta a los problemas del desarrollo rural en América Latina. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/22/>
- Valdez, I. et al. (enero, marzo, 2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. *Educación y desarrollo*, 43-48.

PREGUNTAS

Instrucciones: lee con atención las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta.

1) Se declara la promoción de salud en:

- a) Helsinki
- b) Congo
- c) Carta de Ottawa
- d) Bélgica

2) Se puede definir a la comunidad como:

- a) Grupo específico de personas con intereses básicos
- b) Grupo específico de personas que viven en zonas rurales
- c) Grupo específico de personas con características económicas específicas
- d) Grupo específico de personas con identidad psicológica definida

3) Elementos esenciales que debe tener una comunidad:

- a) Territorio geográfico, mismas creencias, población y demanda
- b) Territorio geográfico, población y demanda
- c) Territorio geográfico, recursos, población y demanda
- d) Territorio geográfico, costumbres, población y autosuficiencia

4) Características de un buen líder:

- a) Empático, autoritario y decidido
- b) Cordial, dadivoso y empático
- c) Comprensivo, impetuoso y conciliador
- d) Conciliador, amable y decidido

5) Tipo de líder que posee toda la responsabilidad en la toma de decisiones, inicia acciones, y dirige y controla al subalterno:

- a) Autócrata
- b) Participativo
- c) Liberal
- d) Legítimo

Respuestas: 1) c. 2) a. 3) d. 4) d. 5) a.

Nota

¹ Para mayor información sobre conocimientos previos, véase Ausubel, D. (2002). *Adquisición y retención del conocimiento*. Barcelona: Paidós, y Coll. C. et al. (2007). *El Constructivismo en el aula*, Graó Barcelona

CAPÍTULO 4

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

*María Cristina Sifuentes Valenzuela
María del Rosario Ortega Gómez*

INTRODUCCIÓN

Una de las tareas de los profesionales de la salud, en general, y del profesional de la salud bucal, en particular, es la educación para la salud. Esta actividad es de suma importancia para los sectores limitados en el acceso a los servicios de salud, por lo que requiere ser valorada por el compromiso que asume el educador para la salud al comunicar aspectos relevantes para la vida de un individuo, una familia o una comunidad, y por la trascendencia e implicaciones socioculturales e ideológicas contenidas en el acto mismo de educar.

CONCEPTO DE EDUCACIÓN

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

En las sociedades primitivas, según Pérez (2003), el aprendizaje de los productos sociales y la educación de los nuevos miembros de la comunidad se han llevado a cabo mediante la participación cotidiana de los niños en las actividades de la vida adulta. Sin embargo, la aceleración del desarrollo histórico de las comunidades humanas, la creciente complejidad de las estructuras y la diversificación de funciones y tareas de la vida en las sociedades cada día más pobladas y complejas tornan ineficaces e insuficientes los procesos de socialización directa de las nuevas generaciones en las células primarias de convivencia: familia, grupo de iguales, centros o grupos de trabajo y producción, de modo que para cubrir tales deficiencias han surgido diferentes formas de especialización en el proceso de educación que en la sociedad industrial han conducido a los sistemas de escolarización obligatoria como medio de preparación de las generaciones jóvenes para su participación en el mundo del trabajo y en la vida pública.

Así, la escuela se concibe como institución específicamente configurada para desarrollar el proceso de socialización de las nuevas generaciones, es decir, enseñar los significados sociales que norman la convivencia; cumple además una función conservadora, la cual garantiza la reproducción social y cultural como requisito para la supervivencia de la misma sociedad. Por otra parte, los grupos sociales de primer contacto, como la familia, los clubes y los medios de comunicación, juegan un papel decisivo en la manera de mirar el mundo y construir significados.

La compleja red de aprendizajes sociales y escolares no es un proceso mecánico o simple. Los cambios en los significados se deben, principalmente, a la discrepancia o desfavorabilidad para alguno de los individuos o grupos que componen el entramado social, así como a la inevitable tendencia a modificar la información que reciben. En este sentido, a lo largo de la historia, el equilibrio de las sociedades requiere tanto de la conservación como de la transformación.

Cuando hablamos de la escuela, nos referimos a la educación formal, al “sistema educacional institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que abarca desde la escuela primaria a los grados superiores universitarios” (La Belle, 1982).

Al hablar de la familia u otros grupos sociales primarios, nos referimos a la educación informal, al “proceso vitalicio mediante el cual toda persona adquiere y acumula conocimientos, habilidades, actitudes y modos de discernimiento mediante las experiencias diarias y su relación con el ambiente”. La educación no formal es una actividad educacional

organizada y sistemática que se lleva a cabo fuera de la estructura del sistema formal para proporcionar aprendizajes específicos, tanto para adultos como para niños” (La Belle, 1982).

La modalidad de educación no formal fue introducida al final de la década de 1970 en los países subdesarrollados para dar respuestas no escolares a la falta de cobertura educativa o para completar la educación de algunos jóvenes; entre las modalidades educativas de este tipo se encuentran la educación para la salud, la capacitación laboral y la alfabetización. La educación para la salud se orienta, por lo general, a actividades en el primer nivel de atención, y su planeación, instrumentación y evaluación requieren de profesionales en el ámbito de la salud para promover la transformación de formas de pensar, de percibir, de hacer las cosas, e incluso de vivir; por ejemplo, un individuo con diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes requiere modificar su estilo de vida en múltiples aspectos: hábitos de alimentación, higiene, descanso y recreación.

Cabe mencionar que, a lo largo de la vida, un individuo entra en contacto con las tres modalidades de educación: formal, no formal e informal, lo cual depende de la disponibilidad de cada una de ellas y de sus propias necesidades y expectativas en cada etapa de la vida.

El concepto de salud nos remite a una “concepción holística o global del bienestar físico, mental, espiritual y social de la persona, en este sentido, las conductas que nos permiten mejorar la salud se estudian a través de tres sectores de la salud: la promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y el tratamiento de los problemas de salud” (Rochon, 1996).

CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En el concepto de educación para la salud confluyen la educación, como posibilidad para construir nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida.

Actualmente, la manera de definir la educación para la salud se determina según el lugar de su aplicación: desde el punto de vista de la educación, es válida según el sector de intervención, como el hospital, la escuela y el trabajo; mientras que desde la salud, de acuerdo con Lawrence W. Greene, es aplicable a cualquiera que sea el lugar de intervención, el que interviene y el que participa, así “la educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables” (Ronchon, 1996.)

La definición anterior denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos. La planificación de los temas a tratar, las técnicas y recursos didácticos empleados permiten alcanzar los objetivos del proyecto de educación para la salud y logran cambios voluntarios de comportamiento en el estilo de vida de una persona, en sus actitudes, valores y conocimientos, lo que propicia verdaderas experiencias de aprendizaje como sustento de los nuevos comportamientos saludables.

El referente teórico que fundamenta los programas de la salud se encuentra en las ciencias de la salud, que permiten establecer los parámetros claros del bienestar global de las personas; las ciencias de la conducta, que explican cómo se producen los cambios de comportamiento; las ciencias de la educación, con su aporte sobre el conocimiento de los procesos de aprendizaje, y en las ciencias de la comunicación, que sienta las bases del proceso comunicativo.

En la actualidad, la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar la salud para todos. No obstante la importancia reconocida en el discurso, este reconocimiento dista mucho del peso real que se le atribuye en la práctica y en la toma de decisiones cotidianas. La educación para la salud es, aún hoy, una de las parcelas en las que menos recursos se invierten a todos los niveles del sistema, desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la administración pública.

Esta situación puede deberse a la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; a la escasa formación que han recibido los profesionales, que les lleva a no invertir o a hacerlo inadecuadamente; al escepticismo de los responsables que tienen que impulsar su desarrollo; a la pasividad de la población, acostumbrada a delegar en los profesionales el cuidado de su salud; y a determinados intereses profesionales o económicos, que ven en sus resultados una pérdida de poder o de beneficios.

A pesar de estas dificultades, el desarrollo de la educación para la salud es algo imparable, dado el respaldo oficial que desde organismos como la OMS recibe y la verdadera necesidad que de ella se tiene en este momento, unida al esfuerzo de numerosos profesionales por convertirla cada vez más en una actividad profesionalizada, lo que hace augurar un fuerte crecimiento en su contenido práctico y científico” (Frias, 2000).

PROPÓSITO Y CAMPO DE ACCIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El propósito de la educación para la salud es lograr que cada persona sea capaz de adoptar un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad para cuidarse; para ello es necesario dotar a las personas de recursos conceptuales, que les permitan reconocer sus necesidades y comprender su propio proceso salud-enfermedad, y de instrumentales, que les orienten sobre qué hacer para dar respuesta a ellas, además de capacitarlos y motivarlos para que lo hagan. Para

cumplir este propósito, la educación para la salud deberá facilitar experiencias de aprendizaje que incluyan los tres componentes del proceso enseñanza-aprendizaje: cognoscitivo, actitudinal o afectivo y psicomotor.

Los espacios de acción de la educación para la salud se encuentran inmersos en las instituciones socializadoras en las que participa un individuo a lo largo de su vida, pero de manera muy importante en aquellas de primer contacto: familia, escuela y medio. En la familia, por ser el núcleo primario de socialización donde se cubren las necesidades básicas de sus miembros: alimentación, higiene, seguridad y afecto, pero también donde se proyectan valores y pautas de comportamiento relacionados con la salud, que son la base de los conceptos de salud, enfermedad y cuidado. En la escuela, por la reflexión de los contenidos alusivos a la salud-enfermedad y al medio ambiente, principalmente aquellos relacionados con el aprendizaje para la vida. En el medio, por los medios de comunicación social, porque de muchas maneras comparten formas de mirar el mundo, la vida, la salud, la enfermedad y la diversión. Hoy, numerosos estudios demuestran la importancia de la televisión, las redes sociales, los cómics, las pandillas y los grupos de pares, los cuales comunican estilos de vida: patrones estéticos y alimentarios, empleo del tiempo libre y recreación, tipo de relaciones sociales y uso de medios de comunicación.

RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Aunque tiende a confundirse la educación para la salud con la promoción de la salud, en realidad son diferentes. El primer nivel de atención de la salud implica dirigir los esfuerzos hacia la promoción y prevención de la salud mediante programas de educación. De modo que mientras “la promoción de la salud se ha convertido en elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos con la finalidad de mejorar nuestro estado de salud, la prevención de los problemas de salud se sitúa en tres niveles distintos e interrelacionados: la prevención primaria que actúa sobre las causas de los problemas de salud, la prevención secundaria centrada en la detección precoz de los problemas de salud y la prevención terciaria correspondiente a la prevención de recaídas” (Frías, 2000). En ambos casos, la importancia radica en promover cambios de conductas como base de los estilos de vida.

Para que la población asuma el compromiso del cuidado de su salud, necesita disponer de elementos cognoscitivos para la reflexión, información, valores, actitudes y capacidades de carácter general que den soporte a su formación en salud. Cabe mencionar que, como plantea Frías (2000), cada programa de educación para la salud responde a necesidades específicas, como las asociadas a las características y riesgos de las diferentes etapas evolutivas y a situaciones derivadas de una enfermedad e incapacidad, así como a necesidades educativas, derivadas de los nuevos problemas de salud que van apareciendo en cada contexto sociohistórico.

Todo esto plantea, desde el punto de vista pedagógico, la necesidad de estructurar la educación para la salud mediante un proceso planificado, cuyo punto de partida sea la noción de aprendizaje y, el de llegada, la concreción de un programa de educación para la salud.

El aprendizaje es un proceso que busca cambios de conducta. Implica mucho más que una simple exposición de información, pues se trata de un complejo proceso activo de asimilación, en el que la nueva información promueve un cambio de conducta duradero. Este proceso pasa por la recepción de nueva información, la confrontación, un proceso de análisis que remite a preguntas como: ¿me puede pasar a mí?, ¿cómo me afecta?, ¿lo que he hecho hasta ahora me ha funcionado?, ¿quiero cambiar las cosas?, ¿cómo puedo hacerlo? o ¿qué me hace falta?, entre otros cuestionamientos, para, finalmente, llegar a conclusiones como posibilidad de orientaciones concretas para lograr el cambio.

El método didáctico es el auxiliar idóneo para la planeación, instrumentación y evaluación del programa de educación para la salud. Planear significa prever antes de la acción, es decir, contar con una guía que oriente los propósitos y las acciones plasmados en el programa. La planeación de acciones educativas consiste en organizar los elementos que intervienen en una situación concreta y conforman el programa, como son:

Diagnóstico de necesidades

Los aspectos que requieren ser investigados antes de la planeación y que deben convertirse en el marco de referencia para diseñar el programa de educación para la salud son: las necesidades de salud prevalecientes, las características de la población a quien se dirige (edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico) y las características del lugar donde se llevarán a cabo las sesiones de enseñanza-aprendizaje (aula, sala de algún hospital o centro de salud, consultorio o comunidad).

Objetivos

Se refieren a las metas a las que se desea llegar en la sesión de aprendizaje y de su definición depende el resto de la planeación (cuadro 4-1). Zarzar (2006) los divide en tres niveles: informativos de aprendizaje (área cognoscitiva), los que se orientan al desarrollo de capacidades (área motriz) y los subjetivos, que se refieren a los valores, actitudes y hábitos (área afectiva):

CUADRO 4-1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Nivel del objetivo	Demanda para el que aprende	Permite al que aprende
Primer nivel	Conocer	Saber la existencia de algo, recordarlo y repetirlo.
Segundo nivel	Comprender	Explicar la información parafraseándola.
Tercer nivel	Aplicar	Hacer algo con la información que recibe y transferirla a situaciones parecidas.

Es importante reconocer que, si se espera modificar la manera de pensar (valores) y de actuar (actitudes) de la persona, lo más conveniente es plantear un objetivo de tercer nivel, porque implícitamente abarca los dos primeros, que sea realista, es decir, susceptible de ser alcanzado en el tiempo disponible, claro y preciso, para facilitar su comprensión, y que esté redactado en términos de producto de aprendizaje, por ejemplo:

Al término de la sesión, los participantes realizarán correctamente la técnica de cepillado dental.

Contenidos

Corresponde a la selección y organización de los temas a tratar. Al seleccionarlos, deberán considerarse, entre otros, los siguientes criterios:

- Que permitan el logro de los objetivos de aprendizaje
- Que sean acordes al tiempo disponible y a las características de la población
- Que promuevan la reflexión de los participantes.

Deberán organizarse de modo secuencial, por ejemplo, de lo más sencillo a lo más complejo, o en el orden en que se realizan los pasos de un procedimiento.

Actividades de aprendizaje

Si el aprendizaje es un proceso de construcción (asimilación activa), resulta imposible pensar que las personas puedan aprender por contemplación pasiva del actuar del educador, aunque éste haga muy buena exposición. Por ello, para aprender deberán realizar diversas tareas que los pongan en contacto con el objeto de conocimiento y con su experiencia misma, es decir, que los lleven a reflexionar sobre las implicaciones personales (cuadro 4-2).

CUADRO 4-2. ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Técnica	Consiste en	Usarla cuando	Cómo usarla	Evitar que suceda
Exposición	El uso del lenguaje oral para explicar un tema.	Se trata de temas de difícil comprensión. Se cuenta con tiempo limitado. Se pretende sensibilizar, problematizar y despertar interés.	Seguir un orden lógico: introducción, desarrollo y cierre.	Prescindir de una estructura y secuencia lógica. Crear que la información es tan clara para el público como para el conferencista.
Discusión en grupo	Propiciar un intercambio de ideas, conocimientos y opiniones entre los miembros de un grupo.	Se pretende que la audiencia exponga sus ideas y reflexione sobre ellas para la solución de un problema.	Dar a conocer el objetivo de la actividad. Dar a conocer el tema a tratar. Formar grupos de 5 o 6 personas y distribuirlos en el espacio del que se dispone. Pedir que cada grupo nombre un coordinador y un relator, estipular el tiempo de trabajo y supervisar la discusión. Juntar nuevamente al grupo y pedir que diga las conclusiones de su grupo y que se discutan colectivamente.	Dejar poco claro el objetivo. Que los grupos se salgan del tema de discusión. Que hagan personal la discusión.

Interrogatorio	El uso de preguntas y respuestas para obtener información y puntos de vista.	<p>Se pretende despertar y conservar el interés.</p> <p>Se inicia o finaliza un tema.</p> <p>Hay necesidad de centrar la atención y reflexión en aspectos medulares.</p> <p>Se procura relacionar lo aprendido con el aquí y ahora de la audiencia.</p>	<p>Se formulan preguntas que apelan a la reflexión (análisis, comparación, descripción, ejemplificación) de los oyentes conforme a un esquema previamente elaborado con la debida flexibilidad.</p>	<p>Caer en la dispersión y pérdida de tiempo.</p> <p>Propiciar el monopolio de la palabra.</p> <p>Evitar preguntas que produzcan respuestas pobres.</p>
Demostración	Mostrar de manera práctica el manejo de un instrumento o procedimiento.	Es necesario apreciar en "cámara lenta" la secuencia y modo de realizar un procedimiento o la manipulación de un aparato o instrumento.	<p>Explicación general de la actividad a realizar.</p> <p>Realización del procedimiento paso a paso por el educador en lugar visible para todos los oyentes y de manera pausada.</p> <p>Repetición del procedimiento para integrar los pasos.</p> <p>Realización del procedimiento por parte de los oyentes.</p>	<p>La falta de claridad en las explicaciones.</p> <p>La falta de dominio en los procesos y/o los resultados.</p>
Dramatización o simulacro	<p>Interpretación teatral de un problema o situación.</p> <p>Actuación informal de los miembros un grupo.</p>	<p>Hay que indagar sobre un problema con mayor profundidad.</p> <p>Sensibilizar al grupo sobre un problema de interés.</p> <p>Ensayar soluciones hipotéticas sobre problemas reales.</p>	<p>Definir claramente el objetivo de la dramatización.</p> <p>Seleccionar los intérpretes (de manera libre y voluntaria).</p> <p>Señalar el tiempo disponible.</p> <p>Dar un tiempo para que elaboren su "guión".</p> <p>Al terminar, propiciar una discusión grupal sobre los aspectos fundamentales.</p>	<p>Emplearla sin cuidado o y control.</p> <p>Forzar a los participantes a representar un papel.</p> <p>Involucrar a una persona que no sea parte del grupo.</p> <p>Propiciar ataques o ridiculizaciones.</p>
Teatro guiñol	Representación teatral con títeres de un problema o situación.	<p>Hay que indagar sobre el problema que afecta en mayor grado a la salud.</p> <p>Sensibilizar a un grupo generalmente infantil sobre un problema de interés.</p> <p>Identificar soluciones a un problema concreto mediante la reflexión.</p>	<p>Definir claramente el objetivo de la dramatización.</p> <p>Seleccionar los intérpretes (de manera libre y voluntaria).</p> <p>Señalar el tiempo disponible.</p> <p>Dar un tiempo para que elaboren su "guión".</p> <p>Dar un tiempo para la elaboración de los títeres.</p> <p>Al terminar, propiciar una discusión grupal sobre los aspectos fundamentales.</p>	<p>Emplearla sin cuidado y control.</p> <p>Forzar a los participantes a representar un papel.</p> <p>Involucrar a una persona que no sea parte del grupo.</p> <p>Propiciar ataques o ridiculizaciones.</p>

Las actividades de aprendizaje deben tener cinco características: facilitar el logro de los objetivos, ser interesantes para mantener la motivación, ser accesibles para lograr la comprensión, permitir la participación activa y guardar estrecha relación con la vida de la persona. Cabe mencionar que, para alcanzar cada uno de los objetivos planteados, resultan más útiles unas técnicas que otras, y que éstas pueden ser complementadas con el uso de recursos didácticos.

Además de las técnicas didácticas, se usan recursos didácticos, que funcionan como auxiliares en las sesiones de enseñanza-aprendizaje y se eligen tomando en consideración la utilidad reportada y la accesibilidad de uso. Estos recursos carecen de valor por sí mismos, ya que éste depende de su elección y uso oportuno, por lo que es importante recordar que

no es un sustituto del educador, sino un apoyo para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje. Su uso debe responder a los siguientes criterios generales:

- Apoyar al logro del objetivo.
- Responder a las características del grupo.
- Ser claro, conciso y preciso.
- Contener la menor cantidad de texto y, en lo posible, incluir imágenes alusivas.

El rotafolio, cartel, periódico mural, modelos, audiovisuales y escritos son algunos de los recursos más utilizados (cuadro 4-3).

Es importante recordar que los recursos didácticos facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje siempre y cuando se hayan preparado y seleccionado con anterioridad, sean ágiles y variados, no obstaculicen el proceso de análisis de los participantes y sean utilizados en el momento oportuno.

CUADRO 4-3. RECURSOS DIDÁCTICOS

Recurso	Consiste en	Usarlo cuando	Cómo usarlo	Evitar que suceda
Rotafolio	Conjunto de hojas de 50 x 70 cm., unidas por el centro y colocadas sobre una base para facilitar su rotación.	El tema integre gran cantidad de información. Se requiera usar dibujos o pequeños textos.	Determinar claramente el tema. Dividir el tema en secuencias claras y sencillas para identificar en qué momento es necesario apoyar con una imagen. Escribir la menor cantidad de texto posible (menos de 10 palabras), con letra clara, de tamaño adecuado y color visible. Girar pausadamente las páginas según se utilicen.	Incluir más información de la que se necesita. Recargarlas de texto o dibujos.
Cartel	Hoja de papel, por lo general de media carta, que transmite un solo mensaje que se comprende a cierta distancia mientras se camina a paso normal.	Se realice alguna campaña y apoye alguna temática en particular.	Identificar de qué manera apoyará el tema. Elaborar un bosquejo que contenga una sola idea. Ilustrar de manera atractiva, sencilla y con el mínimo de texto posible. Usar pocos colores y seleccionar bien los contrastes. Usar letra clara, de buen tamaño, que pueda ser vista a varios metros de distancia.	Incluir más de un tema. Incluir texto de manera exagerada. Ser poco claro.
Periódico mural	Espacio grande que incluye textos, dibujos, gráficas, y es visible a distancia considerable.	Hay dificultad para reunir a las personas en sesiones de trabajo. Reforzar alguna temática abordada con antelación.	Determinar un problema común a la comunidad con que se trabaja. Identificar el lugar en donde se colocará, tratando de que sea el más concurrido. Unir varias cartulinas para crear un espacio grande donde colocar textos e imágenes. Elaborar un borrador y después pasarlo a las cartulinas. Escribir con letra clara y de buen	Que contenga exceso de temas. Que quede recargado de texto o imagen.

			tamaño. Se sugiere que los títulos sean grandes y resaltados. Colocar el periódico de manera fija.	
Modelos	Reproducciones, generalmente de tamaño natural, en las que se representa el cuerpo humano.	Es necesario realizar la demostración de la manera en que se realiza algún procedimiento.	Utilizar el modelo para realizar la demostración del procedimiento. Asegurarse de que todos los participantes vean adecuadamente. Solicitar varias devoluciones del procedimiento a los participantes.	Que el material sea muy pequeño y dificulte que los participantes lo vean bien.
Videos o películas	Combinación de imagen y sonido que plantea una información más amplia y apegada a la realidad sobre ciertos problemas.	Se requiera plantear una situación sobre la cual se desea reflexionar.	Presentar al grupo el objetivo que se desea alcanzar. Elaborar un guión de análisis (preguntas a reflexionar). Presentar el material audiovisual. Realizar el análisis correspondiente. Elaborar conclusiones.	Que el material sea demasiado extenso. Que le falte claridad visual o auditiva.
Tríptico	Información impresa y repartida en tres columnas.	Es necesario que amplíe o conserve la información sobre un tema.	Identificar el tema a tratar, las ilustraciones y la distribución que se hará de las mismas, tomando en cuenta las características de la población a la que se dirige.	Saturación de texto o imagen. Entregar material mientras se está exponiendo o demostrando el tema. Revisarlo con los participantes para asegurarse de que se comprenda correctamente.

SALUD BUCAL Y SALUD INTEGRAL

Según la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la SSA (2007-2012), la evidencia científica ha demostrado la interrelación entre salud bucal y salud general, y ha establecido una cercana correlación entre varias enfermedades bucales y crónicas no transmisibles, sobre todo por los factores de riesgo comunes; por ejemplo, la enfermedad periodontal severa tiene una asociación sinérgica con la diabetes.

Un cuidado médico oral adecuado puede reducir el riesgo de mortalidad prematura. La detección temprana de la enfermedad es, en la mayoría de los casos, fundamental para prescribir tratamiento oportuno y reducir el daño; de manera que un examen bucal cuidadoso puede detectar deficiencias alimenticias, enfermedades, infecciones microbianas, desórdenes inmunes, lesiones en lengua y faringe y cáncer oral. Los tejidos bucales también proporcionan información sobre las condiciones de órganos y de sistemas de las partes menos accesibles del cuerpo; por ejemplo, las glándulas salivales son un modelo de las glándulas exocrinas y un análisis de la saliva puede arrojar datos importantes sobre la salud o enfermedad general.

Perfil epidemiológico mundial de la salud bucodental

Las políticas en salud pública implementadas a nivel mundial en la segunda mitad del siglo pasado, permitieron grandes logros en la salud oral de poblaciones alrededor del mundo, sin embargo todavía persisten problemas graves en muchas comunidades, particularmente entre grupos marginados en países en vías de desarrollo y desarrollados. La caries dental y las enfermedades periodontales históricamente se han considerado los padecimientos bucales globales más importantes que afectan la salud oral. “Actualmente, la distribución y la severidad de enfermedades bucales varían en diversas partes del mundo y dentro de un mismo país; no obstante esta situación, la caries dental sigue siendo un problema de salud oral prevalente en la mayoría de los países industrializados, que afecta entre 60 y 90% de la población escolar y a la mayoría

de los adultos; de igual manera, es la enfermedad bucal más frecuente de varios países asiáticos y latinoamericanos, mientras que parece ser menos común y menos severa en la mayoría de los países africanos. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) espera que la incidencia de caries dental aumente en muchos países en vías de desarrollo y en África, particularmente como resultado del consumo cada vez mayor de azúcares y de la exposición inadecuada a los fluoruros”

En la región de las Américas, a principios de la década de 1990, el resultado del índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años de edad (CPOD-12) estuvo por arriba de cinco en 14 países, entre 3 y 5 en 10 países y por debajo de tres solamente en tres países. Dentro de este contexto, la OPS desarrolló el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental, del cual México forma parte. En él se definen estrategias y metas para los países de la región con base en el índice CPOD-12, y en apego a la clasificación internacional se dividió en tres etapas, las cuales corresponden a la gravedad de la caries dental:

- **Emergente:** definida por un CPOD-12 de más de cinco y la ausencia de un programa nacional de fluoración de la sal.
- **De crecimiento:** definida por un CPOD-12 de entre 3 y 5 y la ausencia de un programa nacional de fluoración de la sal.
- **De consolidación:** definida por un CPOD-12 de menos de tres y la existencia de un programa nacional de fluoración de la sal.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que “las familias de bajos recursos, los grupos con menos desarrollo social y aislados geográficamente, además de los migrantes y las personas con capacidades diferentes, son los que menos cuidado reciben y se constituyen en el sector de la población con mayor vulnerabilidad para desarrollar enfermedades bucales” (Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2007). (cuadro 4-4).

CUADRO 4-4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL DE LAS AMÉRICAS, 2005 OPS

Emergente CPOD 5 2 países	De crecimiento CPOD 3-5 7 países	De consolidación CPOD menor de 3 29 países
Guatemala, Santa Lucía	Argentina, Bolivia, Chile, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana	Angola, Arabia, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Granada, Guayana, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

Perfil epidemiológico de la salud bucodental en México

Los cambios sufridos en México durante los últimos 50 años, como consecuencia del desarrollo científico y tecnológico, tuvieron implicaciones importantes en la modificación de la pirámide poblacional, entre ellos el descenso importante de la mortalidad en todos los grupos de edad e incremento de la esperanza de vida y el cambio significativo de las principales causas de muerte y discapacidad, que aunado a las generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) han provocado una transición epidemiológica asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000 los problemas más comunes en las personas mayores de 60 años eran la hipertensión, obesidad, Diabetes Mellitus Tipo 2 y enfermedades renales (ENSA-2000). Por ello, la protección de la salud requiere de estrategias integrales que fortalezcan en principio la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables que fomenten mejores niveles de calidad de vida.

Por su parte el estado de salud bucodental en personas de más de 60 años está determinado tanto por las enfermedades dentales como por el tratamiento que haya recibido a lo largo de la vida. En esta etapa sufren cambios sustanciales en la dieta debido a bajos recursos económicos, que impide acceder a una alimentación saludable, a la pérdida de un gran número de dientes, lo que promueve la selección de alimentos blandos con bajo nivel nutritivo, o bien dolor, infecciones bucales recurrentes y crónicas derivadas de prótesis mal ajustadas, así como a la exclusión de la atención odontológica como parte integral de la atención médica, por lo que no pueden gozar de una salud integral y, por ende, de una buena calidad de vida.

“De acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2007 (SIVEPAB), con información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos, 100% padece caries dental, de los cuales 53% presenta algún grado de enfermedad periodontal”. “Prevalece un alto índice de caries dental en todos los grupos de edad, así como el aumento paulatino en la pérdida de las piezas dentales a lo largo de la vida, que llega a ser superior a 10 en promedio a los 65 años y más. Sólo tres piezas han sido tratadas en promedio en todos los grupos de edad, lo que genera un índice de necesidades de tratamiento de más de 70%.

En cuanto a las enfermedades periodontales, la población usuaria muestra una prevalencia promedio de 70% en el grupo de 30 a 50 años de edad, quienes además presentan enfermedades crónicas no transmisibles con mayor frecuencia. En mujeres en edad reproductiva, esta cifra es de 60%, lo que resulta de una falta de cultura de la higiene bucal. Aunado a lo anterior, la falta de aplicación continua de estrategias enfocadas en grupos de riesgo específicos, como son escolares, embarazadas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, personas que viven con VIH/sida y con capacidades diferentes, se traduce en mayor incidencia de enfermedades bucales, lo que implica una menor calidad de vida para todos ellos” (Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2007).

“Otro problema que actualmente se enfrenta es el cáncer bucal, por su elevada morbilidad y mortalidad; de acuerdo con el registro histopatológico de Neoplasias, durante 2003 se notificaron 1 449 casos de neoplasias malignas localizadas en labio, cavidad bucal y faringe. Asimismo, de acuerdo con los datos reportados, este tipo de cáncer representa el 1.3% del total de casos, los cuales alcanzan una tasa de mortalidad de 7.3 por millón de habitantes” (Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2007).

DETERMINANTES DE LA SALUD

Toda la superficie de la tierra está poblada por seres humanos. El ambiente natural mantiene, mediante sus mecanismos reguladores, el equilibrio entre sus componentes; no obstante, este balance puede ser alterado en mayor o menor medida por la intervención del hombre, sin considerar las consecuencias, ya que, al convertirse en administrador de los recursos de la tierra, es responsable de su buen o mal uso. En este sentido, es administración determina no solamente la salud de este espacio, sino también la salud de la población humana. Ante tal circunstancia, los expertos han demostrado que la salud humana y la longevidad se determina por lo saludable del ambiente en que se vive: hoy en día nos enfrentamos al aumento de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales son causadas, de manera importante, por factores ambientales donde trabajamos o vivimos, por nuestros hábitos, dietas y estilos de vida (Greene & Simons-Morton, 1988).

Para González (1988), el medio en el que los individuos y los grupos interactúan en el transcurso de su vidas y en el que manifiestan sus acciones es un todo único en donde, para fines de estudio, se reconocen dos grandes apartados: el macroambiente, que incluye el ambiente natural (físico) y social, y el microambiente, representado por el entorno en el que el hombre vive y convive (habitación, lugares de reunión [trabajo, estudio, recreación y deporte] y medios de transporte).

El macroambiente y el microambiente son factores ambientales que se relacionan con la salud y sus problemas. El primero incluye factores de la salud sobre los que la persona tiene poco control personal inmediato y el segundo se relaciona con factores sobre los cuales los individuos tienen una posibilidad relativamente grande de control personal e incluye la mayor parte de las conductas de salud personales (Greene & Simons-Morton, 1988).

Entre los principales factores que determinan la salud, en general, y la salud bucal, en particular, se encuentran la biología individual y la genética; el entorno, que incluye aspectos físicos y socioeconómicos; el estilo de vida y el comportamiento individual; el acceso a los servicios sanitarios; y la organización de los sistemas sanitarios. Estos factores interactúan durante toda la vida y determinan la salud de los individuos, grupos de población y comunidades, desde barrios hasta naciones (González, 1988).

Por lo anterior, un diagnóstico no puede sustentarse sólo en la identificación de los daños a la salud desde una perspectiva física (presencia de enfermedad), sino que debe hacerse desde una apreciación o enfoque integral, por lo que resulta fundamental poseer información de la multiplicidad de factores que condicionan la aparición, desarrollo y distribución de la enfermedad, invalidez o muerte, representados por los caracteres del ambiente que rodea a la población (González, 1988), así como por la vulnerabilidad de los individuos derivada de factores genéticos.

Factores microambientales

Los factores microambientales son agentes del entorno circunscrito a los espacios en donde las personas viven y conviven, y de los cuales los individuos tienen amplias posibilidades de controlar mediante conductas que favorezcan su adaptación para la protección de su salud. Sin embargo, para alcanzar el bienestar, estas acciones se ven limitadas por la importante influencia y la complejidad de factores del macroambiente.

Determinantes genéticos

El complejo craneofacial (tejidos bucales y dentales) del hombre se ha desarrollado para conseguir funciones y habilidades adaptativas que permiten afrontar los retos de un ambiente en continuo cambio. Un examen de los diferentes tejidos revela diseños complejos que sirven a las necesidades y funciones del complejo craneofacial, como el habla. La rica distribución de nervios, músculos y vasos sanguíneos en la región, y el vasto sistema de conexiones inmunes y endocrinas indican el papel vital de este elemento para la adaptación y la supervivencia durante toda la vida. Los siguientes hallazgos muestran su importancia en la realización de funciones vitales:

- Los genes que controlan el diseño básico y la organización de los segmentos del desarrollo humano, y específicamente

los del complejo craneofacial, están muy bien conservados en la naturaleza. Los genes mutados que afectan el desarrollo humano tienen sus homólogos en organismos más simples.

- Existe una capacidad de reserva o un exceso de células y tejidos en el complejo craneofacial, muy bien cuidados, para mantener las estructuras en correcto funcionamiento durante toda la vida.
- Las glándulas salivares y la saliva ayudan al gusto y a las funciones digestivas, y también participan en el sistema inmune de la mucosa como principal mecanismo de defensa contra agentes patógenos, irritantes y toxinas.
- Los componentes salivares protegen y mantienen los tejidos bucales mediante componentes antimicrobianos y agentes neutralizadores, así como por un proceso a partir del cual el esmalte dental puede ser remineralizado.

Por lo anterior, es de suma importancia la comprensión del complejo craneofacial, cuyo funcionamiento representa la esencia de nuestra humanidad. Permite hablar, sonreír, susurrar, besar, oler, degustar, tocar, masticar y tragar, gritar de dolor y mostrar un mundo de sentimientos y emociones a través de la expresión facial. Asimismo, estos procesos ofrecen protección frente a las infecciones microbianas y las agresiones ambientales (*US Department of Health and Human Services, 2000*).

Ante tal circunstancia, cada problema de salud es producto de los factores que interactúan con los factores genéticos. Se han identificado algunos problemas genéticos de la salud, como la amelogénesis imperfecta (desarrollo incompleto del esmalte). No obstante, cabe señalar que el porcentaje más alto de factores que afectan la salud se circunscribe al ambiente que la determina; asimismo, hay que reconocer que existe una predisposición genética que explica únicamente la propensión a la susceptibilidad, esto es, la vulnerabilidad que una persona tiene para que desarrolle o no el padecimiento.

Este aspecto es muy importante para los profesionales de la salud, dada la importancia de comprender los trastornos complejos causados por la interacción de varios genes y las variables del entorno y el comportamiento –una descripción que implica la mayoría de patologías y trastornos bucales–, y trasladar los resultados de la investigación a las prácticas de salud y los estilos de vida (*US Department of Health and Human Services, 2000*).

La necesidad generalizada, en el campo de la investigación clínica, del desarrollo de los procedimientos de valoración de riesgo en individuos y en comunidades y de marcadores diagnósticos que indiquen si un individuo es más o menos susceptible a una enfermedad pueden proporcionar la base para la formulación de perfiles de riesgo y el desarrollo de un tratamiento adecuado, así como de opciones de programa pertinentes.

Conductas que afectan la salud y la utilización de servicios de salud

El crecimiento de la investigación biomédica desde la Segunda Guerra Mundial ha conseguido avances extraordinarios en la salud y en el bienestar de las personas (*US Department of Health and Human Services, 2000*). El agua potable clorada, la leche pasteurizada, el control de calidad en los alimentos y las inmunizaciones fueron medidas preventivas que coadyuvaron indiscutiblemente a la salud de la población, así como el descubrimiento de los sulfamídicos y la penicilina al tratamiento de las enfermedades transmisibles. Prácticamente se han podido erradicar los padecimientos transmisibles en los países desarrollados y disminuir, de manera importante, los que se encuentran en vías de desarrollo.

Si bien es cierto que los avances de la ciencia y la tecnología han incidido favorablemente en el control de enfermedades como medidas de salud pública, como lo muestra objetivamente el aumento en la esperanza de vida actual de 73 años para hombres y 77 para mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010), con respecto a los 40 y 43 alcanzados en 1930, también es importante reconocer que este aumento ha contribuido al cambio de las condiciones ambientales, económicas y sociales (aumento de la población, urbanización e industrialización, y migración del campo a las ciudades), las cuales representan nuevos contextos que constituyen circunstancias desfavorables para la salud, como el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos o de evolución prolongada como el cáncer y de enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales y de conducta (Álvarez, 2002).

En el caso de la salud bucal, los progresos son notorios gracias al flúor, elemento que demostró su eficiencia en la protección de las estructuras dentales para minimizar la caries dental (Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2007) (principal problema entre las cinco causas de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país) (González, 1988).

La fluoración del agua se mantiene como uno de los grandes logros de salud pública del siglo XX –medida poco costosa para mejorar la salud bucal que beneficia por igual a todos los miembros de la comunidad, jóvenes y ancianos, ricos y pobres–, que ha logrado que en los países donde se implementó esta disposición, aunado al uso de pastas fluoradas, geles, suplementos, y la ingesta de comidas y bebidas elaboradas con agua fluorada como complementos de protección y prevención, el índice de dientes cariados haya disminuido notablemente, como en EUA (*US Department of Health and Human Services, 2000*; Rojas, Kely, Drake, Eckert, & Dunipace, 1999).

En México se normó la fluoración de la sal como medida preventiva en 1991. De la misma manera, en otros países esta disposición y la incorporación de este elemento en otras fuentes de consumo, así como la aplicación tópica de fluoruros por el profesional, han demostrado su efectividad en la reducción de la caries (Organización Panamericana de la Salud [OPS-OMS], 2006; Estupiñán, Baez, Horwitz, Warpeha, Stheriand, & Thamer, 2001).

No obstante, a pesar de estas acciones, en donde la tecnología ocupa un papel predominante, tanto las principales enfermedades que representan el porcentaje más alto de morbilidad y mortalidad en la población (crónico-degenerativas, cardíacas, apoplejías y cáncer) como los problemas de morbilidad bucodental (caries, enfermedad periodontal, maloclusiones, traumatismos y tumores) (Secretaría de Salud, 2003) demandan conductas personales para un control más eficaz, dado que en su mayoría son problemas que pueden ser prevenidos con mínimas conductas personales de protección a la salud.

En odontología, los avances científicos han permitido una notable transformación al evolucionar de una fase mecánica a una científica, como lo muestran los diferentes procedimientos preventivos promovidos, que buscan la conservación anatómica y fisiológica de los tejidos y, como consecuencia, una mejor salud bucodental. Estas prácticas profesionales, que deberían constituirse en la columna vertebral, refrendan que, a medida que la humanidad avanza, se reconoce la importancia de la prevención en estomatología. En este contexto, y a pesar de los beneficios de la higiene y la epidemiología, en la actualidad no se ha logrado incidir en el cambio del perfil del cirujano dentista, ya que continúa dedicando su profesión a obturar, extraer y reemplazar dientes (Duque, Rodríguez, Coutin, & Riverón, 2003).

Diversos estudios han demostrado la presencia y vinculación de factores de riesgo en la producción de los problemas de salud bucodental, así como las medidas preventivas personales que deben promoverse para limitar o detener su desarrollo o evolución (Duque *et al.*, 2003); no obstante, es preciso reconocer que existen algunos padecimientos cuyo origen y evolución se encuentran fuera de control personal.

Los estilos de vida que afectan a la salud general, como el hábito al tabaco, la ingesta excesiva de alcohol, las prácticas higiénicas y el alto consumo de carbohidratos, también afectan la salud bucal y craneofacial. Entre los factores de riesgo se encuentran defectos congénitos, cáncer bucal y faríngeo, enfermedad periodontal, caries y candidiasis, entre otros problemas de salud bucal (US Department of Health and Human Services). Las periodontopatías y la pérdida de dientes guardan relación con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, cuya creciente incidencia puede tener efectos negativos sobre la salud bucodental. Las personas con VIH/sida padecen dolencias bucodentales específicas: la infección por el VIH influye negativamente en la salud bucodental y la calidad de vida, y provoca dolores, sequedad de boca y dificultades para masticar, tragar y percibir el sabor de la comida (Organización Mundial de la Salud, 2007).

En este contexto, es importante fortalecer la cultura preventiva en los profesionales sanitarios, que coadyuva a cambiar los comportamientos de sus pacientes, dada la responsabilidad que tienen como gestores principales para promover la salud y prevenir la enfermedad. Cigarro, alcohol y mal uso de droga, sexo sin protección, comida chatarra, sedentarismo y hábitos higiénicos son comportamientos que forman parte del estilo de vida de las personas y que se constituyen en factores de riesgo para la producción y mantenimiento de las enfermedades (Daly, Watt, Batchelor, & Treasure, 2002).

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa de origen multifactorial que se caracteriza por el reblandecimiento del tejido duro del diente, que evoluciona hasta formar una cavidad; constituye la principal causa de pérdida dental prematura, que se acentúa en edad adulta si no se atiende. En la actualidad, ocupa el primer lugar de las enfermedades bucales y afecta a más del 95% de la población a nivel mundial (Velásquez, Vera, Irigoyen, Mejía, & Sánchez, 2003; Irigoyen, Zepeda, Sánchez, & Molina, 2001).

La lesión cariosa es el resultado final de una serie de fenómenos bioquímicos microbianos dinámicamente entrelazados, que por fermentación de hidratos de carbono de la dieta producen ácidos, los cuales, al difundirse a través de los intersticios interplasmáticos de la capa superficial más resistente del diente, desmineralizan el esmalte de manera local y progresiva (Ramos, 1985). En este proceso se ha reconocido la participación de varios factores: dieta, microorganismos de la placa dentobacteriana, huésped y tiempo.

A pesar de que en la cavidad bucal existen como comensales microorganismos que interactúan con el huésped para lograr una convivencia de adaptación, la formación de la placa dentobacteriana es inevitable debido a las características de la estructura dentaria que facilitan su acumulación y adherencia al esmalte, favorecida principalmente por la escasa masticación, dieta demasiado blanda con insuficiente fibra, maloclusiones dentales o falta de aseo o cepillado adecuado de los dientes. Las bacterias que contiene la placa dental producen ácidos cuando el pH desciende a un nivel crítico (cerca de 5.5), lo cual provoca la desmineralización del esmalte. Este proceso se inicia al ingerir en la comida hidratos de carbono y mantener las concentraciones de desmineralización hasta 30 o 45 minutos después (Mac Donald Ralph, 1987).

Ante tal proceso, es recomendable promover una alimentación saludable, en especial un menor consumo de azúcares y una mayor ingestión de frutas y hortalizas, así como el cepillado inmediato después de ingerir alimentos. Asimismo, de acuerdo con lo previsto en la Estrategia Mundial de la OMS sobre el Régimen Alimenticio, Actividad Física y Salud, es importante reducir los niveles de malnutrición como medida indispensable de protección universal para las personas y como una necesidad social insoslayable (Organización Mundial de la Salud, 2007).

En relación con la enfermedad periodontal, múltiples investigaciones han mostrado el papel de los microorganismos de la placa dentobacteriana como factores desencadenantes de las periodontopatías (Thibodeau, 1999). Asimismo, se ha reconocido la incidencia favorable de la eliminación de los factores locales mediante la fisioterapia bucal y el uso de agentes antibacterianos, ya que aún no se ha podido identificar el agente específico que permita prevenir este padecimiento, como lo ha sido el flúor en la caries dental (Duque *et al.*, 2003).

La dieta, la nutrición y el tabaco son factores de riesgo en problemas de salud bucal y general. El tabaco se relaciona con

la enfermedad periodontal y con el cáncer pulmonar, mientras que la dieta rica en carbohidratos, con la caries y la obesidad, factor desencadenante de problemas cardiovasculares, diabetes e hipertensión arterial. Asimismo, se vincula el alto índice de infecciones respiratorias agudas superiores con la caries.

Por lo anterior, se puede considerar que los hábitos dietéticos (alimentos bajos en carbohidratos, fibrosos), higiénicos (técnica de cepillado adecuada y uso de hilo dental), empleo de pasta fluorada para los pacientes mayores de 7 años y la disminución o eliminación de adicciones (tabaco, alcohol, drogas) demandan conductas personales para evitar el desarrollo de estas patologías que representan las dos causas de morbilidad más importantes para la población.

Pareciera como si los conocimientos de salud y la comprensión del paciente respecto a las consecuencias de asumir o no conductas saludables fueran suficientes, pero no es así, debido a que los comportamientos que se promueven dependen de manera importante de los factores ambientales presentes que actúan como facilitadores y condicionantes. Por lo tanto, la conducta está supeditada, entre otros aspectos, a los servicios sociales disponibles, así como a su capacidad adquisitiva. Los comportamientos de las personas son entonces determinados en gran medida por las condiciones en las que viven. Considerar que la salud de la población estriba en concentrar únicamente los esfuerzos por cambiar el estilo de vida, enfoque médico “culpando a la víctima”, sin tomar en cuenta estas determinantes, sería una falacia debido a la desigualdad social prevalente, con sus consecuentes limitaciones para que la población cuente con los recursos suficientes de acceso a la salud. Los factores sociales, económicos y culturales, así como los cambios demográficos, afectan la utilización y administración de servicios de salud y su uso, y el cuidado propio de las personas (Daly *et al.*, 2002).

En este sentido, la inequidad es un problema que no podemos soslayar. En México, millones de personas no tienen el mismo acceso a los servicios de salud que los grupos privilegiados. En odontología, tal desigualdad continuará limitando el acceso de más de 56% (46.2% pobres y 10.4% en extrema pobreza) (Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social, 2011) de la población a los servicios de atención dental, aunado al alto costo que representa la práctica privada predominante concentrada en las grandes ciudades y a la complejidad de los tratamientos que conllevan las nuevas terapéuticas como los implantes o injertos, así como a las deficiencias en la cobertura del sector salud (10 médicos contra un dentista) tanto en los tratamientos como en programas de prevención e intervención para la población (Secretaría de Salud Pública, 2007).

Por lo tanto, es menester reconocer que el cambio de conducta con respecto a la salud no puede supeditarse a la comprensión y entendimiento de ella, y a la voluntad personal, ya que el factor económico es un elemento determinante para el acceso a las medidas preventivas fundamentales, como la alimentación nutritiva, y a los servicios en salud bucodental que ofrece la práctica privada, que deja fuera a más de 56% que vive en condiciones deplorables (Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social, 2011), y en donde la salud bucal no forma parte de sus necesidades de vida, lo cual explica la morbilidad bucodental actual de la población, aspecto al que se suma la escasa educación y los inadecuados hábitos alimenticios que promueve una sociedad consumista en detrimento de la salud.

Microambientes

Los componentes naturales y sociales son compartidos con los microambientes específicos donde el hombre vive y convive: habitación, lugares de reunión (trabajo, estudio recreación y deporte) y medios de transporte, entre otros. Por lo tanto, la protección contra infecciones y daños a la salud depende de las condiciones que prevalezcan en la vivienda, los sitios de reunión y actividad física desarrollada.

Es un hecho comprobado que el tipo de vivienda aumenta los índices de daños a la salud: las deficientes condiciones de construcción (vulnerables a sismos, huracanes o lluvias) e higiénicas (iluminación, ventilación, temperatura y humedad); cantidad y calidad de agua disponible, así como desechos líquidos, basura y presencia de fauna y flora domésticas nocivas.

Un dato relevante para comprender cómo la vivienda influye en la salud es el número de personas que la habitan y su concentración en las grandes ciudades. En México, de acuerdo con información del INEGI (2005), se registran 3.9 habitantes por vivienda (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010). Además, se presentan profundas diferencias entre vivienda urbana y rural. Así, en las megalópolis, el mayor problema radica en los cinturones de miseria que reproducen, e incluso intensifican, las deficiencias de las zonas rurales. En el campo, aunque pueden disponer de mayor espacio, se carece de servicios fundamentales (drenaje, agua potable, servicios de salud) (González, 1988).

Respecto a los lugares de reunión, si bien en México no existen estudios al respecto (González, 1988), en otros países se ha demostrado el impacto del ambiente de trabajo en la salud y en las muertes relacionadas con la ocupación. De acuerdo con Greene (1988), existen tres categorías amplias de salud relacionadas con el trabajo: enfermedades ocupacionales, lesiones por accidentes y factores de riesgo. La primera está ligada con la exposición prolongada a agentes o condiciones peligrosas que son específicas de los ambientes laborales, como las enfermedades de la piel y de los pulmones, producto del contacto prolongado con elementos irritantes (Greene & Simons-Morton, 1988).

El personal que trabaja en el área de odontología, como en cualquier área de la salud, está expuesto al contacto con microorganismos causantes de muchas patologías, especialmente con los que se hallan en la sangre y saliva. La posibilidad de adquirir cualquier enfermedad constituye un riesgo permanente, que se reduce siempre y cuando se evite el

contacto con estos elementos. Para evitar que la exposición repetida aumente el riesgo de adquirir eventualmente una infección, como la Hepatitis B, por su mayor frecuencia en la sangre, así como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, resulta necesario extremar las medidas de protección personal y aplicar la vacuna contra la hepatitis B para minimizar esta vulnerabilidad. Asimismo, la prolongada exposición al ruido, por el empleo constante de aparatos eléctricos y mecánicos que caracterizan la práctica profesional, es otro factor que puede producir problemas, como disminución o pérdida auditiva y vértigos, así como alteraciones psicológicas, como cansancio, irritabilidad, dificultad de concentración y nerviosismo (Secretaría de Salud, 2003; Gestal, 2010).

Las lesiones por accidente, producto de las condiciones de trabajo (falta de seguridad y equipo seguro) aumentan por la falta de ética entre los trabajadores, la fatiga y el descuido. En el cirujano dentista, el agotamiento psíquico se desencadena como parte de su actividad profesional, que le demanda una gran responsabilidad y concentración en la atención de pacientes cada vez más exigentes. La sobrecarga de trabajo (física y psíquica), la inestabilidad económica y el aislamiento profesional suelen llevar al cirujano dentista a la fatiga, angustia, estrés, problemas de depresión y sentimientos de soledad, circunstancia que lo hace muy susceptible a lesiones frecuentes (pinchaduras). Ante tal, situación, la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006 para la prevención y control de enfermedades bucales establece que “para prevenir los riesgos de tipo psicosocial, el cirujano dentista debe realizar pautas para la salud, a fin de abatir el estrés y la ansiedad” (Secretaría de Salud, 2003).

Existen otros factores de riesgo (exceso de peso, mala nutrición, hipertensión, deficientes medidas autoprotectoras contra los peligros del ambiente) que interactúan como precursores de los problemas de la salud.

Otra circunstancia que puede afectar la salud son los accidentes vehiculares, ya que a pesar de que se ha demostrado la disminución de muertes con el uso del cinturón de seguridad, aún continúa representando un porcentaje muy alto de muertes prematuras e incapacidades, con las implicaciones económicas que esta problemática implica, cuya solución en gran medida depende de un cambio de actitud personal para la prevención de accidentes con el uso del cinturón de seguridad, así como de la disminución en el consumo de alcohol, en cumplimiento con las políticas de protección instrumentadas (alcoholímetro y empleo del cinturón de seguridad).

Desafortunadamente, las influencias ambientales sobre la salud no están bajo el control directo e inmediato de los individuos. Aun cuando las influencias y la conducta de salud personal están relacionadas de manera inextricable, las circunstancias ambientales van más allá del control de los individuos, y con frecuencia sobrepasan la influencia de la conducta personal.

El individuo debe cuidar de sí mismo adoptando conductas sanas, ya que la prevención primaria de muchas patologías bucales, dentales y craneofaciales es posible mediante una dieta balanceada, higiene y hábitos promotores de salud correctos. Los individuos deben utilizar una pasta dentífrica fluorada e hilo dental para prevenir la caries y gingivitis. Para el profesional, significa incorporar el conocimiento actual a partir de la base científica, especialmente en los hallazgos que incidan en el diagnóstico oportuno, la valoración y control del riesgo, y el tratamiento de patologías y alteraciones bucales.

Factores macroambientales

Los factores macroambientales son elementos del entorno que afectan la salud, sobre los cuales la persona tiene poco control inmediato. El macroambiente, como determinante de la salud o enfermedad de las personas, es un todo único, en el cual los individuos y los grupos interactúan en el transcurso de sus vidas y en el que manifiestan sus acciones. , Para su estudio, se dividen en dos grandes apartados: ambiente físico o natural y ambiente social.

Los antecedentes de que los factores ambientales juegan un papel importante en la determinación de las condiciones de salud se sustentan en tres líneas de investigación epidemiológica: tendencias de mortalidad a lo largo del tiempo, comparaciones de cruce cultural de la morbilidad y la mortalidad, y estudio sobre la mortalidad y la morbilidad con respecto a factores específicos (Greene & Simons-Morton, 1988).

Si se evalúan los efectos que ha tenido en la salud la administración de los recursos naturales, el panorama es deplorable: la contaminación del agua potable con productos químicos, la contaminación del aire con subproductos de la quema de combustible (contribuyen de manera importante a enfermedades inducidas por el ambiente, como el cáncer), la proliferación de automóviles conducidos de manera irresponsable, cigarrillos olvidados, armas de fuego de mano y muchos otros peligros físicos contribuyen a lesiones y muertes de miles de personas. La inestabilidad económica y el desempleo desenfrenado contribuyen al crimen, enfermedades mentales, suicidios y otros problemas sociales y de salud. Cada año, cientos de trabajadores están expuestos a productos químicos de los que no se conoce su grado de toxicidad y que son peligrosos para la salud (Greene & Simons-Morton, 1988). Tan sólo en México, las enfermedades de vías respiratorias ocupan actualmente el primer lugar de las principales causas de consulta en el país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010) e impactan de manera significativa a la población más vulnerable, niños y personas de la tercera edad. Estas enfermedades resultan de la contaminación del ambiente (medios de transporte, fábricas y basura) y de la concentración desenfrenada de los habitantes en las grandes ciudades, lo cual requiere del desarrollo y fortalecimiento de programas en salud pública que atiendan urgentemente la destrucción paulatina del ambiente.

Los determinantes macroambientales reconocen dos grandes apartados: el ambiente natural, que comprende los

caracteres físicos y biológicos derivados de la geografía, latitud, altitud, orografía, hidrografía y naturaleza geológica, así como el clima: temperatura, humedad relativa y velocidad del viento; y el ambiente social, determinado por las actividades económicas, sociales, políticas, culturales y religiosas (González, 1988). Los factores ambientales sociales que influyen de manera importante en la salud son las condiciones socioeconómicas, el sexo, la raza, el origen étnico y la educación (Greene & Simons-Morton, 1988).

El impacto más evidente del medio social y físico se observa en las enfermedades cardiovasculares, cáncer y lesiones (Greene & Simons-Morton, 1988). Si las enfermedades ambientales se están convirtiendo en la “enfermedad del siglo”, entonces la protección del ambiente debe constituirse en el ingrediente más importante de cualquier programa nacional de salud, como política ineludible para lograr el derecho constitucional que todo ciudadano debe poseer: la salud.

Ambiente físico

El ambiente físico (natural para otros autores) influye en la actividad del hombre y en su salud (González, 1988). Las condiciones geográficas y climáticas determinan el tipo y distribución de la flora y de la fauna, incluso de aquella potencialmente nociva para la salud por ser agentes patógenos directos: bacterias, parásitos, virus y hongos.

México ha sufrido serios cambios ecológicos. De grandes zonas de selvas húmedas y semihúmedas, sólo se conserva 5% de la superficie que originalmente ocupaban. La desecación de zonas lacustres, como la del valle de México, ha dado lugar a la producción de tolveneras que acarrearán diariamente hasta dos toneladas de polvo por kilómetro cuadrado. Asimismo, el uso irracional del agua como medio de transporte de desechos produce la pérdida de hasta 50% del agua potable que reciben las poblaciones para su consumo. Los sistemas de drenaje de tipo mixto para aguas negras y pluviales producen pérdidas muy importantes para la recarga de mantos acuíferos subterráneos (González, 1988).

La contaminación del agua, aire y suelo (físico, químico o biológico) influye de manera decisiva en la salud de la población. Los principales lugares de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles los ocupan los padecimientos ligados a la contaminación del agua de consumo, en correspondencia con 50% de agua potable que recibe la población, debido a la exposición de contaminantes en la conducción y en el almacenamiento (González, 1988). Sólo a dos ciudades (México y Puerto Vallarta) de 90 que existen con más de 40 000 habitantes se les ha otorgado certificado de calidad del agua.

La contaminación atmosférica (alteración de la calidad del aire), como consecuencia de la emisión de gases, vapores o partículas líquidas y sólidas (resultado de la actividad humana), o de fenómenos naturales: tolveneras, temblores, erupciones volcánicas e incendios, es un problema de salud, no sólo para los seres humanos, sino también para los animales y las plantas. En el medio urbano, los principales contaminantes del aire que afectan la salud son el anhídrido sulfuroso, el monóxido de carbono, partículas en suspensión y oxidantes fotoquímicos, generados por las instalaciones termoeléctricas y los vehículos de motor, los cuales emiten monóxido de carbono, plomo, óxidos de nitrógeno e hidrocarburos, que por condiciones térmicas o de luz solar producen ozono. El efecto que tiene la contaminación del aire en la salud se asocia de manera importante con las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y con el aumento en la frecuencia de bronquitis crónica, asma y enfisema pulmonar; asimismo, es un factor causal de cáncer de pulmón vinculado también al hábito de fumar (Zarzar, 2006).

La contaminación de los suelos producida por plaguicidas, irrigación con aguas negras no tratadas, desechos industriales, basura, heces fecales del hombre y de los animales en zonas urbanas, cinturones de miseria, semiurbanas y rurales inciden en las enfermedades diarreicas. En cuanto a la fauna nociva, en México existen condiciones favorables para el desarrollo de una gran cantidad de especies causantes de enfermedades endémicas, como el paludismo y la cisticercosis (González, 1988).

Ambiente social

El ambiente social, determinado por las actividades económicas, sociales, políticas, culturales y religiosas, también desempeña un papel importante en el origen, presencia y cambios de la salud y la enfermedad, sea como agente causal inmediato (desnutrición proteínico-calórica, neurosis, drogadicción) o mediato (enfermedades infecciosas, accidentes).

Como ya se mencionó, la inequidad es un factor determinante en la salud y la enfermedad de la población. Ante una sociedad en la que 10.4% vive en extrema pobreza (Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social, 2011), en donde los costos de los servicios dentales se hacen cada vez más inaccesibles y los programas de salud pública son insuficientes, las condiciones de acceder a una salud bucal se hace cada vez más marcada.

El hecho de que la pobreza contribuye directamente a la enfermedad o mortalidad es ampliamente conocido. El ciclo, pobreza-enfermedad inicia desde la gestación. Cuando la nutrición de la madre es insuficiente, las características de su patrón reproductivo (edad de procrear, número y frecuencia de los hijos) y la inapropiada atención prenatal y del parto provocan tasas elevadas de mortalidad infantil, bajo peso del recién nacido y altas afecciones perinatales (Secretaría de Salud, 2001), con enormes probabilidades de morir a edades tempranas. La alimentación deficiente en la infancia deja huellas irreversibles tanto en el crecimiento como en el desarrollo de las personas: baja estatura, mayores probabilidades de adquirir una enfermedad y limitado desempeño escolar. En la edad adulta, estos aspectos se hacen evidentes cuando las enfermedades se presentan con mayor frecuencia, limitando el desarrollo físico y laboral. De igual manera, la

desnutrición es uno de los factores causantes de la caries dental (Zarzar, 2006).

En el terreno demográfico, México experimenta dos procesos de enorme trascendencia. El primero se relaciona con la disminución de la mortalidad general e infantil que, en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad, han producido el envejecimiento de la población, aumentando la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional y, por lo tanto, las expectativas de vida. Estas personas indudablemente experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención más compleja, con implicaciones importantes en los sistemas de salud. El segundo proceso demográfico tiene que ver con la distribución espacial de la población: la concentración acelerada y la urbanización desordenada, lo que ha propiciado nuevos riesgos para la salud.

La cultura engloba múltiples conceptos, explicaciones, razonamientos, lenguaje, ideología, costumbres, valores, creencias, sentimientos, intereses, actitudes, pautas de conducta, tipo de organización familiar, laboral, económica, social y tecnológica. En el transcurso de la historia, para su supervivencia, los grupos sociales han encontrado numerosas dificultades y han generado respuestas colectivas para poder superarlas; la experiencia así acumulada configura la cultura (González, 1988).

La cultura, entendida como el modo de vida que adoptan las poblaciones, es un elemento que influye de manera importante en la salud. Así ocurre con las tradiciones, creencias, hábitos y actitudes de las comunidades. El éxito o fracaso de las campañas o programas de salud descansa muchas veces en la consideración de valores, actitudes, percepciones, pensamiento y formas de comportamiento de la población en relación con la salud, la enfermedad y la muerte. Se requiere del conocimiento de las creencias predominantes relativas a la salud y la enfermedad (religiosas, mitos, leyendas y supersticiones), y, en general, del sistema de valores de cada grupo, estrato social y comunidad, así como de los hábitos, costumbres, vida doméstica y comportamiento relacionados con la salud, y específicamente del grado de educación sanitaria (González, 1988). Esta circunstancia se presenta claramente en las zonas fronterizas, en donde la influencia del entorno (país desarrollado, EUA, o subdesarrollado, Guatemala y Belice) determina los estilos de vida, como el acceso a la comida rápida y bebida embotellada carbonatada, altamente dañinas para la salud, o bien la adopción de conductas de lo cultural y socialmente aceptado que promueven los medios de comunicación, que impactan de manera decisiva en los trastornos de la cultura alimentaria: bulimia y anorexia, con sus respectivas consecuencias tanto en la salud general (desnutrición) como bucal (erosión de esmalte, caries y enfermedad periodontal).

En México, no hay una cultura uniforme ni general; es un país caracterizado por una gran heterogeneidad cultural, dedicada a la persistencia de grupos indígenas, discontinuidades educativas, diferentes niveles de urbanización, concentraciones industriales, interpretaciones del sistema político y otros rasgos. Estos antecedentes son importantes, dada la relación de estos aspectos con las condiciones reales en México, ya que esto explica la diversidad de concepciones o ideas que coexisten acerca de la salud y la enfermedad, desde las mágicas “naturales” hasta las científicas, menos difundidas. El valor de la salud no ocupa un lugar privilegiado en la escala social de valores, incluyendo al gremio odontológico. En estas circunstancias, la publicidad encuentra terreno fértil para la adopción y consumo de alimentos industrializados, alimentos “chatarra”, así como para fortalecer otros hábitos nocivos para la salud, como el tabaquismo, el alcoholismo y la adicción a las drogas. Las costumbres y tradiciones favorecen la resistencia a la aplicación de medidas preventivas en el trabajo, en la vía pública y en el hogar, lo cual representa una condición elemental para el desarrollo de los programas de salud.

En este rubro, son evidentes los estragos que han causado en la población los estilos de vida adoptados, derivados de la mala nutrición y el sedentarismo. En 2006, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, 2006). México ocupa el primer lugar a nivel mundial en casos de obesidad infantil, aun por arriba de EUA, que sigue siendo el primero en términos de obesidad en la población en general; sin embargo, lo trascendental es que casi 70% de los mexicanos tiene problemas de sobrepeso, y de éstos, 30% es obeso (Asociación Mexicana Naciones Unidad, 2011).

Por otro lado, los accidentes asociados al consumo de alcohol y drogas continúan siendo la primera causa de muerte entre los 15 y 19 años. Asimismo, debido a la falta de protección personal, se reportan 366 mil nacimientos (Grupo de Información en Reproducción Elegida AC, 2011) no deseados al año y la exposición para la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, causante de 86.7% de los casos acumulados de sida que, dado su crecimiento exponencial, para el 2000 representaba una cifra aproximada de 65 mil casos, problemática en donde la cultura ocupa un lugar fundamental (Zarzar, 2006).

La interacción de los valores culturales y la salud se hace presente en el diagnóstico de la salud de los diferentes grupos sociales. Las poblaciones indígenas marginadas tienen bajos índices de ingreso económico y alfabetismo; asimismo, las comunicaciones y servicios sanitarios y municipales son muy deficientes, por lo que las tasas de mortalidad general e infantil son elevadas en comparación con las registradas en otras comunidades del país (González, 1988).

Factores competitivos del ambiente, atención médica y salud pública pueden ponerse a disposición para alcanzar una meta social: la salud (Greene & Simons-Morton, 1988). La única posibilidad de atender los problemas de inequidad es la reorientación de los sistemas de salud hacia la prevención y la promoción, no existe otro camino, no hay forma de disminuir o terminar con la desigualdad si no hay una movilización de los sistemas de salud hacia programas de prevención y protección de la salud.

Los factores sociales determinantes de la salud respaldan la necesidad de atender los problemas bajo un enfoque integrado, dada la asociación que tienen los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales (dieta, consumo de tabaco y alcohol, higiene, tensión y ejercicio) con enfermedades como el cáncer, cardiopatías y diabetes. Investigaciones recientes demuestran que existe una relación estrecha entre las afecciones de la cavidad bucal, como la caries y la enfermedad periodontal, y el control de enfermedades crónicas degenerativas, cardiovasculares y enfermedades respiratorias agudas. Asimismo se ha identificado que estos padecimientos pueden dificultar el control de algunas enfermedades sistémicas como la diabetes. Modificar estos factores reducirá los riesgos de adquirir afecciones sistémicas y enfermedades bucales: caries, enfermedad periodontal y cáncer bucal (Daly *et al.*, 2002).

La boca refleja el estado de salud general y de bienestar. Los factores de riesgo de la salud general comunes a muchas enfermedades, como el hábito tabáquico y una dieta pobre, también afectan la salud bucal y craneofacial. La evidencia de la asociación de factores (conexiones patológicas sistémico-bucal), entre infecciones bucales crónicas y diabetes, enfermedades del corazón y de los pulmones, infarto, bajo peso natal y nacimientos prematuros (*US Department of Health and Human Services, 2000*), demanda de las instituciones del sector salud y educativo el impulso de políticas que promuevan condiciones ambientales para facilitar y fortalecer una cultura de prevención y promoción a la salud (prácticas de autocuidado y estilos de vida), así como el reconocimiento del impacto de la salud bucal en la salud general, para que la integren como un área prioritaria en los programas nacionales de salud.

Diversos estudios muestran evidencias de que la población de más bajos ingresos presenta de manera importante problemas de salud bucal, así como un estado deficiente de bienestar, por la falta de acceso a un sistema de atención. Las patologías bucales son más frecuente en individuos con un estatus socioeconómico bajo en cualquier etapa de la vida y en aquellos que son más vulnerables por una deficiente salud general (*US Department of Health and Human Services, 2000*), lo cual muestra la necesidad de dirigir esfuerzos interinstitucionales para impulsar programas de servicio que afronten de manera directa y global las disparidades en la salud.

Las patologías bucales pueden relacionarse con los ingresos, edad, sexo, raza o etnia y estado de salud. Pese a que las enfermedades dentales comunes se pueden prevenir, no todos los miembros de la sociedad están informados sobre ello, o no son capaces de autoproporcionarse las medidas de promoción de la salud bucal. De manera parecida, no todos los proveedores sanitarios se percatan de la necesidad de los servicios para la mejora de la salud bucal. Además, la salud bucal no está integrada en muchos de los programas de atención. Los factores sociales, económicos y culturales, así como los cambios demográficos, afectan la utilización y administración de servicios de salud, y el cuidado propio de las personas. La reducción de disparidades requiere una amplia gama de acercamientos a las poblaciones de alto riesgo para determinadas patologías bucales e involucra la mejora del acceso a los servicios existentes (*US Department of Health and Human Services, 2000*).

El impacto social de las enfermedades bucales es importante y cuantificable. Cada año se pierden más de 51 millones de horas de clase debido a problemas dentales. Los niños de bajos recursos tienen 12 veces más días de actividad escolar restringida a causa de la patología dental que los niños provenientes de familias de alto poder adquisitivo. El dolor y el sufrimiento provocado por las patologías no tratadas pueden conllevar problemas en el habla, la alimentación, la escolarización y el aprendizaje (*US Department of Health and Human Services, 2000*).

En este contexto, es indispensable identificar los factores de riesgo asociados con las enfermedades bucales para la prevención primaria, acciones que deberán anteponer los profesionales de la salud como parte de su función social. Asimismo, la identificación de grupos de bajo-alto riesgo es muy útil para la prevención secundaria cuando están disponibles los medios de detección precoz y tratamiento rápido, lo que respalda el valor preventivo y el impacto que esto tiene en el curso de las enfermedades, en el sentido de que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas. Por ello, es fundamental reconocer los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más frecuentes en la cavidad bucal para su prevención.

La evidencia de que no todos hemos alcanzado el mismo nivel de salud bucal y bienestar es el mayor reto, pero se requiere el esfuerzo de todas las instituciones públicas y privadas, así como de los individuos.

Para mejorar la calidad de vida y eliminar las disparidades, se requiere la comprensión del proceso de todos los factores involucrados que determinan la salud o enfermedad de las personas y la voluntad de los que administran el entorno de la población.

Una tarea clave para los profesionales de la salud pública es actuar como defensores para el cambio, promover la salud y reducir la desigualdad. La defensa supone influir en los responsables de la política de decisión para que sepan que la salud es hecha considerando sus programas. Numerosas iniciativas del gobierno han sido lanzadas en los últimos años para reducir la salud y la desigualdad social. La clave para el éxito de esta tarea es trabajar en conjunto para el cambio sostenible.

REFERENCIAS

- Álvarez, R. (2002). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México, DF: El Manual Moderno.
- Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social (CONAPO). Recuperado de http://internet.coneval.gob.mx/Informes/archivos_twitter/indicador_pobreza2010.html
- Daly, B., Watt, R., Batchelor, P., & Treasure, E. (2002). *Essential Dental Public Health*. Great Britain: Oxford University Press.
- Duque de E., J., Rodríguez, A., Coutin, G., & Riverón, F. (2003). Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal en niños. *Rev Cubana de Estomatología*, 40(1).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Recuperado de <http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/Ensanut2006.pdf>
- ENSA-2000 (2001). Secretaría de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento: México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud
- Estupiñán, S. R., Baez, R., Horwitz, H., Warpeha, R., Stheriand, B., & Thamer, M. (2001). Sald Fluoridation and dental caires in Jamaica. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29, 247-252.
- Frías, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona, España: Masson.
- Gestal, J. J. (2010). *Riesgos*. Madrid: Interamericana MacGraw-Hill.
- González, E. (1988). *Diagnóstico de la salud en México*. México, DF: Trillas.
- Greene, W. H., & Simons-Morton, B. G. (1988). *Educación para la Salud*. México, DF: Interamericana.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida AC. (GIRE). Hoja Informativa. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/recursos/publicaciones>
- , (2010). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t= msal06&s=est&c=22462>
- , (2010). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
- Irigoyen, M. E., Zepeda, M. A., Sánchez, T. L., & Molina, N. (2001). Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. *Revista ADM*, 52(3), 98-104.
- La Belle, T. (1982). Educación formal, no formal e informal: Una perspectiva holística sobre el aprendizaje vitalicio. Revió of Education, en: *Antología Docencia en Enfermería 2003*. SUA-ENEO-UNAM.
- Mac Donald Ralph, E., & Avery, D. (1987). *Odontología para el niño y el adolescente*. Argentina: Editorial Mundi.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (marzo, 2007). *Salud Bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención de la morbilidad*. 60a. Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). (2006). *Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental*. 138a. Sesión del Comité Ejecutivo del 19-23 de junio.
- Pérez, A., & Gimeno, J. (2002). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Ramos, R. (1985). *Alimentación normal en niños y adolescentes. Teoría y práctica*. México, DF: El Manual Moderno.
- Rochon, A. (1996). *Educación para la salud*. Barcelona, España: Masson.
- Rojas, F., Kely, S. A., Drake, K. M., Eckert, G. J., & Dunipace, A. J. (1999). Fluoride intake from food, beverage and dentifrice by young children in communities with negligibly and optimally floridated water: a pilot study. *Community Dent Bucal Epidemol*, 27, 288-297.
- Secretaría de Salud (SS). (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006: La democratización de la salud en México, hacia un sistema universal de salud*. México.
- Secretaría de Salud (SS). (2003). *Norma Oficial Mexicana, NOM234-SSA1-2003*. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008
- Secretaría de Salud Pública (SSP). (mayo, 2007). *Primera reunión para definir la estrategia que permita lograr niñas y niños libres de caries en México*. México, DF.
- Thibodeau, E. A. (1999). Salivary *mutans streptococi* and caries development in primary and mixed dentitions of children. *Comun Dent Bucal Epidemiol*, 27(6), 406.
- US Department of Health and Human Services. (2000). *Bucal Health in America: A Report of the Surgeon General -- Executive Summary*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health.
- Velásquez, O., Vera, H., Irigoyen, M. E., Mejía, A., & Sánchez, T. L. (2003). Cambios en la prevalencia de la caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987-1988 y de 1997-1998. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 13(5), 1-14.
- Zarzar, C. (2006). *Habilidades básicas para la docencia*. México: Patria.

Instrucciones: lee con atención las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta.

1) La educación se entiende como:

- a) Proceso que posibilita la socialización y humanización del hombre
- b) Acción que transmite conocimiento de vanguardia
- c) Conjunto de actividades que promueven la adquisición de información
- d) Proceso informativo para cambiar conductas en salud

2) La educación informal es aquella que:

- a) Se encuentra institucionalizada por niveles educativos
- b) Se construye en la cotidianidad de las relaciones sociales
- c) Se orienta a la capacitación para el trabajo
- d) Se dirige para profundizar un saber específico

3) La educación no formal tiene su origen:

- a) Como proyecto independiente y al margen del sistema educativo nacional
- b) En la familia y otras instituciones sociales para la transmisión de valores
- c) Con la intención de dar cobertura a necesidades educativas y de salud
- d) Como actividad independiente de las instituciones educativas de cultura general

4) La educación para la salud se orienta a:

- a) Promover la transformación de formas de pensar y actuar sobre las cosas
- b) Indicar hábitos higiénicos para incorporarlos a la vida cotidiana
- c) Transmitir información sobre estilos de vida saludables
- d) Impulsar acciones personales de higiene de protección a la salud.

5) El método didáctico permite:

- a) Orientar las pláticas educativas a todo tipo de destinatarios
- b) Planear, instrumentar y evaluar sesiones educativas
- c) Usar técnicas de enseñanza modernas mediante el uso de tecnologías
- d) Crear aulas interactivas para promover la creatividad.

Respuestas: 1) a. 2) b. 3) c. 4) a. 5) b.

CAPÍTULO 5

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

*María Elena Nieto Cruz
Mirella Feingold Steiner*

INTRODUCCIÓN

La comunicación es el fenómeno que relaciona a los seres vivos, que reciben información de su entorno y la comparten con otros. En relación con los humanos, éste es un acto de la actividad psíquica derivada del pensamiento, lenguaje y desarrollo de las capacidades psicosociales de relación. Gracias a la comunicación, es posible el funcionamiento y desarrollo de las sociedades.

Este capítulo contempla las bases teóricas fundamentales de la comunicación y su incidencia en la práctica odontológica para la salud, y contiene los siguientes temas: comunicación, sus tipos y niveles, comunicación persuasiva, estrategias de comunicación para influir y lograr la adopción de modos de vida, de manera individual y colectiva, que favorezcan la salud bucodental.

El resurgimiento de enfermedades y la aparición de nuevos organismos infecciosos han puesto de manifiesto el gran interés en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Por ende, en la actualidad, la comunicación para la salud desempeña un papel protagónico en los programas de salud pública. Investigaciones realizadas en las últimas décadas han demostrado la importancia de la comunicación en todas sus modalidades para mejorar la salud de los pueblos.

COMUNICACIÓN HUMANA


“La comunicación humana es un proceso por el cual una fuente o emisor (individuo) inicia un mensaje utilizando símbolos verbales y no verbales y señales contextuales para expresar significados y lo transmite, de tal manera que los entendimientos similares o paralelos sean construidos por el (los) potencial (es) receptor (es)” (DeFleur, 2005, p. 7).

La importancia de esta definición estriba en tres aspectos esenciales: primero, alude explícitamente a la comunicación humana; segundo, la identifica como un proceso, y tercero, se refiere al significado; éste se ubica en términos de la semiótica (disciplina que estudia los signos).

Pierce, uno de los principales semióticos, señala que el significado se encuentra vinculado al signo y lo define como “cualquier objeto o acontecimiento usado como evocación de otro objeto o hecho” (Pierce, citado en Elizondo, 1990, p. 20). En términos semióticos, signo es todo aquello que tiene un significado para alguien; puede ser un signo lingüístico o no lingüístico, como aquellos que aparecen en la pintura, música, cine mudo, danza o la moda. En consecuencia, el hombre se encuentra inmerso en un mundo de signos que tienen significado para alguien.

Algunos semióticos han retomado los estudios sobre el signo que realizó el lingüista Saussure (1999), quien afirmó que el signo estaba constituido por dos elementos: significante y significado. El primero puede ser percibido por cualquiera de los sentidos y está conformado por una palabra, notas musicales, pinceladas en una pintura y la manera de vestir de un individuo. El segundo se refiere a la imagen mental que se representa el individuo al captar un significante; veamos, por ejemplo, el signo perro:

PERRO



Significante: el sonido que produce en su expresión oral

Significado: la imagen mental que un individuo tiene de un perro

Ya que la comunicación está constituida por una red de signos, el odontólogo, si quiere tener éxito al promover la salud bucodental, tiene que considerar esta complejidad de signos con su respectiva significación en una cultura determinada. Por ejemplo, si se va a establecer un programa de educación para la salud en una comunidad indígena, se tiene que tomar en cuenta la red de signos que se establecen en dicha comunidad, así como los significados que comparten, para establecer las estrategias comunicacionales para la salud.

Los elementos de significación que se tendrían que considerar en una cultura determinada podrían ser: el chamán, el curandero, la escuela, las costumbres, ritos y mitos. De esta manera, se deben establecer acciones comunicativas que, respetando su cultura, introduzcan acciones que mejoren considerablemente sus condiciones de salud. Los teóricos de la comunicación afirman que, cuando se comparten experiencias, se obtiene mayor eficacia en la comunicación porque éstas se evocan en común.

Aun cuando las experiencias no tengan el mismo significado para los individuos, puede haber comunicación. Lo que determina la comunicación es la emisión de un mensaje y la respuesta que el receptor o receptores tienen de éste, que puede ser de aceptación o de rechazo con sus diferentes matices: aceptación total o parcial, o rechazo total o parcial. Así, toda acción social está determinada por las relaciones sociales, y en éstas se comparten en mayor o menor medida significados comunes; por este motivo, se puede predecir cómo reaccionará él o los individuos ante determinado mensaje.

Aunque las culturas sean diferentes, se pueden evocar en común significados similares; por ello, algunas películas chinas, norteamericanas o mexicanas transmiten mensajes cuyos signos evocan en común significados similares; lo mismo ocurre con cierta música y, en general, con las obras de arte. Se puede decir, en términos generales, que el hombre comparte algunas significaciones similares en culturas diferentes, por lo cual existen relaciones sociales entre diferentes países y se puede comprender el papel que desempeñan la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otras organizaciones internacionales preocupadas por la salud del hombre.

Información

El término información se ha confundido frecuentemente con el de comunicación; incluso se han manejado como sinónimos. Sin embargo, a pesar de sus grandes similitudes, se han establecido sus propias especificidades. Paoli (2008) define la información como “conjunto de mecanismos que permiten al individuo retomar los datos de su ambiente y estructurarlos de una manera determinada de modo que le sirvan como guía de su acción” (p. 15). Lo que distingue a la información de la comunicación es que la primera no necesita evocar en común con otro u otros individuos y la segunda, sí lo requiere. Algunos teóricos afirman que, cuando existe una respuesta al mensaje, estamos en presencia de la comunicación.

Se ha caracterizado a la información como un conjunto de datos o señales que son transmitidas y su función es ordenar, dar forma, organizar y mantener el equilibrio en la naturaleza. Nuestro mundo está organizado con base en un orden, por ejemplo, el sistema planetario, la cadena alimenticia y la evolución de los seres humanos y los animales, por lo que el concepto de información es tan importante como el de comunicación. Cabe señalar que en los procesos comunicativos existe información. Podemos concluir que todo lo que nos rodea es información y, cuando ésta se involucra en procesos de significación, estamos en presencia de acciones comunicativas, es decir, la comunicación.

Elementos esenciales que integran el proceso de comunicación

El mundo en que vivimos está integrado por procesos naturales y sociales. La comunicación humana es un proceso que compete al hombre como individuo y como parte de su medio social. Por ello, es indispensable ubicar el término “proceso”; el diccionario de la Real Academia Española lo define como cualquier fenómeno que presenta una modificación constante a lo largo del tiempo.

Además, hay que considerar que un proceso está integrado por elementos que se encuentran intrínsecamente relacionados y que el cambio que sufra cualquier elemento modifica a todos los demás y, por ende, a todo el proceso. Por lo tanto, la comunicación es un proceso que está integrado por varios elementos que interactúan entre sí que determinan las características específicas de las situaciones comunicativas concretas.

Elementos del proceso de la comunicación: emisor, mensaje, canal, receptor, ruido y retroalimentación

Emisor. Persona, personas o instituciones que emiten un mensaje. Algunos autores, como Daniel Prieto (1992), señalan que existen principalmente dos tipos de emisores: emisor real y emisor vocero. El primero se refiere al que emite un mensaje original, es decir, que fue elaborado por primera vez y tiene el propósito comunicativo que éste le imprime. El segundo se refiere a un emisor que sólo es un instrumento de transmisión de un emisor real, por ejemplo, un empleado de la Secretaría de Salud (el director de Comunicación Social) que emite mensajes siguiendo las políticas establecidas por el director general de esa institución.

Mensaje. Está integrado por contenidos informativos que se encuentran, según Berlo (1977), en tres fases estructurales: código, contenido y tratamiento.

Código. Se refiere a que todo mensaje está basado en un lenguaje, que puede ser una lengua o cualquier sistema de signos; las ciencias tienen su propio código, como las matemáticas, química o biología. También existen otros códigos: pictórico, escultórico, braille, musical, danza y morse (telégrafo), entre otros. Cuando el emisor elabora un mensaje, se le denomina también codificador, debido a que estructura su mensaje con base en un código; cuando el receptor descifra ese mensaje se le denomina decodificador, porque interpreta ese mensaje a partir de un código.

Contenido. Enunciación (información) que se elabora con base en los códigos. El ser humano sólo puede comprender los contenidos de un mensaje si conoce el código.

Tratamiento. Para comprender este concepto, hay que considerar dos aspectos: el propósito del emisor, es decir, la intención que tiene al emitir un mensaje y las características de su destinatario, que puede ser una persona, un grupo o una multitud. El tratamiento es la forma o estructura que tiene el mensaje, considerando su sentido. Por ejemplo, si el promotor de la salud emite un mensaje a una población indígena con un bajo o nulo grado de escolaridad, el mensaje tendrá determinado tratamiento; y si este mismo promotor emite un mensaje a niños de secundaria de una zona urbana, el mensaje tendrá otro tratamiento.

Canal. McEntee (1996), con base en Berlo, define al canal como el medio por el cual el estímulo o mensaje se pasa de la mente de la fuente (codificador) a la mente del receptor (decodificador). Sin embargo, este autor afirma que cualquier medio que envíe mensajes es un canal; así, el aire y las ondas sonoras son canales, pero también lo son el cine, radio, televisión e Internet.

Moles (1975), prestigiado investigador de la teoría de la comunicación, clasifica los canales en fisiológicos y técnicos. Entre los primeros se encuentran el sonido, tacto, oído y la vista, mientras que los canales técnicos están conformados por la radio, cine, televisión, prensa, fotografía y, actualmente, se agregan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's), entre las que se ubica la Internet.

Receptor. Persona(s) que recibe(n) el mensaje. Hay autores que introducen otro elemento en este proceso comunicativo, el destinatario: la persona(s) o institución(es) a quien va dirigido el mensaje. Sin embargo, el mensaje puede ser recibido por otra persona o personas que no formen parte del objetivo del emisor y también son receptores aunque no destinatarios.

Ruido. Los teóricos de la comunicación definen al ruido como cualquier interferencia en el proceso de comunicación. Existen diversos tipos de ruido: a) físico-ambientales (aire, de un claxon, lluvia, entre otros), b) semánticos (hacen que no se comprendan los signos debido a la pluralidad de significados que pueden tener) y c) culturales (por desconocimiento de las expresiones culturales de una determinada comunidad o pueblo). El ruido puede estropear la fidelidad del mensaje e interpretarse con otro sentido o simplemente no escucharse.

Retroalimentación. Consiste en la respuesta que manifiesta el receptor al emisor del mensaje. Esta fase del proceso comunicativo es muy importante, porque el emisor puede reestructurar su mensaje o crear uno nuevo si éste no tuvo una respuesta favorable, o bien, elaborar un nuevo mensaje.

Consideraciones finales del proceso de comunicación

Un elemento muy importante del proceso comunicativo es el emisor, porque elabora un mensaje que, para ser exitoso, tiene que considerar las características de sus receptores. Imaginemos un escenario en el que un grupo de promotores de salud bucodental diseña una campaña de promoción de la salud en jardines de niños localizados en zonas de clase media-

baja. Tendrá que considerar principalmente tres tipos de receptores: los maestros, los padres de familia y los niños, además de su contexto cultural. En consecuencia, estos promotores diseñarán mensajes considerando los perfiles de todos sus receptores y, por lo tanto, los estructurarán con diversos tratamientos.

Es importante reiterar que todos los elementos del proceso de comunicación se encuentran estrechamente vinculados, pues forman una red interactiva; las características de cada uno de estos elementos integran la totalidad comunicativa. Cualquier modificación en alguno de éstos altera el proceso y, por tanto, la situación comunicativa.

Esquemas de la comunicación

En la antigüedad griega, Aristóteles consideró los elementos esenciales de la retórica: el orador, el discurso y el auditorio; actualmente, corresponden a la persona que habla, el discurso que pronuncia y la persona que escucha (figura 5-1).

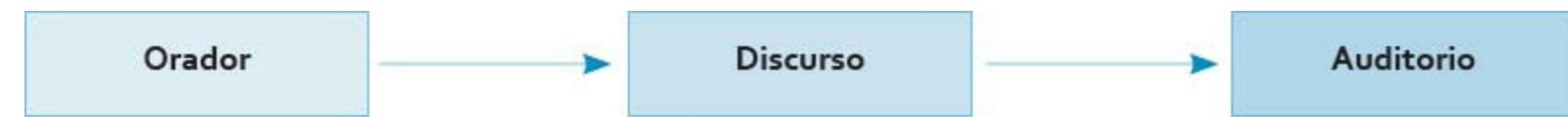


Figura 5-1. Elementos esenciales de la retórica.

Algunos investigadores (González, 2008), teniendo como base los elementos esenciales del proceso de comunicación, han elaborado diversos esquemas.

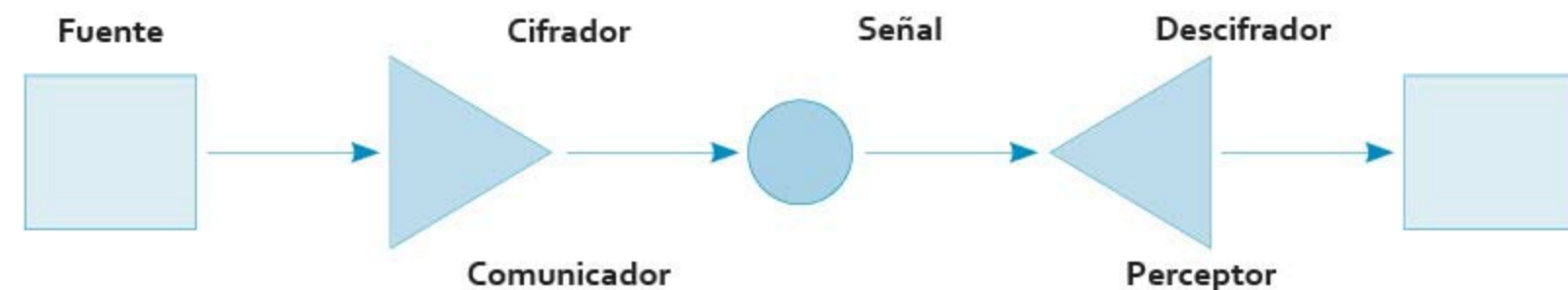


Figura 5-2. Adaptación del modelo de Shannon y Weaver al Sistema de Comunicación Humana por Wilbur Schramm.

Schramm

Tomó el modelo de telecomunicación de Shannon y Weaver para diseñar uno nuevo para la comunicación humana; se explica de la siguiente manera (figura 5-2):

Fuente. Se refiere al centro de donde proviene la información.

Cifrador. Persona que codifica el mensaje.

Comunicador. Persona que emite el mensaje, una misma persona puede ser cifrador y comunicador, por ejemplo, el cirujano dentista interactuando con el paciente. En otras ocasiones, sólo es cifrador o comunicador, por ejemplo, cuando el secretario de Salud envía un mensaje a las escuelas sobre recomendaciones para la salud y los profesores leen ese mensaje a sus grupos académicos.

Señal. Pueden ser, como se explicó antes, desde las ondas sonoras, los órganos de los sentidos, hasta la televisión, radio, prensa y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC's).

Descifrador. Persona que decodifica e interpreta el mensaje.

Perceptor. Persona que recibe el mensaje. Puede o no decodificarlo o interpretarlo.

Destino. Persona(s) o institución a quien va dirigido el mensaje.

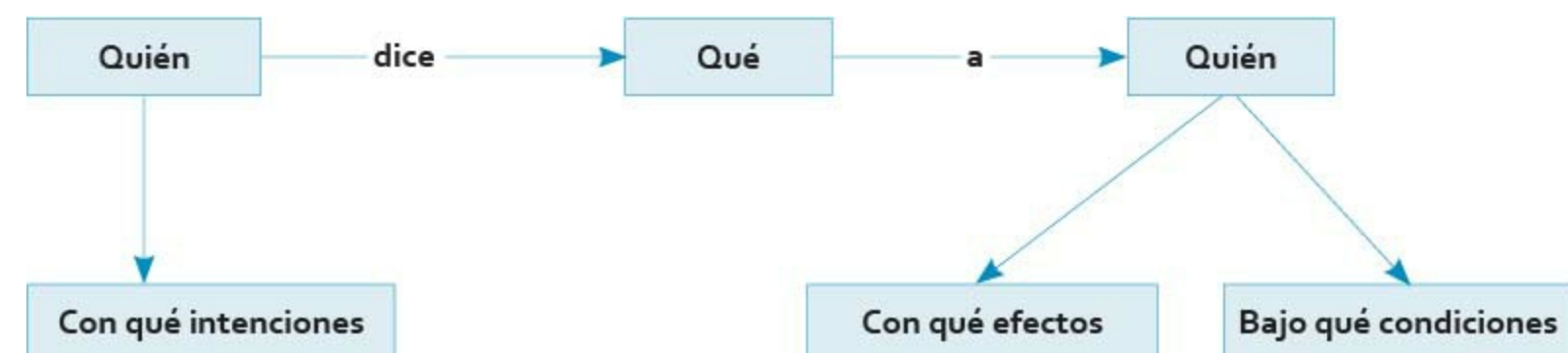


Figura 5-3. Esquema de Lasswell.

Lasswell

En el esquema de Lasswell, los elementos se corresponden de la siguiente manera (figura 5-3):

- Quién = emisor
- Qué = mensaje
- Quié = receptor

Intenciones. Se refieren a los propósitos que tiene el emisor para construir un mensaje; este aspecto ya se abordó en el tratamiento del mensaje.

Condiciones. Aluden a los contextos en que se recibe el mensaje. Existen dos tipos de condiciones: a) las que se relacionan con el perfil del receptor (aspectos individuales) y b) las condiciones sociales, económicas y políticas de un tiempo histórico determinado.

Efectos. Se refieren a la respuesta que manifiestan los receptores ante el mensaje; puede ser de aceptación, rechazo, indiferencia o incomprensión.

El proceso de comunicación interpersonal es posible cuando existen campos comunes de experiencia entre el comunicador y el perceptor.

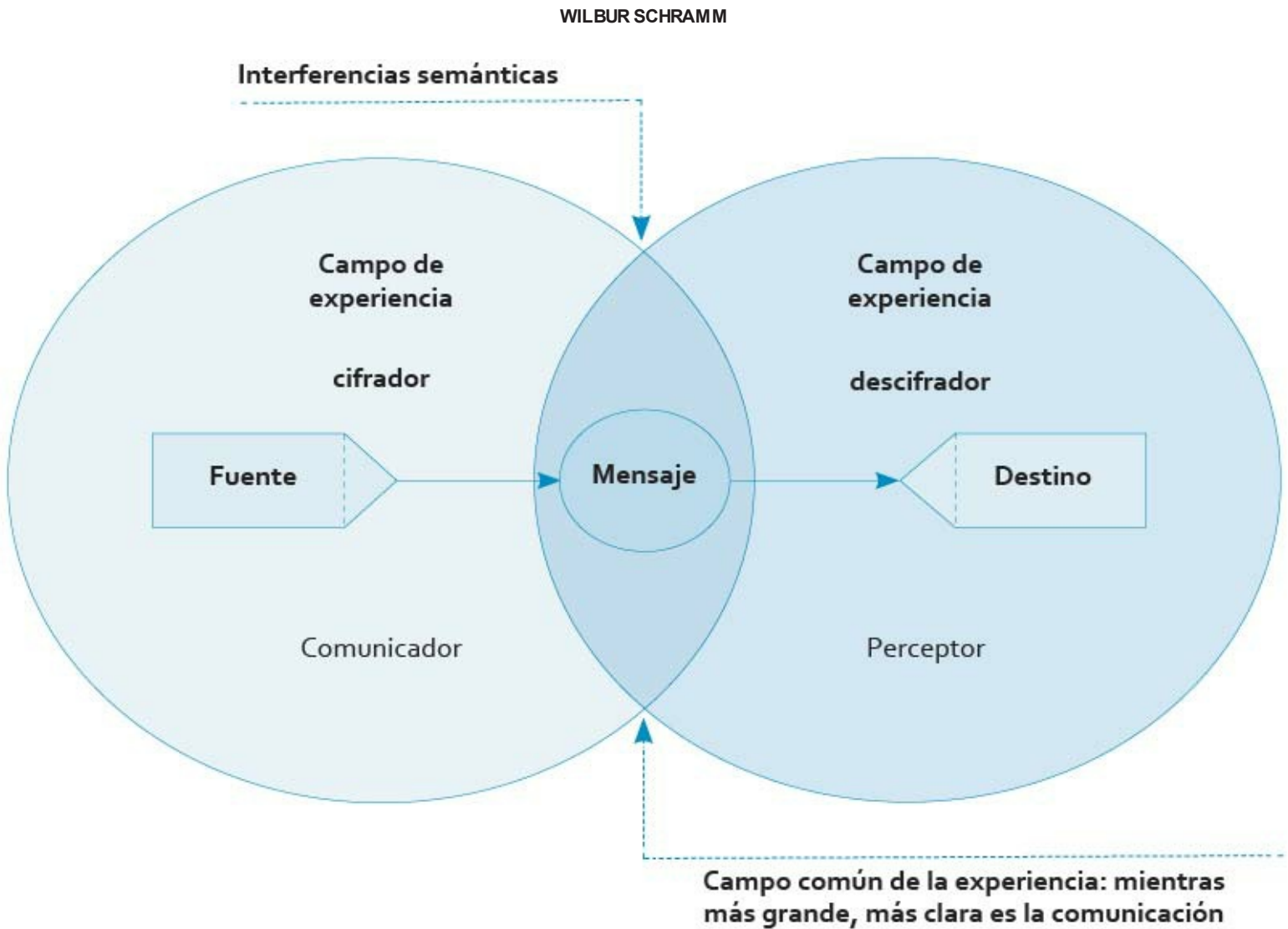


Figura 5-4. Proceso de comunicación interpersonal de Schramm.

Comunicación interpersonal de Schramm

Debido a que ya se han explicado en los esquemas anteriores algunos elementos de la comunicación que incluye

Schramm, sólo se expondrán los que este autor introduce (figura 5-4).

Campo de experiencia. Vivencias de todo tipo que tienen los individuos (culturales, académicas, familiares, religiosas, políticas y sociales, entre otras). Schramm señala que, a mayor experiencia común entre el comunicador y el perceptor, mayor fidelidad.

Interferencias semánticas. Signos lingüísticos que emite el comunicador y son desconocidos por el perceptor; por ejemplo, cuando el odontólogo le dice a su paciente que presenta gingivitis, pero éste desconoce el término.

Comunicación y cambio de actitud de Hovland

Este modelo es muy importante para la comunicación en salud debido a que incluye los cambios de actitud de los receptores, estableciendo así factores de predisposición del emisor y del receptor ante diversos elementos del proceso de comunicación y a la situación en que se lleva a cabo. Para Hovland, la eficacia de la comunicación consiste en el cambio de actitud de los receptores ante un mensaje, una vez que éste sea comprendido y aceptado, para lograr una conducta favorable en términos de los objetivos comunicacionales (figura 5-5).

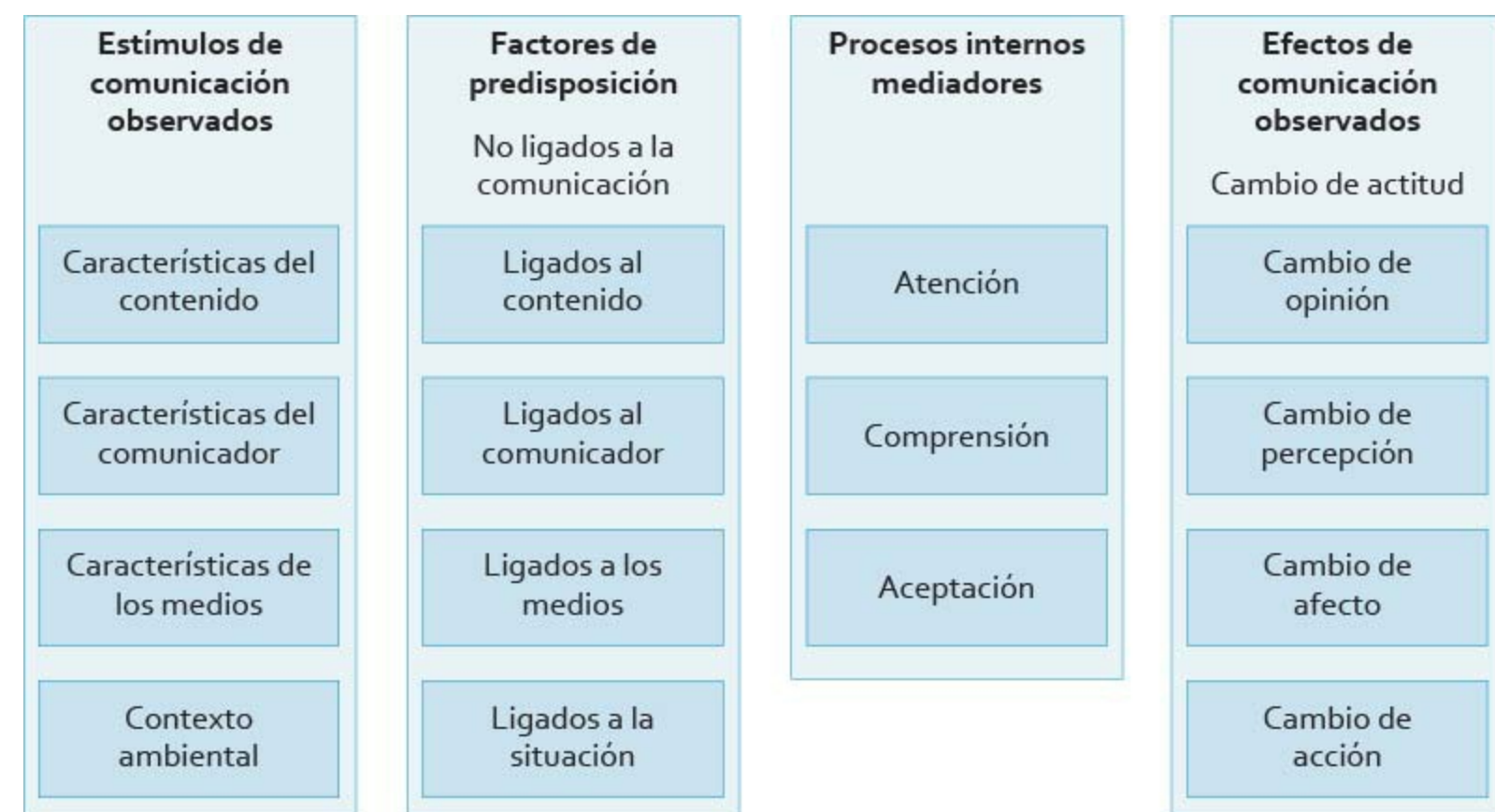


Figura 5-5. Proceso de comunicación de Hovland.

FORMAS, TIPOS Y NIVELES DE COMUNICACIÓN

Formas de comunicación

Comunicación verbal

La comunicación verbal, como su nombre lo indica, se refiere al verbo, es decir, a la palabra. En consecuencia, utiliza signos lingüísticos orales y escritos. Esta comunicación se ha considerado la más importante, particularmente la oralidad, en virtud de que no se necesita ser alfabeto para comunicarse.

Comunicación no verbal

En este tipo de comunicación se emplean signos no lingüísticos y se ha clasificado de la siguiente manera:

- **Kinética.** Se refiere a los movimientos de las diferentes partes del cuerpo en el proceso de comunicación.
- **Proxemia.** Alude a la distancia física de mayor o menor cercanía que existe entre los individuos y que interviene en los procesos de comunicación.
- **Prosodia.** Se vincula a las variaciones e intensidad del sonido emitido por una persona, como la entonación, ritmo,

cadencia y exclamación.

Tipos de comunicación

La comunicación es un fenómeno social que se hace presente de diversas maneras. Éstas se clasifican en tipos y formas dependiendo de la manera en que se relacionan los individuos, así como de los instrumentos que utilizan para su comunicación. Estos tipos y formas de comunicación humana están determinados por la cultura.

Maletzke (1976) elabora la siguiente tipología:

Comunicación directa

En este tipo de comunicación es necesaria la presencia física del emisor y del receptor del mensaje. Se le conoce como comunicación “cara a cara”; los canales por los cuales se transmite el mensaje son naturales y, al no existir medios artificiales, el cuerpo y específicamente la cara son elementos que tienen un alto grado de significación.

Ejemplo: La comunicación entre el cirujano dentista y su paciente, a través de miradas, gestos y, en general, actitudes corporales, así como las manifestaciones lingüísticas que ambos manifiesten en un consultorio dental.

Comunicación indirecta

Para que exista esta comunicación no es necesario que el emisor y el receptor se encuentren físicamente en el mismo espacio, ni estén cara a cara. La comunicación indirecta requiere de canales artificiales, es decir, 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 información y la comunicación (TIC's), entre las que se encuentran las redes sociales como *facebook*.

Ejemplo: Recomendaciones de la higiene bucodental por medio de un tríptico.

Comunicación unilateral

Se presenta cuando el emisor determina el proceso comunicativo, sin que exista posibilidad de que el receptor interpele al emisor; 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

Este tipo de comunicación se presenta cuando el emisor y el receptor interactúan y cambian de roles, es decir, pasan constantemente de emisores a receptores y viceversa. Pascuali afirma que la comunicación verdadera se presenta cuando entre el emisor y receptor no existen formas autoritarias. A esta característica de la comunicación este autor la denomina dialoguicidad; constituye una forma ideal de comunicación.

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

Comunicación privada

La característica principal de esta comunicación 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: El educador para la salud que se dirige a un grupo de alumnos en un salón de clases o en el patio de la escuela como parte de una campaña de salud bucodental.

Comunicación pública

En esta comunicación, el emisor casi nunca dirige su mensaje a una persona o grupo en particular, sino que éste puede ser recibido por diversos públicos conformados por individuos heterogéneos. Aquí encontramos los procesos de comunicación a través del teatro, cine, radio, televisión, prensa y en algunas redes sociales como *facebook*.

Ejemplo: Una campaña de salud bucodental, promovida por la Secretaría de Salud y transmitida a través de la televisión.

En función de los tipos de comunicación arriba descritos, Maleztk (1976) estructura una combinación de éstos; para facilitar su comprensión, las autoras diseñaron los ejemplos.

- Directa – recíproca – privada

Ejemplo: Conversación entre un grupo de cirujanos dentistas en una sala de juntas.

- Directa – recíproca – pública.

Ejemplo: Promotores de la salud bucodental emitiendo mensajes en el zócalo de la ciudad de México e interactuando con

el público asistente.

- Directa – unilateral – privada.
Ejemplo: Orden del director de una clínica de salud a los médicos.
- Directa – unilateral – pública.
Ejemplo: Discurso de un político sobre la salud en una plaza pública.
- Indirecta – recíproca – privada.
Ejemplo: La comunicación de un médico con su paciente vía telefónica.
- Indirecta – recíproca – pública.
Ejemplo: Un mensaje del rector de la UNAM a los estudiantes que aparece en la Gaceta de la Universidad, con respuesta de algunos estudiantes de diversas facultades por medio de Radio UNAM y con aclaraciones realizadas por el rector en relación con la respuesta de los estudiantes en la misma Gaceta.
- Indirecta – unilateral – privada.
Ejemplo: La recomendación del secretario de Salud a través de una carta dirigida a los padres de familia para que sus hijos se vacunen y que esta carta no tenga respuesta.
- Indirecta – unilateral – pública.
Ejemplo: Una campaña de salud a través de cualquier medio de comunicación masiva: cine, radio, televisión o prensa.

Niveles de comunicación

Comunicación intrapersonal

Este nivel se caracteriza por la comunicación que tiene el individuo consigo mismo, es decir, un diálogo interno. Algunos psicólogos lo llaman introspección; puede expresarse también como un monólogo (diálogo que tiene el individuo en voz alta consigo mismo) y es el único caso en que el emisor y el receptor son la misma persona.

Comunicación interpersonal

Se refiere a la comunicación entre dos o más personas. A este nivel interpersonal, junto con la comunicación verbal, se les considera como los niveles óptimos de comunicación.

Comunicación grupal

Comunicación intragrupal. Se presenta dentro de un grupo social, por ejemplo, un grupo académico, religioso, político o deportivo. La comunicación en este nivel se establece a partir de que existe en un grupo cierta homogeneidad, cohesión e identidad que lo caracterizan como tal. Es decir, existen elementos que los unifican, aunque también puedan existir divergencias. Es importante que un educador para la salud identifique a los líderes de un grupo, debido a la influencia que éstos tienen dentro del mismo, y establezca acuerdos con ellos en beneficio de los grupos sociales.

Comunicación intergrupala. Procesos de comunicación entre dos o más grupos. En ocasiones, la comunicación se puede presentar como antagónica. El educador para la salud debe considerar esos antagonismos cuando trabaje con grupos diversos para establecer las estrategias de educación comunicacionales pertinentes.

Comunicación colectiva

En años anteriores, algunos autores ubicaban a este nivel de comunicación como sinónimo de comunicación masiva. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de los estudiosos de la comunicación la definen como aquella comunicación que se manifiesta en pequeños grupos y con un auditorio que presenta ciertas características de homogeneidad. Como ejemplo de este nivel están las representaciones teatrales, conferencias y audiciones musicales.

Comunicación masiva

Sus mensajes, en términos generales, van dirigidos a receptores heterogéneos (diferentes edades, ocupaciones, religiones y nivel socioeconómico). Asimismo, casi no existe intercambio de información entre los emisores y los receptores.

Comunicación en salud

En la 23a. Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en septiembre de 1990, se manifestó la necesidad de la

comunicación social como un aspecto fundamental para la educación y promoción de la salud. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud, en sus programas de Orientaciones Estratégicas de 1995-1998 (Coe, 1998), señaló que se debe emplear la información como un instrumento de cambio para elevar el nivel de calidad de vida en salud y que es esencial la comunicación para fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud (Coe, 1998).

La Organización Panamericana de la Salud, preocupada siempre por una vida saludable, el 30 de septiembre de 1993, por medio de su Consejo Directivo, 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, e involucraran a la población. Ante esta inquietud, se confirmó en la Declaración de Yakarta la promoción de la salud en el siglo XXI, en la que se señala la necesidad e importancia del acceso a los medios de información y la tecnología de las comunicaciones para lograr la salud mediante la promoción. Desde entonces a la fecha se han celebrado constantemente congresos, simposios y conferencias, entre otros eventos, en donde se hace énfasis en la importancia de la comunicación para la salud.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) (2010) señala que la comunicación en salud comprende la investigación y la utilización de estrategias de comunicación con el fin de informar e influir en las decisiones individuales y comunitarias para mejorar la salud. Así, la OMS reconoce a la comunicación como una forma indispensable para la salud pública y personal.

La comunicación en salud contribuye a la salud integral del ser humano. La odontología coadyuva de forma definitiva a educar y prevenir enfermedades bucodentales al establecer buena relación cirujano dentista-paciente. Así, la respuesta del individuo será favorable a las recomendaciones clínicas y terapéuticas. En relación con las campañas de salud bucodental, es necesario considerar la elaboración asertiva de mensajes, por lo que es importante conocer e identificar correctamente el proceso de comunicación con todas sus implicaciones y de este modo tener una comunicación en salud bucodental exitosa que redunde en beneficio de la población.

Las instituciones de salud bucodental deben utilizar de manera óptima los medios de comunicación, desde los presenciales hasta los masivos, incluyendo todos los tipos y niveles comunicativos. También deben orientar la producción de mensajes con rigurosa calidad y efectividad, e investigar los perfiles del público al que van dirigidos, así como la evaluación de sus efectos. Por ello, es muy importante considerar los esquemas de comunicación al diseñar las campañas comunicacionales en salud.

Así, la comunicación en salud se considera un proceso estratégico para lograr estilos de vida saludables. La comunicación en salud bucodental debe atender procesos de comunicación que promuevan cambios en diferentes niveles: conocimientos, actitudes, conductas y prácticas en la población. También debe motivar a la población para que por sí misma atienda su salud y, en consecuencia, asuma en su práctica cotidiana las recomendaciones para lograr una salud bucodental.

Metodología de la comunicación para la salud

Para lograr un cambio positivo en relación con la salud, es necesario establecer estrategias de intervención. La siguiente metodología está elaborada con base en los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud con modificaciones de las autoras. Muchas veces es más efectiva la comunicación interpersonal (entre el promotor de salud y el grupo o población objetivo) que transmitir un *Power Point*; todo depende de la estructuración psicosocial del público objetivo.

Diagnóstico. Consiste en identificar el problema de salud bucodental y conocer el perfil del grupo o población a la que se va a dirigir la campaña de salud bucodental. El perfil incluye aspectos como edad, escolaridad, religión, costumbres y mitos, entre otros. También se debe ubicar a los líderes de opinión (p. ej., maestros), así como los canales de comunicación existentes.

Estrategia. Una vez que se tiene el diagnóstico de la población objetivo, se procede a seleccionar los canales y diseñar los mensajes que se adecuen a las características de esta población.

Intervención. Consiste en ejecutar las estrategias comunicacionales con la supervisión de los promotores de salud y modificar los mensajes o cambiar los canales de comunicación en caso de ser necesario. Cabe señalar que antes de ejecutar las estrategias es necesario que se realice una evaluación de las mismas en función del posible impacto en el público objetivo.

Evaluación. Después de la ejecución de las estrategias, se procede a ponderar el impacto que éstas tuvieron en la población objetivo; es necesario realizar un seguimiento de los que recibieron el mensaje, particularmente de los receptores destinatarios. Este seguimiento se puede realizar mediante un cuestionario, cédula de entrevista y observación clínica, entre otros. El instrumento de evaluación dependerá de los objetivos que se plantearon en el diseño de la campaña de salud.

Comunicación persuasiva

Como ya hemos visto, las posibilidades de la comunicación constituyen un universo dentro del cual se encuentran la comunicación de masas, interpersonal y colectiva, entre otras.

Empero, lo que nos interesa remarcar para los fines de este capítulo es la comunicación persuasiva, que es el tipo de intercambio que requiere de otro elemento más: la retórica. *Il misstge retòric té l'objectiu de persuadir. La seva organització garanteix, si no l'eficàcia, sí la fermesa discursiva. L'organització contempla una invenció argumentativa, una disposició gradual de les parts demostratives i emotives, una elocució que té cura de l'estil verbal i, finalment, l'acció de recitar el discurs, amb la veu i la gestualitat apropiades a la situació* (Laborda, 1995, p. 117).¹

La retórica apela a la emoción del receptor, que es ligera y flexible, y a un grupo de creencias ya establecidas sin rigor científico.

El mensaje retórico tiene el objetivo de persuadir. Su organización garantiza, si no la eficacia, sí la firmeza discursiva. La organización contempla una invención argumentativa, una disposición gradual de las partes demostrativas y emotivas, una elocución que cuida del estilo verbal y, finalmente, la acción de recitar el discurso, con la voz y la gestualidad apropiadas a la situación.

Naturaleza de la comunicación persuasiva. El concepto de persuasión puede definirse como una clase de comunicación, cuyos efectos pueden ser:

- La creación de opiniones y actitudes donde antes no existían.
- El aumento o disminución de la intensidad de las actitudes preexistentes.
- La operación de efectos de conversión, desplazando las opiniones desde una posición hasta su opuesto.

En todo caso, se considera que la comunicación persuasiva es intencionada y premeditada, por lo que es muy posible generar modelos y medir sus resultados.

La comunicación persuasiva tiene como último fin un cambio en la actitud del receptor, pero la efectividad dependerá de diversos factores. Todos y cada uno de estos, forman parte de una ecuación y se puede jugar con ellos para aumentar o disminuir el éxito en la persuasión.

Estrategias de la comunicación persuasiva. La fuente, que en este caso es el emisor, debe tener dos características *sine qua non*. La primera es que debe ser fidedigna, lo cual no quiere decir que deba ser real, sólo verosímil; es decir, si alguien vende un producto farmacéutico, tendrá más éxito si está vestido con una bata blanca y tiene un estetoscopio que si está vestido de civil o no tiene autoridad alguna en la materia. Además, se ha demostrado en diversos estudios que la gente tiende a ser más perceptiva a la persuasión si quien está proveyendo la información es atractivo, y no hablamos aquí de atractivo físico, sino de empatía. Un ejemplo sería el caso de un anuncio televisado donde se informe de un brote inminente de influenza. Si la persona que lo manifiesta es el secretario de Salud, tendrá más credibilidad, aunque su imagen sea austera, que si lo comenta una persona, probablemente con más carisma y seguridad en sí misma, pero que sea comunicador profesional.

Por otro lado, la fuente puede tener cierta actitud al exponer el tema a la audiencia; un orador poderoso tendrá mucha más fuerza que un orador mesurado. *El persuasor, apart de buscar un guany particular mercè a l'adhesió de l'altre a les seves normes, també cerca una gratificació que és simbòlica i, per això, molt més satisfactòria: el reconeixement dels altres; l'aproció de tots aquests, a través de la demostració que coincideixen amb les seves normes o que son conquerits per la seva parla, per la seva presència persuasiva. En definitiva constatem en aquests trests els dos extrems que abracen la nostra existència: la de l'orquestració social de la comprensió del mon i, per l'altre costat, la de la subjectivitat ansiosa de reconeixement i d'afecte* (Laborda, 1995, p. 118).²

El orador se vuelve una figura de admiración, porque logra desentrañar el secreto y es aspiracional; tal es el caso del promotor de la salud que propone una mejor calidad de vida.

Otro elemento importante que participa en este proceso es el mensaje; esto es, para persuadir, la fuente debe poder apelar a la emoción y experiencias de su público. Si el comunicador es profesional, tiene muy claro el hecho de que debe hablar en un lenguaje que su audiencia pueda comprender. Cabe recordar a los oradores que hablan sobre superación personal y cautivan a su público. "...la percepción es un proceso bipolar en el que intervienen dos aspectos principales: uno referido a las características de los estímulos que activan los órganos de los sentidos y, un segundo aspecto, que comprende las características que se refieren a las personas que tienen la percepción, a sus experiencias del pasado, a sus informaciones, a sus aptitudes receptoras, a su personalidad, etcétera" (Echeverría, 1995, p. 81).

Estos elementos son armas de dos filos, pues pueden estar a favor o en contra de los resultados deseados de acuerdo con la estrategia que se decida usar; es decir, una persona bien informada acerca de un tema será mucho más difícil de persuadir que otra que no sepa nada del asunto. Aunque también es posible que quien esté bien enterado pueda comprender mejor las argumentaciones de quien trata de persuadirlo y, por ello, su cambio de actitud sea más profundo.

Respecto a la audiencia, hay que tomar en cuenta la edad de los receptores: los jóvenes están más dispuestos a ser

convencidos que una audiencia con edades superiores, que son tradicionalmente más precavidos. Esto suele suceder cuando pretendemos cambiar actitudes con respecto a la salud.

Asimismo, es necesario considerar el sexo de los grupos destinatarios por los patrones culturales relacionados con el género, los factores de ansiedad, si los hubiera, y el nivel de autoestima en un grupo; esto es, las personas con una alta autoestima tienden a ser menos persuadidas, gracias a la seguridad en sí mismas y en sus opiniones. En efecto, un mayor nivel educativo otorga la capacidad de defender mejor una creencia propia. En cambio, la gente que carece de una educación formal o sólida es más fácil de ser persuadida porque no posee elementos para el debate. De ahí que el estilo y la forma deban elegirse específicamente para la audiencia que será convencida.

Un elemento indudablemente importante en cualquier tipo de comunicación es el canal. Si bien en el caso de los medios de comunicación (especialmente los publicitarios) se sabe que los mensajes deben ser simples y sencillos en su decodificación, cuando se trata de comunicación masiva con fines de persuasión, se utilizan frecuentemente los medios impresos aunque la cantidad de información y su complejidad sean altas, ya que el destinatario puede volver a ellos cuantas veces quiera y en los tiempos que su perfil lo demande, tal como sucede con los carteles.

En todo caso, los efectos de la comunicación persuasiva han sido extensamente estudiados y se ha descubierto que el éxito observado en un cambio de actitud está supeditado a diversos factores. Entre ellos, la capacidad de retener información por parte del destinatario y, mejor aún, las conclusiones basadas en los pensamientos personales generados a partir del proceso de persuasión que contiene los argumentos específicos vertidos por el persuasor y que se incluyen en el mensaje.

Petty y Cacciopo (citados por D' Adamo, 1996) crearon un modelo llamado ELM (*Elaboration Likelihood Model of Persuasion*), cuya tesis central es que los procesos de comunicación persuasiva utilizan una ruta central o una ruta periférica, a saber:

La ruta central “conlleva una actitud cognitiva de esfuerzo mediante la cual la persona se refiere a su anterior experiencia y conocimiento a fin de escrutar cuidadosamente toda la información relevante para determinar los méritos centrales de la posición por la que aboga” (D' Adamo, 1996, p. 73). Esta ruta genera conductas o cambio en éstas que son razonadas coherente y cuidadosamente, por lo que los cambios que se logren serán a largo plazo, dado que se realizan en la estructura del pensamiento; como cuando aseguramos que a mayor ingesta de azúcares, mayor incidencia de caries.

La ruta llamada periférica tiene otras premisas que intentan destacar características de comunicación que poco se relacionan con el mensaje, más bien descansan en elementos ubicados en la periferia del mensaje, tales como la fuente o el canal. Esta ruta utiliza con frecuencia la persuasión publicitaria valiéndose de personalidades, deportistas o figuras públicas para legitimar el mensaje: se invita a un deportista famoso para que recomiende utilizar determinado cepillo dental. Como es de esperar, esta elección genera resultados a corto plazo, que son psicológicamente menos accesibles y menos estables.



Figura 5-6. Modelo ELM Petty y Cacciopo.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Entrando en la materia que nos compete, que es la comunicación persuasiva aplicada a la educación para la salud y por las variadas razones anteriormente expuestas, podemos ya determinar que es la ruta central la que en este caso nos interesa y a ella apelamos. Según Petty y Cacciopo (citados por D' Adamo, 1996), uno de los determinantes más importantes del interés y la motivación para “pensar” acerca de un tema es la relevancia personal que un individuo perciba que tiene la cuestión objeto de la comunicación (figura 5-6).

La capacidad del profesional en salud de acercarse al paciente depende de su habilidad para presentarle la información de manera fácil de comprender, pero no sólo eso, sino de modo que el paciente sea capaz de crear sus propias

conexiones con el material y así vincularse no sólo a un conocimiento, sino a todo un proceso creativo y de reflexión.

El uso de la tecnología y de las nuevas tecnologías en este sentido son una herramienta efectiva y útil (como se comentó anteriormente), ya que permiten al interlocutor fabricar materiales propios en el aula o en el consultorio, lo que redundaría en beneficio de la población. Tomemos la fotografía digital, por ejemplo. La tecnología digital está al alcance de casi todos, una cámara digital es sencilla de usar y los jóvenes actualmente poseen un celular que muy probablemente tenga integrada una cámara. Una actividad que se recomienda para el promotor de educación para la salud es el desarrollo de un tema y lo ilustra con fotografías, como el de cepillarse los dientes con pastillas reveladoras con fucsina o eritrosina, de manera que en la génesis del concepto exista la necesidad de investigar y meditar sobre el mismo. Posteriormente, se puede solicitar al receptor que monitoree su avance tomándose imágenes con su celular cada vez que se cepilla. Más adelante se hará una presentación pública de esta práctica, de manera que la repetición sirva no sólo como refuerzo del propio conocimiento, sino que para los demás pueda crear también una experiencia enriquecedora, y ayude a conectar el conocimiento propio a una vivencia distinta o tal vez hasta similar. Hablar de sentimientos y vivencias propias, como mencionamos anteriormente, hará que el conocimiento se afiance por la valoración de la experiencia propia y la validación del concepto generado y aceptado por los otros. Asimismo, la retórica creada con el propio lenguaje del promotor será mucho más sencilla y cercana en su manejo, y los oyentes obtendrán un conocimiento ya digerido y con un bagaje vivencial, si no igual, sí parecido, en condiciones de igualdad en los intereses temáticos.

Otra técnica que refuerza el uso de la tecnología es el montaje audiovisual, en el que se hace uso de imágenes ya existentes combinadas con sonidos; la ausencia total de discurso es absolutamente necesaria para que el emisor sea capaz de usar la intuición y de sacar conclusiones acertadas, lo que le permite adquirir seguridad en sí mismo y en su capacidad de generar ideas correctas. Recordemos que afianzar la seguridad permite que se generen opiniones firmes y un criterio ejercitado, con lo que habrá menos tendencia a modificar lo aprendido y así el conocimiento adquirido quedará firmemente grabado. Estas actividades se podrían realizar en grupos de la población para luego ser sujetas a discusión. Generar discusión tiene dos finalidades: la primera, medir el grado de rechazo a una idea, y la segunda, aclarar, por parte del promotor de la salud, los puntos que pudieran aparecer débiles en el aprendizaje, evitando así la génesis de ideas confusas; es decir, buscar la homogeneización de un concepto que ha sido bien elaborado a través de una experiencia personal. Debe señalarse que, en la propuesta de nuevos métodos, el guía rechazará toda posibilidad de ser quien ofrece el conocimiento válido único y jamás hará juicios de valor o condena sobre una opinión; éste debe modelar las experiencias y vivencias del oyente, de manera que se acoplen al concepto al que se desea llegar al final de la tarea educativa. Debemos entender que la fuerza de la experiencia es mucho más fuerte que la capacidad de la retórica, el habla o escritura, a menos que sea usada en favor de la expresión de la vivencia del auditorio. De otra manera, será estéril, ya que la repetición antes usada en los métodos educativos ha comprobado, ya por décadas y siglos, no ser de ninguna utilidad en la formación del conocimiento. Acercar al público cualquier tema de índole científica será siempre más fructífero si se emplea la vía intuitiva, porque lo lleva a la reflexión.

Asimismo, otra estrategia que se puede usar es la música, elemento idóneo para crear conexiones de conocimiento por su lenguaje no sólo intuitivo, ya que la música con letras contiene un lenguaje contemporáneo para los oyentes que, si no les es conocido, enriquece el vocabulario. Es de todos sabido que la música acompaña la vida de la mayoría de la gente, y sólo necesitamos cerrar los ojos y cantar una canción para ver pasar ante nuestros ojos una cierta experiencia, un momento de nuestra existencia o un hecho que nos ha marcado. ¡Podemos imaginar lo poderoso que sería incorporar la música en el conocimiento! En todo caso, la música es un lenguaje de persuasión fuerte en sí mismo, y nos podemos acercar a ella buscando los temas relacionados. Así, sería de suma utilidad para transmitir información cuyo contenido esté vinculado a la salud. Asimismo, se puede impulsar con nuevos y sencillos programas la creación de música, canciones básicas sin mucha complicación ni necesidad de conocimientos musicales avanzados, como una actividad que apoye, por ejemplo, el trabajo de campo relacionado con la educación para la salud donde se mencionen las bondades de este programa. Esta actividad también ayuda a la investigación de datos, a la escritura de la letra de la canción, que adecuándola a la población a la que se dirige la obliga a la reflexión y, posteriormente, a la entrega de reportes y a la crítica constructiva del resultado en grupo. Habrá que recordar las campañas que reiteradamente prepara la Secretaría de Salud con temas como el de vacunación oportuna, uso racional del agua o nutrición adecuada para evitar la obesidad.

La lectura de textos (cuando esto sea posible) es fundamental como material de apoyo invaluable para el conocimiento, pero se le pueden dar nuevas dimensiones si oponemos dos textos y dividimos el grupo en dos secciones; a cada una se le da un texto a estudiar a sabiendas que deberá defenderlo posteriormente.

El generar discusión es un método de gran utilidad, porque acerca a los interesados a leer detenidamente la información y encontrar los puntos principales de cualquier hecho. Esta técnica es muy útil, sobre todo en temas que se pueden contraponer, para comprender las posturas que pugnan por convertirse en hegemónicas. La discusión ayuda, asimismo, a reforzar la seguridad del conocimiento acerca de un tema y enseña el valor de escuchar al otro atentamente y de ser capaz de refutar o finalmente aceptar una conclusión fundamentada elaborada por sí mismo con base en datos asimilados y manejados conscientemente. Con este procedimiento se desarrolla la capacidad de análisis crítico y aumenta la fijación del conocimiento, al alcanzar la capacidad de defenderlo, sobre todo porque está basado en la adquisición de la información de manera voluntaria y plenamente lúcida.

Otra estrategia grupal que se puede emplear es el periódico mural con información relacionada. Con esta estrategia, se hace leer y elegir lo más importante de acuerdo con la experiencia propia, lo cual desarrolla la capacidad de análisis y síntesis. Recordemos que los individuos seleccionarán de una cantidad de información aquella que despierte su interés, por lo que es una forma directa de conocer y monitorear cuáles son los temas y el acercamiento que como promotores se debe dar a la información para presentarla como más deseable a un grupo. Por otro lado, es un gran material de refuerzo, ya que puede permanecer por periodos largos de tiempo a la vista para su lectura y reflexión.

La mesa redonda es otra posibilidad válida, que consiste en una discusión organizada con un grupo diverso sobre determinado tema o materia. Ahí se debatirán los pros y contras de un tópico, donde es importante que los exponentes confronten la información. Ya sabemos que la apertura en la discusión de un concepto permite legitimarlo, mucho más que cuando el conocimiento proviene de una fuente unilateral que no se presta a discusiones.

El promotor de la salud proporcionará una serie de datos para que la población elija aquellos que, a su consideración, redundarán en el beneficio de comer sanamente y con sus propios recursos. Los participantes de la mesa redonda emitirán su opinión confirmándola mediante ejemplos.

REFERENCIAS

- Berlo, D. K. (1977). *El proceso de la comunicación: introducción a la teoría y a la práctica*. Buenos Aires: Atenea.
- DeFleur, M. H. et al. (2005). *Fundamentos de comunicación humana*. México: McGraw Hill.
- D' Adamo, O. et al. (1996). En *Medios de Comunicación y Opinión Pública*.
- Echeverría, M. A. (1995). *Creatividad y comunicación. Una mecánica operativa para la creación de ideas de transmisión en los procesos de comunicación persuasiva*. Madrid, España: EGT Editorial.
- Elizondo, J. O. (1990). *El origen común de la semántica y el pragmatismo*. México: Universidad Iberoamericana, Trillas.
- González, C. (2008). *Principios básicos de comunicación*. México: Trillas.
- Laborda, X. (1995). *De retórica, la comunicación persuasiva*. Barcelona, España: Ed. Barcanova.
- Maletzke, G. (1976). *Psicología de la comunicación social*. : Época.
- McEntee, E. (1996). *Comunicación intercultural. Bases para la comunicación efectiva en el mundo actual*. México: McGraw Hill.
- Moles, A. (1975). *Diccionario de la comunicación*. México: Planeta.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Healthy people*, vol. 1.
- Paoli, J. A. (2008). *Comunicación e información. Perspectivas teóricas*. México: Trillas.
- Prieto, D. (1992). *Retórica y manipulación masiva*. México: Edicol.
- Saussure, F. (1999). *Curso de lingüística general*. México: Fontanamara.

PREGUNTAS

Instrucciones: lee con atención las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta.

- 1) El acto de relación entre dos o más sujetos mediante el cual se evoca en común un significado se denomina:
 - a) Información
 - b) Mensaje
 - c) Comunicación
 - d) Medio
- 2) Contenido que se expresa de diversas maneras por medio de códigos diferentes:
 - a) Procedimiento
 - b) Mensaje
 - c) Instrucción
 - d) Medio
- 3) En el medio popular mexicano existen diferentes señales o gestos que son entendibles por la comunidad. En el ejemplo anterior, las señales o gestos son el:
 - a) Canal
 - b) Mensaje
 - c) Código
 - d) Medio
- 4) El profesor de educación para la salud solicitó a sus alumnos que realizaran la búsqueda de la información más reciente sobre la

caries dental, la cual fue presentada en clase; esto se refiere a:

- a) Comunicación
- b) Evaluación
- c) Proceso
- d) Adecuación

5) Comunicación que lleva una intención consciente de modificar la conducta de otro individuo o grupo mediante el uso de algún lenguaje:

- a) Bidireccional
- b) De masas
- c) Interpersonal
- d) Persuasiva

Respuestas: 1) c. 2) b. 3) c. 4) a. 5) d.

Notas

¹ El mensaje retórico tiene el objetivo de persuadir. Su organización garantiza, si no la eficacia, sí la firmeza discursiva. La organización contempla una invención argumentativa, una disposición gradual de las partes demostrativas y emotivas, una elocución que cuida del estilo verbal y, finalmente, la acción de recitar el discurso, con la voz y la gestualidad apropiadas a la situación.

² El persuasor, aparte de buscar una ganancia particular merced a la adhesión del otro a sus normas, también busca una gratificación que es simbólica y, por ello, mucho más satisfactoria: el reconocimiento de los demás; la aprobación de todos estos, a través de la demostración que coinciden con sus normas o que son conquistados por su habla, por su presencia persuasiva. En definitiva constatamos en estos mientras tanto los dos extremos que abarcan nuestra existencia: la de la orquestación social de la comprensión del mundo y, por el otro lado, la de la subjetividad ansiosa de reconocimiento y de afecto.

CAPÍTULO 6

ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

*Gustavo Parés Vidrio
María Isabel de Jesús Herrera
Elizabeth Diana Moedano Ortiz
María Rebeca Romo Pinales*

INTRODUCCIÓN

Un programa de educación para la salud se define como una secuencia de procedimientos relacionados y coordinados entre sí, orientados a la atención integral de las necesidades de salud de una comunidad a partir de un diagnóstico de salud en donde se establecen prioridades de atención primaria, con el propósito de alcanzar los objetivos planteados y optimizar los recursos disponibles para promover, prevenir y restaurar la salud bucodental de la población en un periodo determinado.

Junto a su conceptualización, es necesario identificar los elementos esenciales que podrán guiar las acciones de los programas de educación para la salud en atención primaria, los cuales deben interpretarse como orientaciones generales que habrán de tomar cuerpo de acuerdo con las condiciones específicas de cada país, población y necesidades bucodentales.

Los programas de educación para la salud en atención primaria se sustentan y planifican a partir de:

- La investigación.
- La definición de prioridades con base en los factores de riesgo y en los grupos poblacionales afectados.
- La participación comunitaria en la planeación, ejecución y control de los programas.
- El énfasis en las actividades preventivas.
- El desarrollo de mecanismos que aseguren el intercambio de conocimientos entre la comunidad organizada y las instituciones de salud, a fin de estimular la consciente participación de aquélla en la promoción, prevención y solución de sus problemas de salud bucodental.
- El abordaje de sus problemas enfocados a la simplificación, desmonopolización y transferencia del conocimiento.
- La coordinación multidisciplinaria e interinstitucional, implícita en el hecho de que la atención primaria en salud bucal es parte del sistema integral de salud, participación que es fundamental para su desarrollo.
- El estudio de las formas de intervención y desarrollo de programas apropiados (OMS/OPS, 1993).

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL A LA COMUNIDAD

I. Planeación Introducción

Para que una planeación sea efectiva, es necesario contar con la siguiente información:

Antecedentes. Realizar una descripción genérica y cuantitativa de los antecedentes de los problemas de salud que afectan a la población. Todo esto deberá quedar enmarcado en la situación económica y sociocultural de la misma.

Situación actual. Se hará un análisis específico de la información que describe la situación actual de los problemas de salud bucodental, por lo que es indispensable su identificación, así como de las necesidades de la propia comunidad y el conocimiento de los factores que la condicionan.

Pronóstico de la situación. Crear tendencias y proyecciones futuras; se debe estimar hacia dónde conducen los acontecimientos actuales.

Determinación de prioridades. Establecer prioridades en el abordaje de los problemas bucodentales prevalentes, basadas en los riesgos y en los grupos poblacionales afectados.

El programa se elabora basándose en necesidades reales y sentidas de la población, dando prioridad a las que, de acuerdo con criterios específicos de análisis, resulten de mayor importancia.

Justificación

Se fundamentará la elección y, por lo tanto, la necesidad de llevar a efecto el programa. Se debe saber a dónde se dirigen los esfuerzos y la finalidad que se quiere lograr.

Es uno de los elementos determinantes de un programa, ya que aquí se explicarán las razones de que se inviertan recursos humanos, materiales, físicos y financieros. Se deberá analizar a partir de los siguientes criterios:

Magnitud. Se determina la cantidad de personas afectadas por los problemas de salud bucodental a partir de los resultados obtenidos en investigaciones socioepidemiológicas; en este punto se ubicará el tamaño del problema.

Trascendencia. Importancia que le da la comunidad al problema, o sea, la necesidad sentida o expresada por la misma.

Vulnerabilidad. Rapidez con que se difunde el problema al que está expuesta la comunidad.

Factibilidad. Análisis de los recursos humanos, materiales, físicos y financieros disponibles para llevar a cabo el programa.

Objetivos

Fines hacia donde se dirige el programa. El establecimiento de los objetivos es parte fundamental de cualquier programa, ya que es indispensable conocer con detalle qué es lo que se pretende lograr a través de él; esto permitirá fijar objetivos debidamente fundamentados. Se deben expresar de manera clara, además de ser congruentes con los elementos que conforman la problemática de salud. Se clasifican de la siguiente manera:

Objetivos generales. Aquí se expondrán los propósitos del programa a largo plazo y se delimitará la extensión del área y la población a la que se dirigirá.

Objetivos específicos. Propósitos inmediatos o a corto plazo; por medio de ellos se llegará a la obtención de los objetivos generales.

Metas. Fines que se alcanzarán en un tiempo específico y acordes con el objetivo general.

Delimitación del área programática

Define los límites del programa:

Espacio. Se establece la zona geográfica donde se va a desarrollar el programa (municipio, distrito, zona o área de influencia).

Tiempo. Señala el lapso en que se llevará a cabo el programa, desde el inicio de las actividades hasta su evaluación; se formula el cronograma de actividades.

Universo de trabajo. Menciona a quiénes se aplicarán las acciones y quiénes se beneficiarán.

II. Organización

a) Funciones y actividades. Sistematización de acciones que tienden al cumplimiento de los objetivos. De los objetivos derivan las funciones y de éstas las actividades.

b) Cronograma. Se elaborará para señalar y controlar el tiempo que comprende cada una de las etapas del programa, asignando a cada actividad un periodo específico de duración.

c) Sistema organizacional. Representa gráficamente la estructura de la organización. Se presenta con objetividad en los organigramas, conocidos también como cartas o gráficas de organización. Estos instrumentos nos revelan:

- 1) División de funciones.
- 2) Niveles jerárquicos.
- 3) Líneas de autoridad y responsabilidad.
- 4) Canales formales de comunicación.

d) Manuales de organización. Documentos que tienen como propósito fundamental proporcionar de manera ordenada y sistemática la información referente a la estructura orgánica, funciones, obligaciones, políticas y procedimientos que se

realizarán dentro de la organización. Son instrumentos que orientan y unifican la conducta de los grupos humanos para el desarrollo del programa.

Elementos con los que debe contar un manual:

- 1) **Índice.** Listado del contenido del trabajo que cubre las diferentes partes en que está dividido el documento, con sus capítulos e incisos; debe reflejar también la jerarquización del contenido.
- 2) **Introducción.** Ofrece una idea general, pero exacta, de los diversos aspectos que integran el trabajo. Se hará un planteamiento claro y ordenado del tema, de su importancia e implicaciones.
- 3) **Organigrama.** Diseño de cuadros que refleja la anatomía de la organización. Agrupa las funciones en unidades de organización (departamentalización).
- 4) **Descripción de puestos.** Una vez establecidos los diversos departamentos y niveles jerárquicos, se define de manera precisa lo que debe hacerse en cada unidad de trabajo. Esta unidad concreta de trabajo recibe el nombre de puesto. Es la definición de cada puesto de trabajo: sus propósitos, funciones y actividades e interrelaciones jerárquicas; además, establece los requisitos necesarios para desarrollar el cargo. Esta parte de la organización se ve reflejada en el organigrama.
- 5) **Políticas.** Una política es una guía general que orienta la acción para la consecución de los objetivos. Por medio de las políticas se emiten decisiones de los dirigentes, que sirven como guía de acción para formular e interpretar los objetivos que han de conducir al programa. Las normas de carácter general se denominan políticas y las normas de carácter específico son las reglas.
- 6) **Procedimientos.** Conjunto o sucesión de pasos o actos secuenciados, ampliamente vinculados y cronológicamente dispuestos, para precisar la forma de realizar algo, incluyendo el qué, cómo y a quién corresponderá el desarrollo de las tareas. En la revisión y formulación de procedimientos, desempeñan un papel destacado los fluxogramas o diagramas de flujo.
- 7) **Diagramas de flujo.** Reproducen gráficamente los pasos o momentos de las actividades desarrolladas por una organización. Cada operación o paso del procedimiento está representado en el fluxograma por un símbolo.
- 8) **Anexos.** Incluye el diseño de formas impresas, es decir, la papelería que se utilizará para el control de procedimientos y materiales.

III. Integración

Señala los recursos existentes sobre los cuales es posible que se tomen decisiones, así como los recursos que se adquirirán para la realización del programa.

Recursos humanos. La integración de las personas a la organización define el número y tipo de recursos humanos con que contará el programa, quienes han de realizar las funciones y actividades para el logro de los objetivos planteados. Se deberá establecer en relación con los siguientes lineamientos:

- 1) **Reclutamiento.** Tiene por objeto hacer que personas extrañas o no a la institución sean candidatas a ocupar un puesto en ella.
- 2) **Selección.** Técnica mediante la cual se elige a la persona idónea para ocupar un puesto vacante. En la selección se siguen varios pasos de acuerdo con las necesidades de cada institución; por lo general son los siguientes:
 - Solicitud de empleo.
 - Entrevista.
 - Pruebas psicométricas y prácticas.
 - Encuesta socioeconómica.
 - Exámenes médicos.
- 3) **Procedimientos de contratación.** Consiste en asegurar que los puestos se ocupen con personas competentes y con sueldo razonable e implica una serie de actividades dadas al nuevo miembro de la organización para desarrollar.
- 4) **Inducción.** Propicia la ubicación del trabajador en la institución.

Es necesario que el trabajador reciba anticipadamente información general de la estructura y objetivos de la institución, así como una descripción de su puesto.
- 5) **Capacitación.** Proceso mediante el cual se obtienen los conocimientos y habilidades necesarias para el mejor desempeño del puesto. Esta instrucción se da con el fin de convertir las aptitudes innatas del individuo en capacidades concretas para un puesto determinado. Esto puede hacerse mediante:

- a) Información teórica.
- b) Experiencia práctica.

Recursos materiales. Define el número y tipo de recursos materiales para llevar a cabo las actividades y procedimientos establecidos dentro del programa. Se deberán fijar en relación con los siguientes elementos:

- 1) Equipo odontológico necesario.
- 2) Instrumental y material de uso clínico.
- 3) Fármacos de uso odontológico.
- 4) Formas impresas de los formatos utilizados dentro de la institución.

Recursos físicos. Señala las características del inmueble.

Recursos financieros. Fija los recursos económicos con los que se desarrollará el programa. Se deberán establecer a partir de:

Presupuesto. Significa asignar recursos de manera específica de acuerdo con la programación. Permite obtener datos sobre los costos y beneficios en opciones alternativas y valorar cualitativa y cuantitativamente los rendimientos en el desempeño de las diferentes labores o actividades de manera continua, lo que hace posible el seguimiento de las mismas hasta alcanzar los objetivos establecidos.

- a) Elaboración del presupuesto. Será elaborado de acuerdo con las normas establecidas.
- b) Plan de obtención de fondos. Debe señalarse de dónde y cómo serán obtenidos los fondos necesarios según el presupuesto.
- c) Manejo de los fondos. Fijar claramente quién va a manejar los fondos, en qué forma y ante quién serán justificadas las erogaciones.

IV. Dirección

Permite obtener resultados de lo que se ha organizado e integrado de acuerdo con la planeación inicial.

Se toman decisiones por medio del ejercicio de la autoridad (administrador, director o coordinador), a las que se les da forma de órdenes. La dirección guía las actividades de los integrantes de una institución con base en normas y aspectos humanos. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las personas que laboran dentro de una institución tienen doble papel: actúan como autoridad en ciertos casos y como personal subordinado en otros. La dirección de una institución supone:

- a) Que se establezcan canales de comunicación mediante los cuales se ejerza y se controlen sus resultados.
- b) Que se ejerza la autoridad, es decir, la facultad para tomar decisiones que produzca efectos, para lo cual deben precisarse sus tipos, elementos, etc.
- c) Que se delegue autoridad, ya que administrar es “hacer a través de otros”.
- d) Que se supervise el ejercicio de la autoridad de manera simultánea a la ejecución de las órdenes; propiciar y vigilar que se haga lo que debe hacerse.

V. Control

Señala los resultados actuales y pasados en relación con los esperados, ya sea parcial o totalmente, con el fin de corregir, mejorar y formular nuevos programas. Cierra el ciclo de la administración e inicia el proceso de planeación. Se da en todas las funciones administrativas. En esta función se elegirá el o los tipos de control idóneos al programa, quién los realizará y cada cuándo se ejecutarán. Ésta se lleva a cabo a partir de:

Comparación. Establecimiento de normas; son criterios establecidos contra los cuales pueden medirse los resultados.

Medición de resultados. Permite conocer si se cumplieron los objetivos planteados en las normas o estándares, o si se rebasaron.

Corrección. Posibilita tomar medidas para eliminar desviaciones.

Retroalimentación. Permite corregir las desviaciones en los resultados negativos y conocer las aproximaciones en los objetivos planteados.

MODELO PRECEDE-PROCEED APLICADO EN LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El modelo de planeación PRECEDE (del ingl. *predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and*

evaluation: causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educacional) significa predisponer, reforzar causas que hacen posible el diagnóstico y la evaluación educacional (Greene, 1988, p. 233). En materia de educación para la salud, es un excelente diseño de planeación con una amplia utilidad.

El modelo PRECEDE, al igual que otros modelos de planeación, proporciona una gran utilidad metodológica educacional que permite un cambio de conducta. Este modelo brinda una estructura, para que mediante la aplicación de distintas teorías, se logren identificar y ejecutar las estrategias de intervención más apropiadas. El modelo deberá visualizarse como un mapa de caracteres y las teorías como aquellas direcciones específicas que hacen posible arribar al destino, por lo que se sigue un mapa que presente todas las fases posibles, mientras las teorías hacen factible pensar en ciertas vías que convienen seguir, como se muestra a continuación.

Fase 1. Diagnóstico social

En esta fase es importante evaluar la calidad de vida de cada persona y de la comunidad para identificar características comunes, intereses, valores y normas sociales.

El diagnóstico social es importante por la relación recíproca que existe entre salud y calidad de vida, ya que cada una afecta a la otra (Green & Kreuter, 1991).

Fase 2. Diagnóstico epidemiológico

El diagnóstico epidemiológico está determinado por los problemas de salud que afectan la calidad de vida del individuo y de la comunidad, en los que intervienen factores de comportamiento sociales y ambientales que deben cambiar. Este diagnóstico determina los problemas de salud más importantes de una comunidad mediante indicadores de morbilidad y mortalidad en la población y la detección de grupos de alto riesgo, los cuales podrían clasificarse por edad, género, ocupación, etnicidad, educación, ingreso, estructura familiar o situación geográfica.

Una vez identificados los problemas de salud de la comunidad, los promotores para la salud deben estar listos para establecer las prioridades, que incluirán factores ambientales (físicos, sociales, políticos y económicos).

Fase 3. Diagnóstico conductual y ambiental

Los factores ambientales son las condiciones sociales y físicas externas al individuo que, a menudo, van más allá de su control personal y que podrían modificarse para apoyar conductas o influir en los resultados de salud. Modificar los factores ambientales frecuentemente requeriría de otras estrategias además de la educación. Por ejemplo, un estado nutricional pobre en escolares correspondería a malos hábitos dietéticos (factor conductual) y a la facilidad para consumir alimentos no saludables en las escuelas (factor ambiental). Así, un programa educativo podría enseñar efectivamente a los escolares acerca de una dieta sana; sin embargo, para garantizar la posibilidad de alimentos saludables en las escuelas se requerirían cambios importantes en distintos niveles institucionales (políticos y organizacionales).

Los factores biológicos y genéticos intervendrán en los problemas de salud; sin embargo, estos factores no podrán modificarse mediante programas de promoción para la salud; no obstante, estos programas podrían ser útiles para identificar grupos específicos de alto riesgo para intervenirlos.

Fase 4. Diagnóstico educativo y organizacional

En esta fase se identifican los factores antecedentes y reforzadores que deberán considerarse para empezar y sostener el proceso de cambio. Estos factores serán clasificados como predisponentes, reforzadores y facilitadores debido a que intervendrán colectivamente sobre la probabilidad de que ocurran cambios conductuales o ambientales. “Los factores predisponentes son los antecedentes de las conductas que proporcionarán la razón o motivación de las mismas”. Éstos incluirán conocimientos, actitudes y creencias; preferencias personales; habilidades y presunciones sobre autoeficiencia. “Los factores reforzadores son consecuencia de las conductas, las cuales proporcionarán continuos premios o estímulos para persistencia o repetición de dichas conductas”. Los factores facilitadores son antecedentes de conductas que permitirán comprender la motivación para que éstas se realicen. Estos factores podrían afectar directa o indirectamente las conductas mediante algún factor ambiental; incluirán programas, servicios y recursos necesarios para obtener resultados conductuales y ambientales, así como, en algunos casos, nuevas habilidades necesarias para lograr el cambio de conductas en salud.

Fase 5. Diagnóstico administrativo

Se refiere a las estrategias de intervención y a la planeación final para su implementación. Su propósito será identificar políticas, recursos y circunstancias que prevalecen en el contexto organizacional y que podrían facilitar o impedir la aplicación del programa. En esta fase se ordenarán las estrategias de intervención basadas en las etapas anteriores y los diseñadores de programas evaluarán la disponibilidad de los recursos necesarios (tiempo, personal y financieros). También se consideran las regulaciones y políticas de la organización que podrían afectar la implementación del programa, por lo

que se deberá planear en consecuencia. Este diagnóstico será específico para el contexto y las organizaciones patrocinadoras del programa; además, requiere de mucho tacto político y conocimiento teórico y empírico de la realidad.

Fase 6. Implementación

En esta fase, los programas de promoción de la salud se encontrarán listos para su puesta en marcha, donde la recolección de datos es vital para la evaluación de proceso.

Fase 7. Evaluación de proceso

En esta fase implica el análisis del desempeño real y actual del programa, comparado con lo establecido para dicha etapa, en esta fase también hay que contemplar información importante sobre la calidad, métodos o actividades desarrolladas.

Fase 8. Evaluación de impacto

En esta fase se analizan los resultados y la viabilidad del programa con respecto a los cambios en los factores predisponentes, reforzadores y facilitadores, así como los factores conductuales ambientales.

Fase 9. Evaluación de resultados

Finalmente, para ser evaluados los resultados será de suma importancia determinar el efecto del programa sobre la salud y los indicadores de calidad de vida en el individuo y la comunidad.

La EPS debe estar siempre en relación con la comunidad, y además, es conveniente establecer programas correctos orientados a problemas de salud determinados en nuestra población. En donde la intervención y adquisición de hábitos se haya demostrado eficaz en la consecución de mejoras en los resultados de salud. Una vez identificados aquellos problemas, donde hay necesidades de intervenir, se deben seleccionar los más apropiados para desarrollar programas de acuerdo a las condiciones que se den para cada caso.

REFERENCIAS

- Armendariz, Z. D. *Perspectiva de salud bucal en las familias del Estado de México*. N° 1.
- ENEP Zaragoza. (1992). *Plan de Estudios Especialización en Estomatología en Atención Primaria*. México: UNAM.
- Gielen, A. C., & McDonald, E. M. (2002). Using the PRECEDE-PRICEED planning modelo to apply health behaviour theories. En K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health behaviour and health education: theory, research, and practice* (3a. ed., pp. 406-436). Ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: Educational and Enviromental Approach Mayfield*. Palo Alto, CA.
- Greene, W. H., & Simons-Morton, B. G. (1988). *Educación para la salud*. Edición Interamericana.
- IMSS. (1989). *Programa de desarrollo directivo. Administración básica*. México.
- Kroeger, A., & Luna, R. (1987). *Atención Primaria de Salud.- Principios y Métodos*. México: Editorial Pax.
- Laurell, A. C. (1978). *Investigación en sociología médica*. México: UAM Xochimilco.
- McGuire, W. J. (1984). Public communication as a strategy for inducing health-promotion behavioural chage. *Preventive Medicine*, 13, 299-319.
- OMS. (1979). *A guide to oral health epidemiological investigations*. Ginebra.
- OMS/OPS. (1993). *La salud bucal como componente de la atención primaria*. San José, Costa Rica: .
- OPS/OMS. (1993). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Salud Bucal*.
- Romo, P. R. (1989). La atención primaria en estomatología. *Tópicos de Investigación y Posgrado*, 1(1), 33.

Bibliografía complementaria

- Alan, G. E. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. OPS/OMS.
- Balseiro, A. L. (1989). *Principios de administración*. México: Editor Librería Acuario.
- Barajas, M. J. (1995). *Curso introductorio a la administración*. México: Trillas.
- Barquín, M. (1977). *Medicina social*. México: Francisco Méndez Oteo Editor. .
- Carrillo, L. R. (1986). *Metodología y administración*. México: Editorial Limusa.
- Cázarez, H. L. (1990). *Técnicas actuales de investigación documental*. México: Trillas.
- ENEP, Zaragoza. (1985). *Programa módulo seminarios de integración I y II*. México: UNAM.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1985). *Promoting health: a practical guide to health education*. Chichester, Great Britain: John Wiley and Sons.

- Fajardo, O. G. (1980). *Teoría y práctica de la administración de la atención médica y de hospitales*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Fajardo, O. G. (1989). *Atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Freeman, E., & Stane, J. (1994). *Administración*. México: Prentice Hall.
- Fuentes, V. I. (1992). *Elaboración de programas de servicio*. México: Centro de Investigación y Servicios Educativos, UNAM.
- Gomezjara, F. (1983). *Salud comunitaria*. México: Ediciones Nueva Sociología.
- Hernández, & Rodríguez, S. (1990). *Fundamentos de administración*. México: SUA, UNAM.
- Koontz, H. (1986). *Elementos de administración moderna*. México: McGraw Hill.
- Martín, Z. A., & Pérez, C. J. F. (1991). *Manual de atención primaria*. España.
- McMahon, R., Barton, E., & Piot, M. (1989). *Administración de la atención primaria de salud*. México: Editorial Pax.
- Menéndez, O. R. (1989). Simplificación y desmonopolización en odontología, su significado social. *CERON*, 4.
- Morales, R. E. S., Ortiz, M. J. D. et al. (1987). *Guía temática correspondiente a la unidad III de seminarios de integración*. México: ENEP Zaragoza, UNAM.
- Orozco, T. J. (1993). *Metodología documental para investigación en ciencias de la salud*. México: Editorial Ciencia y Cultura.
- Pine, C. (1997). *Community oral health*. Great Britain: Butterworth-Heinemann.
- Reyes, P. A. (1984). *Administración de empresas. Teoría y práctica*. México: Editorial Limusa.
- Rosenberg, J. M. (1996). *Diccionario de administración y finanzas*. España: Océano.
- San Martín, H. (1981). *Salud y enfermedad*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Stoner, J. A. (1987). *Administración*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Terry, G. R., & Franklin, S. G. (1987). *Principios de administración*. México: Compañía Editorial Continental.
- Tones, K., Tilford, S., & Robinson, Y. (1990). *Health education: effectiveness and efficiency*. London: Chapman and Hall.

PREGUNTAS

Instrucciones: lee con atención las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta.

- 1) ¿En qué etapa de la administración toma decisiones la autoridad?
- Organización
 - Planeación
 - Dirección
 - Integración
 - Control
- 2) Las siguientes opciones definen un programa de atención a la salud, excepto:
- Tiene el propósito de alcanzar objetivos planteados y optimizar los recursos disponibles
 - Promueve, previene y restaura la salud bucodental de la población
 - Es una secuencia de procedimientos relacionados y coordinados entre sí
 - Se enfoca primordialmente a la atención clínica
 - Se orienta a la atención integral de las necesidades de salud de una comunidad
- 3) Señala los recursos existentes sobre los cuales es posible que se tomen decisiones, así como los que se adquirirán para la realización del programa:
- Integración
 - Planeación
 - Organización
 - Control
 - Dirección
- 4) Indica los resultados actuales y pasados en relación con los esperados, con el fin de corregir, mejorar y formular nuevos programas:
- Planeación
 - Organización
 - Integración
 - Dirección
 - Control
- 5) Elemento determinante de un programa que explica las razones de que se inviertan recursos humanos, materiales, físicos y financieros:

- a) Objetivos
- b) Justificación
- c) Delimitación del área programática
- d) Funciones y actividades
- e) Pronóstico de la situación

Respuestas: 1) c. 2) d. 3) a. 4) e. 5) b.

CAPÍTULO 7

TEORÍAS PARA LA MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN HÁBITOS DE RIESGO PARA LA SALUD

*María del Rosario Ortega Gómez
María Cristina Sifuentes Valenzuela
Javier De la Fuente Hernández*

CONCEPTOS SUBYACENTES A LA CONDUCTA

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

En este sentido, resulta conveniente abundar sobre los conceptos de actitud y creencia que subyacen en la conducta. “Las actitudes representan un determinante de primera importancia de la orientación del individuo con respecto a sus medios social y físico. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social, así como que haya una motivación despierta y una acción movilizada para acercarse o para evitar el objeto. Según Rosnow y Robinson (1962), citados por Mann, el término actitud denota la organización de los sentimientos, creencias y predisposiciones de un individuo para comportarse de una determinada manera. Tiene un significado adaptativo, puesto que representa un eslabón psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, de sentir y de emprender de una persona, al mismo tiempo que ordena y da significación a su experiencia continua en un medio social complejo” (Mann, 2010, p. 137).

Las actitudes tienen tres componentes. a) el componente cognoscitivo, que consiste en la percepción del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto, que pueden ser verdaderas o falsas dependiendo de la objetividad que las respaldan; b) el componente afectivo, que se refiere a los sentimientos positivos o negativos de la persona hacia el objeto (como elemento emocional está más profundamente enraizado, por lo tanto, representa mayor resistencia al cambio); y c) el componente comportamental, que corresponde a la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto.

En general, al referirse a un mismo objeto, los tres componentes guardan coherencia, de manera que si una persona tiene un concepto y sentimiento negativo hacia algo, lo más probable es que evite realizar cualquier actividad relacionada con ello; por ejemplo, si una persona considera nociva la fluoración porque envejece a las personas que la reciben, entonces tendrá un sentimiento negativo de rechazo hacia ella y lo más probable será que no acepte que le realicen ese procedimiento. Por el contrario, si existe incoherencia entre los tres componentes, entonces el individuo mostrará una tendencia a modificar la actitud con el fin de restaurar el estado de congruencia. Este principio se utiliza con mayor frecuencia para promover cambios de actitud, es decir, al dotar de información científica sobre alguna temática al individuo, éste la contrastará por medio de un proceso de análisis y modificará paulatinamente primero su concepción, luego el sentimiento y finalmente la acción, es decir, el comportamiento.

En el ámbito odontológico, esta circunstancia puede ejemplificarse con una persona que ha tenido una experiencia desagradable en el consultorio dental, generalmente asociada al dolor, ya que creará un actitud de rechazo hacia cualquier información (componente cognitivo) y acercamiento (componente afectivo) que coadyuve a la coherencia de estos aspectos para lograr la actitud deseada de autocuidado y compromiso para el mismo, responsable de su salud, al vincular la asistencia al consultorio como una actividad recomendable para la conservación de la salud. Ambos aspectos deberán ponderarse para lograr realmente los objetivos de un programa educativo en salud (un cambio de actitud), por lo que resulta fundamental identificar cuáles son los conocimientos (qué saben) y sentimientos (qué sienten) que predominan (congruencia e incongruencia) para lograr la congruencia que se requiere (qué hacen) en la adopción de conductas o

estilos de vida saludables.

De manera paralela se presentan los planteamientos derivados de la sociología de la salud, ya que el concepto de salud en la vida diaria de las personas se configura alrededor de la subjetividad, mostrando un alto componente simbólico y social vinculado a lo biológico e incluso psicológico. En este sentido, para hablar de promoción de salud, según Donati (1994), la medicina debe reencontrar la subjetividad humana o se reducirá a un mero instrumento técnico-administrativo ineficaz y disfuncional para el total de la sociedad cuanto más perfeccionado esté. Es decir, que el sentido, el uso y la eficacia de la tecnología con fines de salud están siempre condicionados por un contexto social concreto que define las identidades sociales de los sujetos implicados en diferentes situaciones de falta de salud, en sus procesos objetivos y subjetivos en torno a la salud y su preservación, de tal manera que las llamadas incoherencias de comportamiento de los pacientes y las dificultades para realizar planes preventivos eficaces y capaces de modificar los hábitos de vida de la gente no hacen otra cosa que confirmar que existe un substrato de “creencias” que atañe a lo que es relevante hacer para mantenerse sanos y para afrontar y superar las enfermedades, substrato con el cual la medicina oficial se enfrenta cotidianamente.

Tal premisa demanda de los profesionales de la salud ponderar en un programa educativo las características de la población y/o individuos a partir del contexto sociocultural en el que se desenvuelven, dado que los procesos sociales, económicos y culturales determinarán el estado de salud-enfermedad de las personas y la interpretación que ésta tenga respecto a este proceso. Los elementos culturales son factores que impactan en el estilo de vida, creencias y costumbres, en la percepción de la salud-enfermedad y en las medidas que asuman para su control. Estos factores se presentan con mayor significancia en personas que proceden de zonas marginales o rurales, en donde la medicina folklórica y tradicional aún constituye la alternativa de elección. De hecho, en muchas comunidades todavía prevalece la explicación mágico-mítica de algunas enfermedades y aceptan como algo natural determinadas situaciones sin cuestionarse racionalmente el origen de algunos padecimientos. Por ejemplo, se conoce que las familias más pobres tienen más hijos a pesar de las medidas de control de natalidad impulsadas debido a los mensajes externados en la religión: aceptar a los hijos que Dios les da como algo natural, incluso rechazando cualquier medida de protección. Esto promueve actitudes irracionales e irresponsables de impacto en la salud de las personas. En el ámbito odontológico, la pérdida dentaria asociada a los embarazos surge como otra situación derivada de dichas creencias.

Un sistema de “creencias” relativo a la salud es un conjunto más o menos relacionado –pero no necesariamente coherente o científicamente fundado, sin ser, a su vez, erróneo– de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud; se refiere a lo que los sujetos llevan a cabo conscientemente para mantenerse sanos y/o para curar las enfermedades, incluyendo su aproximación al sistema de salud. Bajo esta premisa, los conocimientos respecto a los factores asociados a la salud o enfermedad y las medidas preventivas para mantenerse saludable influirán, a su vez, en el valor o aprecio que se les otorgue y, por lo tanto, promoverán una actitud positiva y responsable que se hará explícita asistiendo al consultorio dental.

En relación con estos planteamientos, Becker (1964) afirma que la lectura e interpretación “subjetiva” de los síntomas juega un papel relevante. La lectura subjetiva se refiere al significado que la persona atribuye a la experimentación de un síntoma, no sólo con base en su nivel de ansia, miedo por la enfermedad en general, tolerancia (si el síntoma es doloroso) o en sus características socioculturales, sino también con base en el significado global que atribuye a estar sano o, por el contrario, enfermo. Así, la valoración de la importancia (y por consiguiente, la necesidad de adoptar un comportamiento oportuno) es influida, a su vez, por el estilo de vida en general del sujeto, el contexto social en que vive, la información sanitaria, la motivación a la salud y las variables sociodemográficas, que constituyen también un filtro para la lectura y la interpretación de los síntomas y para la evaluación costo-beneficio.

Esta situación se observa en los diferentes grupos étnicos y socioeconómicos, que presentan tanto patrones patológicos como percepciones distintas de la enfermedad y actúan frente a ella de modo disímil. En el campo de la odontología, las estadísticas han mostrado que las enfermedades bucales se mantienen casi al mismo nivel en las diferentes clases sociales. Sin embargo, la concepción de la enfermedad y el tratamiento varía en función de la clase social a la que pertenecen. La clase alta solicita material estético (resinas, porcelana, blanqueamiento) e implantes, en contraposición a la clase más baja, cuya demanda principal se limita a extracciones masivas y, en algunos casos, restauraciones con amalgama o material de rehabilitación antiestético.

En tal sentido, estar sano o tener salud adquiere significados diferentes para los diversos grupos o poblaciones; no obstante, la mayoría cree que estar sano significa únicamente no tener enfermedad en términos biológicos. Asimismo, los niveles o estándares de lo que puede ser considerado sano varía de acuerdo con los grupos o la edad de las personas. Un individuo de edad avanzada puede considerar que tiene buena salud cuando la artritis le permite llevar a cabo sus actividades cotidianas, de la misma manera que un fumador crónico puede no reportar sus comunes excesos de tos en las mañanas como enfermedad por considerar la situación normal y preocuparse el día en que dichos excesos se minimizan. Ante esta complejidad, estar sano quizá es el resultado de la suerte o de las oportunidades, es decir, de una serie de combinaciones y factores que tienen un efecto específico en cada individuo y en un momento determinado.

A lo largo de la historia, la salud ha adquirido diversas connotaciones y, por lo tanto, diferentes intervenciones de los profesionistas de la salud. En este sentido, sobresalen la definida en función de modelos médicos, enfocada en términos de enfermedad, y la que formula, más tarde, en 1947, la Organización Mundial de la Salud, como un estado de completo

bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición ha sido ampliamente criticada, básicamente por dos razones: por su poco realismo, ya que, en este momento, quién puede estar en completo bienestar, y por considerarla una posición estática, en donde la vida y el vivir permanecen sin movimiento, en cuyo caso coincidimos con Dubos (1965) citado por Greene, quien la concibe como la habilidad (capacidad de respuesta) de los individuos para adaptarse continua y constantemente a cambiantes demandas, expectativas y estímulos de su entorno (Greene, p. 11).

Toda intervención educativa parte de una fundamentación teórica y metodológica. Entre los fundamentos teóricos se encuentran los derivados de la Psicología, que explican cómo se construye el conocimiento informal, formal y no formal mediante los procesos de socialización, y cómo se estructura la conducta humana y las motivaciones mediadas por la comunicación a todos los niveles, es decir, cómo se construye la subjetividad y qué papel juega en los conceptos de salud-enfermedad-intervención con que viven las personas. Las bases metodológicas proceden de los aportes de la Pedagogía y, especialmente, de la Didáctica. Estos mecanismos de socialización 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 aclaración más o menos convincente de estos procesos subjetivos de aprehender la realidad, así como los modos y estrategias de intervención en situaciones específicas y concretas.

TEORÍAS ASOCIACIONISTAS DE CONDICIONAMIENTO

Entre las teorías asociacionistas más representativas se encuentran las conductistas y neoconductistas del condicionamiento clásico de Pavlov, así como la del condicionamiento operante de Thorndike y Skinner, que conciben al 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” (Pérez, 1996, p. 4). Dentro de esta perspectiva, el comportamiento humano está determinado por contingencias sociales que lo rodean, orientan y especifican las influencias de los reforzadores, de modo que para el educador conocer tales contingencias, organizarlas, manipularlas y controlar en lo posible sus efectos reforzantes posibilitarán los cambios deseables en la conducta. Bajo este marco explicativo, “la educación se convierte en una simple tecnología para programar refuerzos en el momento oportuno. Para ello, y de acuerdo con un principio de discriminación y modelado, es necesario diseccionar analíticamente las conductas que se pretenden configurar, hasta llegar a identificar sus unidades operacionales básicas” (Pérez, 1996, p. 5-6). Sin embargo, cabe mencionar que una de las desventajas de estas formas de aprendizaje es que, al desaparecer los reforzadores, la conducta tiende a extinguirse, por lo que la persona regresará y continuará con sus anteriores hábitos.

En el ámbito odontológico, es común identificar la aplicación de estos fundamentos. Por ejemplo, a pesar de que en el consultorio es frecuente que el cirujano dentista regale estampitas o premios como medida reforzadora a la actitud receptiva del tratamiento, el resultado provoca una nula repercusión en el cambio de conducta que se pretende lograr.

TEORÍAS MEDIACIONALES

En las teorías mediacionales se distinguen varias corrientes con sus particulares diferencias: el aprendizaje social de Bandura, las cognitivas de la Gestalt, Maslow y Rogers, y las genético-cognitivas de Piaget y Ausubel. Entre sus planteamientos fundamentales se encuentran “la importancia de las variables internas, la consideración de la conducta como totalidad y la supremacía del aprendizaje significativo que supone reorganización cognitiva y actividad interna” (Pérez, 1996, p. 6).

Aprendizaje social

Para Bandura, (1983) citado por Frías “el desarrollo de principios y procedimientos de cambio conceptual se encuentra en gran medida determinado por el modelo causal que cada uno suscribe” (Frías, 2000, p. 356), es decir, por la percepción que un sujeto tiene en torno a una situación. Cabe mencionar que la percepción no solamente incluye la recepción de estímulos, sino también la atribución de significados sociales, casi siempre simbólicos. En este sentido, y de acuerdo con los planteamientos de Greene (1988) sobre Bandura, la habilidad de los sujetos humanos para usar símbolos como una ayuda para la retención de lo que observan es la causante de su eficacia. De esta manera, Bandura (1977) citado por Greene, considera que el aprendizaje por observación se lleva a cabo en cuatro etapas: a) procesos de atención, en tanto que las personas no pueden aprender por observación a menos que presten la suficiente atención para percibir exactamente las características de lo que se desea que aprendan; b) procesos de memoria, basados en la retención de imágenes y explicaciones a manera de descripciones verbales; c) procesos reproductivos motores o actividad física traducida en el desarrollo de capacidades motrices para realizar algo; y d) procesos motivacionales, orientados a la capacidad intrínseca del ser humano para autorreforzarse y dar consistencia a su comportamiento mediante la incorporación de normas de desempeño, códigos morales y autoeficiencias, percibidas de manera interna como elementos que dan sustento a la opinión que el individuo tiene sobre lo que es capaz de hacer.

A partir de los fundamentos anteriores, en odontología se puede promover el aprendizaje por observación, mostrando en la explicación imágenes sugestivas reales asociadas a los diferentes padecimientos y de acuerdo con las necesidades identificadas en las personas, así como mediante la técnica de demostración en la enseñanza de procedimientos de protección a la salud, tales como la técnica de cepillado o empleo del hilo dental, que permitan su comprensión para la reproducción motriz de su correcta aplicación de acuerdo con las características estructurales. Para atender el cuarto aspecto, es indispensable la supervisión y vigilancia en la aplicación correcta de las medidas preventivas, reforzarlas y motivar para que se constituyan en un comportamiento permanente.

Asimismo, cabe destacar dos conceptos fundamentales de los postulados teóricos de Bandura que están presentes en el proceso de cambio conductual: autocontrol y autoeficacia. El primero se refiere a la capacidad que tienen las personas para regular o dirigir sus conductas no obstante el proceso que éstas implican y la participación de mecanismos cognitivos; el segundo, por su parte, explica el modo en que las personas enfrentan distintas situaciones, normales o conflictivas, y se relaciona con la opinión de los individuos acerca de sus capacidades para movilizar su motivación, sus recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer el control sobre las exigencias de una tarea. Entendida así, la autoeficacia se relaciona con las conductas de salud, ya que la persona percibe que domina y cumple con los hábitos adecuados para su salud, es decir, cree que los conocimientos y destrezas que tiene acerca de la salud son útiles.

En este sentido, el cirujano dentista, en su intervención como educador para la salud, debe atender tres aspectos fundamentales: qué saben, qué sienten y qué hacen las personas, para proporcionar la información adecuada a sus necesidades cognitivas y afectivas (saber y sentir-actitudes), así como verificar que las personas lleven a cabo las acciones convenientes de acuerdo con el proceso o procedimiento establecido como medida de protección a su salud. Si las personas comprenden que la caries dental es un proceso que puede detenerse con sencillas medidas de protección personal (cepillado dental y empleo de fluoruro), y la manera en que actúan tales acciones, con certeza adoptarán conductas que favorezcan su salud.

Además de estos sistemas, la teoría del aprendizaje social considera otros procesos: la imitación y el aprendizaje por observación. Cabe mencionar que esta situación es especialmente importante durante la infancia, en donde los padres ocupan un papel protagónico, aunque no se descarta en las demás etapas evolutivas (Frias, 2000).

Aprendizaje holístico

El aprendizaje holístico de la Gestalt o teoría del campo, cuyos representantes son Wertheimer, Kofka, Köler, Wheeler y 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 o más que entender los elementos aislados de la conducta tiene que ser comprender las relaciones de codeterminación que se establecen entre los mismos a la hora de formar una totalidad significativa. Las fuerzas que rodean a los objetos, las relaciones que les ligan entre sí, definen realmente sus propiedades funcionales, su comportamiento”, y configuran el campo “como el mundo psicológico total en que opera la persona en un momento determinado, es este conjunto de fuerzas que interactúan alrededor del individuo el responsable de los procesos de aprendizaje, considerando al aprendizaje como un proceso de donación de sentido, de significado, a las situaciones en que se encuentra el individuo. Por debajo de las manifestaciones observables se desarrollan procesos cognitivos de discernimiento y de búsqueda intencional de objetivos y metas. El individuo no reacciona de manera automática a los estímulos y presiones del mundo objetivo, reacciona a la realidad tal como la percibe subjetivamente, y su conducta responde a su comprensión de las situaciones, al significado que confiere a los estímulos que configuran su campo vital en cada momento concreto” (Pérez, 1996, p. 6).

La interpretación holística y sistémica de la conducta y del aprendizaje, así como la consideración de las variables internas como portadoras de significación y diferenciación de los tipos de aprendizaje, tales como el representacional, de conceptos, de principios o de solución de problemas, llevan implícita la mediación de estructuras cognitivas, que implican operaciones cuyo común denominador es la comprensión significativa de las situaciones y la motivación intrínseca por resolver un problema en algún área del espacio vital, o en el espacio que le rodea, donde satisface sus múltiples y variadas necesidades. En términos de la organización didáctica, deberá tomarse en cuenta la dimensión global y subjetiva de los fenómenos de aprendizaje que preceden al cambio de conducta, y considerarse que es todo el espacio vital del sujeto que aprende lo que se pone en juego a cada momento, por lo que no se trata únicamente de la cantidad de información que recibe.

Lo anterior demanda del cirujano dentista el reconocimiento de dos necesidades fundamentales: la sentida y la expresada. La necesidad sentida es lo que las personas sienten que necesitan; se encuentra ligada o relacionada con experiencias pasadas, por lo cual puede originar que se restrinjan o se exageren las expectativas o resultados de la resolución de su necesidad e interferir en el aprendizaje. Esto puede deberse también a que tal vez sea diferente a lo definido como una necesidad en términos profesionales, lo que interfiere en los objetivos educativos en salud. En la necesidad expresada las personas dicen lo que necesitan mediante palabras o acciones, esto es, la necesidad sentida que se manifiesta a través de un reclamo o demanda. A veces, la necesidad sentida nunca se expresa, porque las personas no la consideran importante o piensan que no hay solución para ello, o por falta de confianza para reclamarla. Por ejemplo,

sabemos que algunos niños pueden beneficiarse de los cuidados bucales; sin embargo, sus padres no los llevan al dentista porque, para ellos, no es una necesidad que puedan reclamar, aun sabiendo que es importante el tratamiento para la salud de sus hijos.

En este contexto, sin profundizar en lo que a las necesidades se refiere, de manera muy sencilla podemos remitirnos a las que plantea A. Maslow en su clasificación jerárquica de cinco necesidades fundamentales del ser humano: “las necesidades fisiológicas como el aire, el agua, la comida, la actividad y el sueño; la necesidad de seguridad o de sentirse protegido de los peligros del medio y el entorno; la necesidad de identidad y de amor, que supone el dar y recibir afecto y amor, así como tener conciencia de una identidad personal y de pertenecer a un grupo; la necesidad de autoestima, que surge cuando la persona se siente orgullosa y quiere un respeto para la imagen de su persona; por último, la necesidad de desarrollo y expansión personal, que corresponde al deseo de un desarrollo completo de la persona, de hacer fructificar sus talentos y facetas de personalidad” (Rochon, 1996, p. 33).

TEORÍA GENÉTICO-COGNITIVA

El aprendizaje como constructo de la psicología genético-cognitiva representada por Piaget, Ausubel y Vigotsky establece en principio una relación directa con el desarrollo y la maduración de las estructuras orgánicas internas, de manera que el aprendizaje provoca la modificación y transformación de esas estructuras que, una vez modificadas, permiten la realización de nuevos aprendizajes de mayor riqueza y complejidad. “La génesis mental puede representarse como movimiento dialéctico de evolución en espiral, en cuyo centro se encuentra la actividad, de manera que el aprendizaje es tanto un factor como un producto del desarrollo, y en todo caso, es un proceso de adquisición en el intercambio con el medio, mediatizado por estructuras reguladoras al principio heredadas, y posteriormente construidas con la intervención de pasadas adquisiciones” (Pérez, 1996, p. 8).

Las estructuras cognitivas se construyen, son el resultado de procesos genéticos y de intercambio con el medio a través de dos movimientos: la asimilación, entendida como la forma de integración de los conocimientos nuevos a la estructura vieja, y la acomodación, como posibilidad de reformulación y elaboración de nuevas estructuras, consecuencia de la incorporación no arbitraria de la nueva información.

Ausebel (1976) citado por Pérez considera que los nuevos significados no son las ideas o contenidos objetivos presentados para el aprendizaje, sino el producto de un 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 alumno en su estructura cognitiva, de manera que el bagaje de conocimiento del individuo se enriquece y modifica sucesivamente con cada nueva incorporación”. El significado psicológico de los materiales de aprendizaje es idiosincrásico, experiencial, histórico y subjetivo, por lo que cada individuo capta la significación del material nuevo en función de las particularidades históricamente construidas de su estructura cognitiva (Pérez, 1996, p. 10-11). Cabe mencionar que esta forma constructiva del conocimiento aplica lo mismo para los conceptos que conforman la estructura cognitiva como para las actitudes que se presentan sustentadas en una forma de pensar o valorar las diferentes situaciones de la vida, razón por la cual, para modificar una conducta o actitud, es necesario partir de la modificación de la forma de los conceptos que sustentan la manera de pensar.

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

Hasta aquí aparecen varios conceptos y perspectivas para explicar la conducta y sus posibilidades de cambio; sin embargo, contextualizarlos en el proceso de promoción de la salud requiere tomar en cuenta los objetivos que pretende alcanzar para:

- 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 de individuos, grupos y comunidades

Todos estos procesos están estrechamente relacionados y la mayoría de las veces se combinan para apoyar unos el logro de los otros dentro de un programa educativo adecuado para una o varias personas. La experiencia demuestra que la entrega de información sola no constituye una enseñanza eficaz. La persona que recibe la enseñanza debe estar activamente implicada en el proceso. Además, los determinantes que afectan la capacidad de aprendizaje y de colaboración de cada individuo son multidimensionales y variados, incluyen factores físicos, como la presencia de dolor o

fatiga; factores psicológicos, como el nivel de estrés, la capacidad para afrontar situaciones, las experiencias pasadas con las enfermedades, los valores personales y las prioridades; factores sociales, como el tipo de sistemas de apoyo disponibles; factores cognoscitivos, como el deterioro de la memoria, y los factores vocacionales, como el trabajo o experiencias escolares anteriores y planes futuros. Más específicamente ayudar a las personas a llevar a cabo conductas saludables que sean coherentes con las actitudes positivas hacia la salud plantea como objetivo fundamental la mejora de la resistencia a la presión social, el aumento del autoconcepto, de la autoestima y, sobre todo, la mejora de sus habilidades en la toma de decisiones. Así, crear estructuras básicas en los patrones de conducta saludable supone:

- 1) Dar normas de conducta, patrones, hábitos; en definitiva, reglas de salud.
- 2) Utilizar modelado, aprendizaje vicario, suministrando los criterios para que los niños realicen o mejoren sus conductas de salud.
- 3) Crear diversas situaciones de aprendizaje que permitan el desarrollo de estrategias para el cambio hacia actitudes positivas para la salud. Estas estrategias deberían plantearse a partir de la participación activa del sujeto, para facilitar la formación por distintas vías con información diferente de creencias sobre las que se fundamentan estas actitudes. (Greene p.270-271)

Es de gran importancia no perder de vista la trascendencia que tiene el hecho de que el propio profesional tenga una actitud favorable hacia la promoción de la salud, es decir, esté sensibilizado y comprometido con la misma, además de preparado y entrenado en las técnicas específicas de que hace uso la promoción de la salud (Donati, 1994, p. 64-65).

De cada una de estas maneras de explicar la conducta y el aprendizaje se deriva un modelo de intervención para el cambio de conductas poco saludables, a saber, el modelo de creencias basado en la reestructuración cognoscitiva (modificación de conceptos) o el modelo basado en la comunicación persuasiva (convencer a las personas con información confiable y en ocasiones manejo de emociones); sin embargo, un modelo ecléctico que parece brindar mayor cobertura y mejores resultados es el PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes, Educational, Diagnosis, Evaluation*) porque parte de un análisis detallado del problema.

Según Frías (p. 363), el procedimiento del PRECEDE incluye siete fases:

Primera: Se realiza una valoración de la calidad de vida de la persona o comunidad mediante la identificación de problemas generales o trascendentes.

Segunda: Se identifican problemas específicos de salud que parecen contribuir a los problemas identificados en la fase anterior.

Tercera: Se identifican las conductas concretas relacionadas con los problemas específicos de la fase anterior. Las conductas identificadas han de ser lo más concretas o específicas posible, además de jerarquizadas adecuadamente.

Cuarta: Se identifican factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo en relación con las conductas problema.

Quinta: Se priorizan los factores identificados en cada uno de los tres ámbitos de la fase anterior con objeto de seleccionar aquellos sobre los que se desea influir.

Sexta: Una vez establecido el diagnóstico del problema, se desarrolla e implementa el programa de educación para la salud.

Séptima: Se evalúa la adecuación de todo el proceso, aunque este aspecto no es exclusivo de la fase final, sino que impregna cada una de las fases.

Por último, es importante hacer énfasis en la importancia de que la población objetivo de la intervención educativa sea la que identifique los problemas y necesidades de salud, con la intención de posibilitar en mayor medida un cambio duradero en los modos de vida a partir de una decisión y compromiso personales.

Para mayor información al respecto remitirse al capítulo seis.

REFERENCIAS

- Donati, P. (1994). *Manual de sociología de la salud*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Frías, A. (2000). *Salud Pública y educación para la salud*. Madrid, España: Masson.
- Greene, W. (1988). *Educación para la salud*. México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Mann, L. (2010). *Elementos de Psicología Social*. México: Limusa.
- Pérez, Á. (1996). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid, España: Morata.
- Rochon, A. (1996). *Educación para la salud*. Barcelona, España: Masson.

Instrucciones: lee las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta.

- 1) La modificación de comportamientos en salud se refiere al cambio:
 - a) De conductas que se consideran nocivas para la salud
 - b) En el sistema de creencias de la persona
 - c) De actitudes que se presentan cotidianamente
 - d) Habilidades para adaptarse al medio
- 2) La conducta de una persona se basa en:
 - a) La imitación de modas novedosas
 - b) Actitudes, valores y creencias
 - c) Identificación e incorporación de modelos
 - d) Ciencias, conocimientos y modas
- 3) Teorías que explican la conducta humana
 - a) Mediacionales, del aprendizaje social y genético-cognitiva
 - b) Comunicativas, sociales y económicas
 - c) Neuropsicológicas, anatomofisiológicas y genéticas
 - d) Asociacionista, genética y neuropsicológica
- 4) La psicología genético-cognitiva explica el aprendizaje como:
 - a) El cambio permanente de pautas de conducta
 - b) La construcción como producto del intercambio entre la antigua y la nueva información
 - c) La adquisición de nueva información por la transmisión que el emisor dirige al receptor
 - d) El producto de conocimientos previos
- 5) Para lograr un cambio efectivo de conducta es necesario que:
 - a) Se diseñen campañas de gran cobertura y alcance para toda la población
 - b) Los medios masivos de comunicación apoyen sistemáticamente
 - c) Que la persona que recibe la enseñanza esté implicada en el proceso
 - d) Se establezcan programas educativos individuales

Respuestas: 1) a. 2) b. 3) a. 4) b. 5) c.

CAPÍTULO 8

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS DIFERENTES PERIODOS DEL DESARROLLO HUMANO

*María Cristina Sifuentes Valenzuela,¹ Haydee Gómez Llanos Juárez
Rosa Eugenia Vera Serna Mario, María Nicolasa Rentería Aguilera
Alejandra Haydee Díaz Morales, Alicia Percevault Manzano
Javier De la Fuente Hernández, Mario Ignacio Manríquez Quintana*

INTRODUCCIÓN

El hombre y su entorno coexisten bajo un equilibrio caprichoso y evolutivo, el cual es susceptible de ser alterado de manera irreversible por diversas circunstancias. Por esta razón, es importante que los trabajadores de la salud proporcionen a la población las herramientas que le permitan conocer la complejidad del funcionamiento de su organismo a lo largo de las diferentes etapas de la vida, así como la necesidad de hacerlo responsable del autocuidado, para lograr vivir con calidad. Este capítulo hace un recorrido minucioso sobre las diferentes etapas de la vida del ser humano, sus características generales y particularidades, así mismo se realiza el abordaje de las posibilidades para el desarrollo de las enfermedades más frecuentes, su prevención y manejo.

PROBLEMAS Y CUIDADOS DURANTE EL DESARROLLO INFANTIL

Embarazo

Durante la gestación, la mujer está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer alteraciones en su estado de salud bucodental (caries y enfermedad periodontal). En este periodo se presentan modificaciones fisiológicas en el organismo que, no obstante, por sí solas no son capaces de producir enfermedad; sin embargo, al combinarse con factores fundamentalmente de tipo conductuales relacionados con el estilo de vida, condicionan la aparición y agravamiento de enfermedades. La gravidez constituye una condición sistémica particular en la cual se modifican las propiedades bucodentales y los tejidos periodontales pueden verse afectados. Asimismo, los cambios en la producción salival, flora bucal y dieta, entre otros, constituyen factores que inciden en ello. Durante este periodo, la composición salival se ve alterada y disminuyen el pH y la capacidad neutralizadora, con lo que se daña la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, las cuales se desarrollan favorablemente en el medio bucal (Rodríguez, 2003).

Los alimentos suplementarios que necesita la madre durante el embarazo para satisfacer las necesidades del feto y de las membranas fetales incluyen una cantidad extra de calcio, fósforo, proteínas y vitaminas C y D. Si la alimentación materna no contiene los elementos nutritivos necesarios, la madre puede sufrir durante el embarazo cierto número de carencias. La madre necesita formar su propia hemoglobina y producir el hierro para la hemoglobina fetal, por lo que la anemia por déficit de hierro es uno de los estados carenciales más frecuentes durante esta etapa, que produce palidez de la mucosa bucal de la madre y afecta al feto.

Durante el embarazo se presentan las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido, prevalece la creencia de que ésta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que, a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. Gran parte de lo que

ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar de que los requerimientos de este elemento aumentan 33% en comparación con mujeres no gestantes (Nápoles, 2012).

Con frecuencia escuchamos algunos mitos muy arraigados aún entre la población, como: “Durante el embarazo aparecen caries y se pierden dientes”, “la mujer embarazada pierde calcio durante el embarazo” o “una mujer embarazada no debe recibir tratamiento odontológico, porque la anestesia y las radiografías pueden afectar al feto”.

Un tratamiento odontológico correctamente planificado no debe causar alteración del niño en formación; por el contrario, existe evidencia que señala que no tratar una enfermedad periodontal durante el embarazo podría causar partos prematuros y de bajo peso, problema de salud pública tanto en países desarrollados como en desarrollo. Este hecho cobra mayor importancia cuando se plantea que hasta 56% de los médicos no acostumbra a examinar la cavidad oral de sus pacientes, lo cual dificulta la observación y tratamiento oportuno de patologías orales que efectivamente pueden complicar un embarazo por infección secundaria no oral a partir de un foco primario oral (Fuentes, 2009).

Características físicas, psicológicas y sociales

Los eventos biológicos van desde cambios en el aspecto físico de la mujer (aumento de peso y de volumen, alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, hiperflexibilidad de las articulaciones) hasta cambios fisiológicos mayores (en los sistemas cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación y órganos reproductivos). Las hormonas sexuales aumentan su producción y la mujer está en desbalance inmunológico, lo que la hace susceptible de agresiones a la salud respecto de la mujer no grávida (Olivar, 2001).

A nivel vascular, aumenta el gasto cardíaco, el cual alcanza su punto máximo entre la semana 28 y 32 de gestación, y la frecuencia cardíaca, que desciende a partir de la semana 30 de gestación. Asimismo, disminuye la presión arterial de la semana 21 a la 24, que llega a valores normales al final del embarazo (Marrero, 2003).

En el segundo mes inicia un progresivo aumento del volumen plasmático, más veloz en la primera mitad del embarazo, que al final del tercer trimestre puede llegar a suponer hasta 50% en comparación con el que existía basalmente debido, sobre todo, a la relajación de la musculatura lisa vascular ante factores endoteliales. Existe cierto estado de hipercoagulabilidad con mayor viscosidad plasmática que aumenta los factores de coagulación II, VII, VIII, IX y X, las concentraciones de fibrinógeno sérico y el turnover plaquetario; por su parte, la actividad fibrinolítica plasmática disminuye (González, 2000).

Durante la gravidez también ocurren cambios hematológicos como la disminución del valor de hematocrito por el aumento del volumen sanguíneo, el cual requiere gran cantidad de hierro.

Los diversos cambios que ocurren en la mujer embarazada (manchas en la cara, aumento de peso, estrías en el abdomen) pueden ocasionar alteraciones psicológicas, ansiedad y sensación de frustración, por lo que es posible que el miedo al tratamiento odontológico aumente.

Caries dental

Diversas investigaciones señalan que el aumento de las lesiones cariosas de las mujeres embarazadas se debe al aumento de los factores cariogénicos locales, como cambios en la composición de la saliva, en la flora oral y en los hábitos dietéticos, vómito por reflujo e higiene deficiente (Marrero, 2003).

El aumento de gonadotropina en el primer trimestre se asocia con náuseas y vómitos. El aumento de progesterona enlentece el vaciamiento gástrico y la acidez resultante durante los vómitos provoca erosión del esmalte de los dientes, fundamentalmente en la cara lingual de los molares e incisivos inferiores (Bastarrechea, 2009).

Estudios clínicos han demostrado que los tejidos orales pueden ser afectados por el embarazo. Si bien la población conoce el efecto que la gestación tiene sobre los dientes, el cual puede ser perjudicial, los efectos sobre el inicio y progresión de las caries no son claros. Existen evidencias de que los dientes no pierden consistencia y que los niveles de calcio u otros minerales no disminuyen de manera significativa; sin embargo, el ambiente del diente se ve afectado al aumentar el número de microorganismos cariogénicos, junto con la disminución del pH y la actividad tampón de la saliva durante la gestación (Herrera, 2007).

Enfermedad periodontal

La cavidad bucal no está exenta de sufrir la influencia hormonal; pueden presentarse algunas alteraciones reversibles y transitorias, y otras patológicas. La gingivitis y agrandamientos gingivales han sido reportados por diversos autores como trastornos tan frecuentes en esta etapa de la vida, que para algunos miembros de la profesión médica es considerado como “normal” que las encías de sus pacientes sangren y se agranden. La inflamación gingival puede alcanzar cifras de prevalencia entre 50 y 98.25%. La periodontitis también es común durante la preñez. Otro aspecto importante de la relación enfermedad periodontal y embarazo es el aumento en la movilidad de los dientes. En sentido opuesto, la enfermedad periodontal ha sido identificada como un factor de riesgo para que aquellas mujeres que la sufren durante el embarazo, tengan partos prematuros o hijos de bajo peso al nacer (Díaz, 2004).

La enfermedad periodontal de la madre se asocia al aumento del riesgo de varias complicaciones obstétricas, como parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer y preeclampsia (Guido, 2012).

En algunas madres se pueden observar al sondear cálculos, bolsas moderadas y hemorragia. La llamada gingivitis del embarazo tiende a aparecer durante la octava semana de gestación y alcanza su punto máximo aproximadamente en la semana 36, lo cual no es más que el resultado del aumento de progesterona.

En las gestantes, la gingivitis transcurre con edema, color rojo oscuro y sangrado al cepillarse y al masticar; aumentan la vascularización y los fenómenos proliferativos con gran cantidad de infiltrado de células inflamatorias que puede o no presentarse en todas las gestantes, así como la secreción de hormonas, la cual puede llegar a valores 30 veces más altos en relación con el estrógeno y 10 veces más en relación con la progesterona. Así, hay una respuesta inflamatoria intensa que favorece la filtración de líquidos en los tejidos perivasculares; aunque la placa es el factor fundamental para la presencia de gingivitis (Palacios-Sánchez, 2006).

Cuidados a la madre y al producto

La vulnerabilidad en el desarrollo de alteraciones bucodentales en este periodo muestra la necesidad de integrar los servicios de salud oral con los de cuidado prenatal. Para la atención y tratamiento de salud oral de las mujeres embarazadas, se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) El embarazo no es una razón para no realizarse un tratamiento dental.
- b) Es necesario que el odontólogo brinde educación e información sobre el cuidado de la salud oral, además de explicar que la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades orales benefician la salud. Asimismo, debe explicar cuáles son las alteraciones más frecuentes para que comprenda y aplique las medidas de protección con el fin de evitar su desarrollo.
- c) Realizar historia clínica completa que incorpore la identificación de hábitos higiénicos y alimenticios para promover acciones preventivas de acuerdo con sus necesidades.
- d) Realizar un examen periodontal cuidadoso.
- e) Recomendar cepillarse los dientes después de cada alimento.
- f) Efectuar las restauraciones que sean realmente necesarias.
- g) Evitar el consumo de refrescos y bebidas azucaradas.

El consumo de tabaco y alcohol tiene un efecto en la salud oral del gestante, ya que se ha encontrado relación con labio leporino y paladar hendido, por lo que se debe insistir en eliminar este hábito.

Periodo de lactancia

Inicia en la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna, desde su nacimiento hasta los dos años de edad. En esta etapa, el bebé está en constante maduración y cambio de las características físicas, psicológicas y sociales.

Características físicas, psicológicas y sociales

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida del bebé. En la mayoría de casos, hay pérdida de peso de 10% debido a la eliminación del líquido extravascular. A los 14 días, el bebé recupera el peso del nacimiento. Durante los tres primeros meses de vida, aumenta 900 gr al mes y crece aproximadamente 3.5 cm mensuales. Las fontanelas del cráneo, que no están cerradas, permiten que la cabeza crezca a una velocidad de 2 cm al mes.

El lactante presenta extremidades cortas, y la cabeza y tronco ocupan la mayor proporción del cuerpo. Se aprecia bastante tejido adiposo principalmente en las extremidades. A los 2 años, la cabeza y el tronco presentan mayor crecimiento y empieza a desarrollarse tejido muscular, además de aparecer el característico abdomen sobresaliente.

De igual manera, en esta etapa aparece la dentadura temporal, que comienza a erupcionar desde el maxilar inferior al superior y desde el centro al lateral. A los 2 años, las glándulas salivales alcanzan la producción de enzimas necesarias para el proceso de digestión. La agudeza visual mejora a las 6 semanas y logra la binocularidad, que se establece definitivamente a los 4 meses. La percepción de profundidad o estereopsis inicia su desarrollo entre los 7 y 9 meses. La agudeza auditiva es igual a la del adulto. El cuello es corto, con pliegues por la acumulación de tejido adiposo.

La actividad más importante del lactante es la comunicación con el adulto. Éste satisface todas sus necesidades y es fuente de las principales impresiones visuales, auditivas y táctiles.

A los 5 o 6 meses de nacido reacciona a los rostros extraños porque los comienza a diferenciar; la cara de un desconocido puede asustarlo. Con la estimulación adecuada y directa, la comunicación con el adulto se convierte en actividad conjunta. El adulto introduce al niño o niña en el mundo de los objetos, atrae su atención hacia ellos, le demuestra cómo actuar y le ayuda a ejecutar acciones. Comienza la imitación, que le da amplias posibilidades para la apropiación de

la experiencia social.

Entre los 7 y 10 meses sigue atentamente el habla y los movimientos de sus familiares; sin embargo, la acción no se produce con rapidez porque la inmadurez de su sistema nervioso provoca que el tiempo de latencia (tiempo que transcurre entre el estímulo y la respuesta) sea más largo. Muchos padres, con orgullo, desean mostrar a los demás los progresos de su hijo o hija y le solicitan lo aprendido.

La velocidad del desarrollo desde la concepción del niño hasta su nacimiento es extremadamente rápida. El desarrollo de habilidades sensoriomotrices y sociales desde el nacimiento hasta el año es igualmente acelerada. El recién nacido tiene una organización biológica que posee los mecanismos básicos que le permiten adaptarse al violento cambio de ambiente que representa el nacimiento, pero es totalmente dependiente de lo que el contexto proporciona para su subsistencia; es una persona que manifiesta una actividad espontánea y una capacidad de reacción a la estimulación propia o ambiental.

Piaget plantea que el periodo que va desde el nacimiento hasta la aparición del lenguaje es el de la inteligencia sensoriomotriz. En esta etapa, el niño conoce el mundo que lo rodea mediante percepciones y movimientos o acciones. Las principales adquisiciones del periodo sensoriomotriz son:

- 1) Capacidad para coordinar e integrar información de los cinco sentidos para comprender que los datos se relacionan con el mismo objeto. Tiene que aprender que puede ver, escuchar y también tocar el mismo objeto.
- 2) Capacidad para reconocer que el mundo es un lugar permanente, cuya existencia no depende del hecho de que el niño la perciba. Noción de permanencia del objeto.
- 3) Capacidad para presentar un comportamiento encaminado hacia objetivos (Ortega, 1997).

Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infecciosa y transmisible, causada por bacterias que se adhieren a la película adquirida del esmalte y colonizan la superficie dental. Una vez que se constituye la biopelícula, las bacterias metabolizan los hidratos de carbono disponibles y liberan ácidos orgánicos que propician la desmineralización del esmalte. Si este proceso se mantiene, la destrucción de la estructura dental es evidente y un factor predisponente y asociado con la pérdida dental (Sánchez, 2012).

La caries por alimentación infantil (antes llamada caries de biberón o síndrome de biberón) se presenta en niños pequeños que duermen con el biberón, el cual comúnmente contiene jugos de fruta, leche sola o endulzada con jarabes o chocolate, o bien por la costumbre de consolar al niño con un chupón con miel. El problema se debe al alimento azucarado en constante contacto con los dientes en los momentos de descanso. Asimismo, este padecimiento se presenta en niños que son alimentados con seno materno después del primer año de vida y que tienen los primeros dientes temporales, en los que no se ejerce alguna medida de higiene, por ejemplo, limpiárselos con una gasa humedecida con agua hervida.

Este tipo de caries se caracteriza por:

- Presentarse en niños pequeños.
- Afectar a numerosos órganos dentarios, especialmente molares.
- Atacar superficies generalmente libres de caries.
- Cursar con lesiones extensas y de avance rápido.
- No afectar los incisivos inferiores libres de caries debido a la acción protectora del labio inferior, la lengua y la saliva (Barbería, 2001).

En esta etapa, el principal factor de riesgo es la exposición prolongada a líquido azucarado en el biberón; su uso indiscriminado es un factor inductor para que la caries se desarrolle. Ortega (1997) menciona que la alimentación materna ofrece beneficios a la salud del bebé y la recuperación de la madre:

- Disminuye las infecciones causadas por *Streptococcus mutans* y otros microorganismos, y contribuye a disminuir el índice de caries.
- Aumenta la resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente, ya que mejora la absorción de calcio y flúor debido a las características de la leche materna.
- Incrementa la secreción salival y mantiene el pH adecuado en la cavidad oral, lo cual contribuye a disminuir el índice de caries.
- Ofrece mayor estabilidad psicológica a los niños; disminuye hábitos orales incorrectos que provocan maloclusiones y afectan la estética y funciones buco – maxilo – faciales.
- Disminuye el riesgo de hemorragia postparto de la madre.
- Propicia la seguridad y confianza del bebé derivada de la relación íntima con la madre.
- Favorece una adecuada posición de la lengua, facilitando un equilibrio dentario. Protege al bebé, ya que la leche materna llega al lactante a una temperatura adecuada, prácticamente libre de gérmenes, con todas sus enzimas, vitaminas y

sustancias que defienden al niño contra ciertas infecciones (Ortega, 1997).

Asimismo, se ha demostrado que el contacto de la madre con el bebé durante el amamantamiento es un acto imprescindible para su desarrollo psicológico, dada la dependencia físico–afectiva de éste con su madre (Higashida, 2005). Otro beneficio identificado es que durante el amamantamiento se produce una excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en su crecimiento y desarrollo (Salette, 2009).

Por lo anterior, no existe ninguna restricción acerca de la alimentación materna, incluyendo el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de 6 meses, dado que, como ya se mencionó, el amamantamiento es importante para el desarrollo físico y emocional del niño en esta etapa.

La alimentación materna hasta los 6 meses de edad reduce la posibilidad de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la succión de dedo y de chupón, dada su vinculación a las maloclusiones dentarias. Es importante también que después de la erupción de los primeros dientes, la alimentación y amamantamiento nocturno se controlen para que el final de éste ocurra alrededor de los 12 meses de edad.

Las medidas más eficaces para prevenir la caries dental en la primera infancia son evitar el uso del chupón con miel y del biberón con líquido azucarado, especialmente durante la alimentación nocturna, así como limpiar carrillos y dientes con una gasa húmeda (Walter, 2000).

Hábitos perniciosos (succión no nutritiva)

Los hábitos bucales deformantes se han considerado factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. Éstos obstaculizan el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional (Escobar, 2004). De igual manera, pueden definirse como la costumbre o práctica de un acto por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga; puede manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Los hábitos pueden clasificarse en dos grupos: beneficiosos (funcionales, no complejos) y perniciosos (complejos). Los hábitos beneficiosos favorecen y estimulan el desarrollo normal. La masticación, la deglución y la respiración normal constituyen un ejemplo de estos hábitos. Los perniciosos resultan de la perversión de una función normal, o se adquieren por la repetición de un acto que no es funcional ni necesario.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- a) Intensidad: fuerzas aplicadas a los dientes y músculos durante la ejecución del hábito.
- b) Frecuencia: número de veces que el hábito es practicado durante el día.
- c) Duración: cantidad de tiempo en cada evento del hábito.

Independientemente de su etiología, el crecimiento y desarrollo de los maxilares pueden ser afectados por algún tipo de hábito que puede causar una mordida abierta anterior, incisivos maxilares protuidos e intruidos, desplazamiento anterior de la maxila y colapso de la maxila en la región posterior con presencia de mordida cruzada (De Nova, 1993 y Medina 2001).

Los hábitos perniciosos que se observan con mayor frecuencia son succión del pulgar u otros dedos, empuje lingual y respiración bucal; por el contrario, los menos frecuentes son succión o mordisqueo del labio (queilofagia) y mordisqueo de uñas (onicofagia).

El hábito más reconocido por la población y de mayor preocupación para los padres es el de succión digital. Según la teoría psicoanalítica, la persistencia de este hábito se atribuye a un impulso psicosexual no controlable útil para afrontar el estrés; otros autores sostienen que éste nace de una respuesta de adaptación y no necesariamente lo acompaña un desequilibrio psíquico. Se observa en más de 25% de niños menores de 4 años. La mayoría lo interrumpe entre los 2 años y medio y 3 años, pero en algunos otros casos puede permanecer hasta edades entre 6 y 12 años. Las niñas son más afectadas que los niños en proporción 2:1 (Ustrell, 2003).

Testimonios clínicos y experimentales sugieren que se requiere de 4 a 6 horas de aplicación de la fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario. Por ello, el niño que succiona con gran intensidad y de manera intermitente no causa mucho movimiento dental, mientras otro que succiona de manera persistente (6 horas) origina un cambio dentario relevante. Como signos clásicos de un hábito activo se señalan: mordida abierta anterior y movimiento vestibular de los incisivos superiores, así como desplazamiento lingual de los inferiores y maxilar superior colapsado.

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo orofacial y producir deformaciones dentoesqueléticas problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

Los tratamientos disponibles hoy en día para este desorden se clasifican en: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóncicos que dificultan el hábito y tratamiento farmacológico.

Empuje lingual. Algunos lo consideran como una etapa transitoria de cambio de deglución infantil a la madura, mientras que

otros lo señalan como causa de maloclusión; en estos casos, encontramos mayor presión de la lengua y menor presión labial, que puede causar deformación del hueso y malposición dentaria.

Respiración bucal. Este tipo de respiración se asocia al síndrome de respiración bucal, o facies adenoidea, ya que causa aumento en la altura interior de la cara, labios separados, arco maxilar estrecho y alto, mordida cruzada posterior y maloclusión clase II. Se observa en los pacientes que tienen interferencias en la función respiratoria normal de las vías aéreas nasales como consecuencia de enfermedad local general, ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otros. La respiración bucal constituye un síndrome cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, pues el odontólogo sólo puede hacer un diagnóstico presuntivo. Deberá ser tratada por el médico en primera instancia, que solucionará el problema nasorespiratorio, y una vez suprimidas las causas de la etiología del mismo, el odontólogo podrá tratar la corrección de las anomalías producidas.

Succión o mordisqueo del labio (queilofagia). Costumbre de mordisquear o chuparse el labio, por lo general, el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores.

Onicofagia. Hábito morboso de morderse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal (Montiel, 2004)

Debido a las consecuencias que pueden provocar la adopción y mantenimiento de estos hábitos, el cirujano dentista debe realizar una exploración minuciosa de la cavidad oral y formular preguntas orientadas a identificar algún hábito, para que instruya a los padres respecto a la afectación que pueden propiciar y, de acuerdo con el caso, recomendar la intervención de un especialista (psicólogo u odontopediatra) para que se dé atención integral al paciente como medida preventiva.

PROBLEMAS Y CUIDADOS DURANTE LA EDAD PREESCOLAR

Los niños en etapa preescolar, son seres en desarrollo que presentan características físicas, psicológicas y sociales muy particulares, cuya personalidad se encuentra en proceso de construcción; estos primeros años de vida son fundamentales para su desarrollo, ya que logran adquirir pautas de aprendizaje y actitudes que marcarán su comportamiento en los años subsecuentes. De ahí la importancia, de proporcionar a los padres la información más completa respecto a los aspectos preventivos como son dieta e higiene bucal, así como iniciar con los niños la instrucción de las técnicas de cepillado dental, siempre monitoreados por los padres.

Para una intervención eficiente del cirujano dentista es primordial considerar las características de los niños en esta etapa, así como los principales problemas bucodentales (caries dental y traumatismos) por los que acuden a consulta odontológica, con el propósito de implementar las estrategias adecuadas, tanto para la prevención, como para la resolución de los mismos.

Edad preescolar

Características físicas, psicológicas y sociales

Este periodo comprende de los 3 a 6 años de edad (Boj, 2012) y se le conoce como la edad del “yo también” o como la edad de la imitación; el niño comienza a comunicar y razonar. La comprensión del habla es de 70% a 80% y puede construir frases de tres palabras (Barbería, 2001).

En esta etapa, el niño aumenta de manera considerable su lenguaje, lo que le permite comunicarse con los demás. Asimismo, con la incorporación a la educación formal (asistencia al jardín de niños) y convivencia con compañeros de su edad, tolera la separación de los padres y aumenta la capacidad de controlar sus emociones en respuesta a las normas impuestas, sintiéndose culpable o ansioso cuando no las respeta. El pensamiento del niño continúa mostrando egocentrismo, y se puede identificar fácilmente que le falta madurez para comprender que su punto de vista puede ser diferente al de los demás (Boj, 2012).

Se encuentra muy susceptible al elogio, y puede comprender y realizar órdenes verbales; una sugerencia para facilitar la comunicación es dar órdenes sencillas y alabar toda conducta positiva. Sin embargo, al llegar a los 3 y medio años, la conducta aparentemente fácil del niño empieza a cambiar, puede aparecer la descoordinación en todos los aspectos: el tartamudeo, al caminar, así como actitudes o hábitos que le ayuden a disminuir la tensión, como pestañeo, morderse las uñas, hurgarse la nariz, tics faciales o sacudidas, o bien aumentar la succión del pulgar. Ante este proceso es importante que las personas cercanas comprendan esta situación y actúen con tolerancia, paciencia y afecto (Barbería, 2001).

Los 4 años es la edad del “berrinche” o del “cómo” y del “por qué”; el niño pierde el control en todos los aspectos de la conducta, pega, patea y rompe cosas en momentos de ira, incluso puede escaparse. Responde al llamarlo por su nombre, puede comportarse como un gran conversador y preguntador, posee gran imaginación y, conforme transcurre esta etapa, su conducta se dulcificará, se muestra obediente y complaciente.

Al llegar a los 4 años y medio le gusta discutir, manifiesta un gran interés en los detalles y quiere que se le muestren

cosas; necesita aún firmeza para comunicarse, pero se puede utilizar el razonamiento para explicarle las cosas. A los 5 años hay un gran asentamiento del habla e inicia la fase social, se muestra más confiado, estable y equilibrado, y no es demasiado exigente; la madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla (Boj, 2012).

Cuando llega a los 6 años, el niño sigue cambiando, pero el lenguaje estará completamente establecido; sin embargo, es una etapa difícil, ya que no acepta críticas, regaños, ni castigos. Requiere de muchos elogios y necesita saber que tiene la razón; predominan las rabietas y cambios constantes de humor (Barbería, 2001).

Con base en las características que presenta, es importante que el cirujano dentista considere su capacidad de desarrollo emocional y social para que pueda crear un ambiente de confianza y de colaboración, así como para diseñar el plan de intervención integral y el programa educativo más adecuado de acuerdo con su situación de salud bucodental.

A los 4 años, dada su actitud de indagación, es necesario que el cirujano dentista atienda sus dudas, pero de manera firme y con un lenguaje sencillo, muestre interés por su salud y le explique el problema, los diferentes instrumentos y procedimientos odontológicos que se utilizarán para atender sus necesidades, las consecuencias y beneficios de hacerlo, así como la importancia de su actitud colaborativa para lograr el éxito. Esta actividad es fundamental en la primera cita, en la que deberán estar presentes los padres. Asimismo, es necesario establecer acuerdos mutuos para que desde este primer contacto se promueva una responsabilidad compartida en el mantenimiento de la salud. Posteriormente, deberá siempre procurar que el niño entre solo a consulta y en todo momento dar seguimiento a los avances alcanzados, no olvidando elogiar y reconocer su actitud participativa, tanto en la higiene bucal como en los hábitos alimenticios. Al inicio de la consulta, se puede dar un pequeño espacio para retroalimentarlo antes de iniciar el procedimiento, dado que el preguntar constantemente puede constituir un mecanismo de defensa y prolongar el tratamiento.

La actitud del cirujano dentista antes mencionada debe mantenerse durante esta etapa de desarrollo. Para evitar una situación de tensión en el niño con la separación de la madre (centro de atención), no obstante su madurez y estabilidad emocional, es conveniente explicarle que es un medio contaminante, las consecuencias que tendría en la salud de su madre (factores de riesgo físicos, biológicos, ergonómicos), que ella estará afuera en la sala de espera y que esto optimiza el tiempo de trabajo, entre otros aspectos. Por su parte, es conveniente que la madre o el tutor se involucren en las diferentes estrategias aplicadas para atender las necesidades de su hijo, por lo que se deberá solicitar su supervisión e intervención en casa para el fortalecimiento de las actividades y conductas que se desea propiciar en el niño. De la misma manera, no debe olvidar reconocer con elogios las acciones positivas adoptadas por su hijo, como cepillarse los dientes inmediatamente después de comer.

Caries dental

Sin duda, la caries dental es la enfermedad infecciosa transmisible no autolimitante y multifactorial más común de la infancia y presente en el paciente pediátrico (Biondi, 2010).

En la etapa preescolar, los dientes que con mayor frecuencia se ven afectados, según el orden de erupción, son los primeros y segundos molares temporales, seguidos de los caninos e incisivos superiores. Los incisivos inferiores raramente presentan caries, ya que su ubicación en la arcada, la lengua y la distribución de la saliva favorecen una defensa natural.

Inicialmente la caries puede verse como una zona opaca blanquecina (“manchas blancas”), pero con superficie íntegra, que corresponde a un proceso de desmineralización sin cavitación (Barbería, 2001).

Por lo general, la velocidad de progresión de la caries es más rápida que en el adulto debido al menor grosor del esmalte. Las lesiones de avance rápido presentan un color blanco amarillento. En este periodo, podemos encontrar diferentes tipos de caries según su localización, factores detonantes o velocidad de progresión:

- 1) Caries de fosetas y fisuras. Se presenta en surcos y fosetas muy pronunciados debido a la alimentación excesivamente blanda e higiene insuficiente, por lo que se acumulan depósitos de placa y alimentos en el fondo de los mismos.
- 2) Caries rampante. Ocasiona lesiones múltiples, extensas y de avance rápido. Los incisivos inferiores suelen estar afectados, lo que permite realizar el diagnóstico diferencial con caries del biberón. La etiología es el consumo exagerado de hidratos de carbono (Barbería, 2001).

Aunque conocemos la etiología multifactorial de la caries dental, es importante mencionar que una dieta alta en hidratos de carbono, la consistencia de los alimentos y una higiene bucal pobre conllevarán la aparición de la enfermedad. Cualquier alimento que contenga azúcares (sacarosa, glucosa, fructosa, lactosa y maltosa) o elementos que puedan ser desdoblados serán capaces de formar ácidos cuando los microorganismos de la placa están presentes y hacer descender el pH bucal.

La dieta de los niños sufre modificaciones desde la lactancia hasta la adolescencia no sólo en su composición, sino también en su consistencia; por ello, si se pretende que los pacientes infantiles tengan mejor salud dental, es necesario (al efectuar la historia clínica) realizar un estudio de la dieta del niño que incluya la frecuencia con que ocurre algún tipo de

ingesta, el tipo y vehículo del azúcar consumido para establecer en tiempo la duración de la agresión y las características personales del paciente, que permita establecer el riesgo y recomendar las acciones preventivas pertinentes para evitar el daño.

Asimismo, se debe tener en cuenta y explicar a los padres que no es posible tener una dieta libre de factores de riesgo y mucho menos en los niños, pero pueden ayudar a reducir la cantidad y frecuencia de la ingesta de carbohidratos y seguir el planteamiento preventivo multifactorial que se debe realizar, con especial énfasis en la eliminación de placa y los medios que refuerzan la superficie dental como la aplicación tópica de flúor (Barbería, 2001).

Para el cepillado dental, se indica una técnica horizontal (cerdas a 90° con respecto al eje mayor del diente, con movimientos de barrido de atrás hacia adelante) realizada por un adulto responsable. Sin embargo, debe permitirse a los niños que cepillen sus dientes para incorporar el hábito, aunque no posean la motricidad fina suficiente para desarrollar una técnica correcta.

Por lo general, cuando se cepillan solos, lo hacen únicamente en las caras oclusales sin acceder a la zona gingival. Se recomienda un cepillo con cerdas suaves con una parte activa lo suficientemente pequeña como para permitir la máxima maniobrabilidad en la cavidad bucal, con un mango que no impida que el adulto pueda sostenerlo (Biondi, 2010).

De la misma manera se debe instruir a los padres respecto a la cantidad de pasta dental que deberán colocar en el cepillo (tamaño de un chícharo) y sobre los beneficios del cepillado inmediato después de cada alimento (evitar humedecer las cerdas), especialmente el que se realiza antes de dormir, como medida de protección más importante para evitar el contacto prolongado de un medio propicio para desencadenar la caries.

Traumatismos

Los traumatismos dentales en la etapa preescolar se vinculan al desarrollo propio de la edad que presenta el niño. La razón por la que el mayor número de traumatismos en la dentición temporal suelen ocurrir durante los primeros 3 años de vida se debe a que durante este periodo el niño pasa de un estado de dependencia total de movimientos a una relativa situación de estabilidad, al aprender a caminar y al apartarse de la madre. Esta etapa del desarrollo puede acarrear el peligro de una lesión accidental, ya que los niños aún no controlan perfectamente sus movimientos. Por lo general se presentan en niños menores de 5 años (aunque puede ser a cualquier edad) por causas accidentales, como caídas del tobogán o de la cuna, o golpearse los dientes contra el piso o alguna mesa (Barbería, 2001).

Los accidentes en automóvil y, desgraciadamente, el maltrato infantil, el cual se ha llegado a considerar una enfermedad social pediátrica, son otras causas de lesiones en la infancia; así como el labio superior corto incompetente, respiración bucal o protrusión de los incisivos (García-Ballesta, 2003).

En cuanto al tipo de traumatismo, en la dentición temporal y debido a la estructura del propio hueso alveolar (espacios medulares grandes que lo hacen más flexible), las lesiones que se presentan con mayor frecuencia son las luxaciones. La afectación de la vitalidad del diente dependerá en gran medida de la intensidad y dirección del golpe recibido. Los análisis epidemiológicos demuestran que el diente más afectado es el incisivo central superior, seguido por el lateral superior y el central inferior; por lo tanto, los dientes anteriores son los más vulnerables (García-Ballesta, 2003).

Asimismo, la literatura ha reportado que, en niños de edad preescolar, los traumatismos orales son los segundos accidentes físicos más comunes con la siguiente distribución: los más frecuentes son los traumatismos de tejidos dentarios, seguidos de lesiones de tejidos extraorales y del hueso alveolar. Flores (2002) expresa que la prevalencia de lesiones traumáticas en dientes primarios oscila entre 11 y 30%, citado por Andreasen (2012).

Si el traumatismo recibido es de incisal a apical, el diente se desplazará hacia el alveolo (luxación intrusiva), con la posibilidad de afectar al germen del diente permanente (lesión grave) (Koch, 1994). Ante un traumatismo de esta naturaleza, el cirujano dentista deberá recomendar a la madre revisiones periódicas para evaluar su impacto en la dentición permanente; lo más probable es que se retrase la erupción y, según la intensidad, se pierda la vitalidad y cambie su coloración a un color oscuro, derivado de la necrosis pulpar (interrupción de nutrientes en el torrente sanguíneo).

Por el contrario, si el golpe se recibe de apical a incisal, se extruirá el diente, esto es, se desplazará hacia incisal, y se observará un aparente aumento de la corona clínica y hemorragia ingival (luxación retrusiva). Por lo general, el diente expoliará antes de tiempo y la erupción del diente permanente se anticipará. Puede presentarse el mismo proceso que en la luxación intrusiva, por lo que se recomienda supervisar su evolución. Asimismo, para prolongar su permanencia y evitar el traumatismo del antagonista, es recomendable ferulizar el diente y cortar tejido dentario en incisal hasta lograr la armonización oclusal del diente. No obstante, dependiendo de la magnitud del desplazamiento, algunos autores recomiendan la extracción dentaria.

Por su parte, la luxación lateral se caracteriza por el desplazamiento del diente en dirección mesial o distal de acuerdo con la dirección en que se recibió el golpe; suele acompañarse de compresión o fractura del proceso alveolar (Koch, 1994).

Cuando el diente se desprende del alveolo (avulsión), la reposición y éxito en la permanencia dependerá del tiempo que haya transcurrido desde el accidente y la visita al consultorio. Lo importante ante un accidente es que el cirujano dentista intervenga lo más pronto posible y aplique una terapia y procedimiento odontológico orientado a conservar el mayor tiempo posible el diente afectado (colocar férula para asegurar su estabilidad y recuperación del tejido, como primera fase del

tratamiento) hasta que se lleve a cabo la erupción de los dientes permanentes; de no lograrse, es recomendable la colocación de un mantenedor de espacio para evitar una maloclusión.

Asimismo, se sugiere que los padres comprendan la importancia de vigilar más a sus hijos y eviten colocar muebles que pueda exponerlos a un traumatismo, así como obstáculos que interfieran en su proceso de desarrollo físico y motor.

PROBLEMAS Y CUIDADOS DURANTE LA EDAD ESCOLAR

Este periodo tiene como experiencia central el ingreso al colegio de manera formal. A esta edad los niños experimentan cambios físicos y psicológicos que los acercan poco a poco a la sociedad a la que pertenecen y el éxito o fracaso en esta etapa dependerá de las habilidades que hayan desarrollado en los años anteriores. De la misma manera, los hábitos de higiene bucal adquiridos, hábitos dietéticos y medidas preventivas instituidas inicialmente, marcarán la pauta de gravedad de los problemas bucodentales que se puedan manifestarse, sin olvidar que es en esta etapa cuando se deben atender y resolver de manera inmediata las maloclusiones que se observen en los niños, aprovechando los picos de crecimiento, evidentes durante estos años y que favorecen la corrección de estos problemas.

Edad escolar

Características físicas, psicológicas y sociales

Este periodo comprende de los 6 a 12 años (Boj, 2012); en esta etapa se lleva a cabo la erupción de los dientes permanentes, en cuyo proceso puede surgir el tercer problema bucodental que presenta la población: las maloclusiones dentarias. A los 6 años, el lenguaje se ha establecido definitivamente. Emocionalmente es inestable, pero puede haber predominio de rabietas violentas y de constantes picos de tensión. No se puede adaptar; los demás se deben adaptar a él. No acepta bien las críticas o el regaño, necesita tener la razón y ganar, y se muestra como un cobarde agresivo, por ello presenta temores exagerados de lesiones en el cuerpo (Barbería, 2001). Se siente satisfecho cuando es aceptado por sus compañeros y al final aprende a recuperarse ante situaciones frustrantes (Boj, 2012).

A los 7 años se observa a un niño mucho más caprichoso y de gran exigencia con él mismo. Cree que la gente está contra él, que no se le quiere y que los padres son injustos; desea aprobación y por ello tratará de cooperar. A los 8 años hay un gran desarrollo intelectual, es expansivo y rápido, le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se siente resentido con la autoridad paterna; es más generoso pero también espera recibir más a cambio.

A los 9 años se muestra muy independiente y confiado de sí mismo, se interesa más en los amigos que en la familia. Se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado; puede ser rebelde con la autoridad, aunque tolerante en general (Barbería, 2001).

De los 10 a 12 años de edad, el niño se muestra más positivo, flexible, sincero, obediente y generalmente satisfecho con los padres y las personas que lo rodean; destaca la preocupación por los ideales y la moral, y sabe cómo trabajar en equipo. El niño busca su propia identidad y necesita expresar su individualidad (Barbería, 2001).

Es la etapa de la conquista de su ambiente físico mediante operaciones concretas. El niño desea hacer trabajo productivo, con un sentido creciente de competitividad. Se recomienda incentivar la productividad, reconocer su cooperación, manejar ejercicios de independencia y responsabilidad, así como apoyarlo cuando parezca desalentado ante el desarrollo de su tratamiento dental (Escobar, 2004).

La erupción de los dientes permanentes, de acuerdo con la cronología y secuencia de erupción, inicia entre los 6 y 7 años, y concluye a los 12 años de edad. Si no existen factores que alteren este proceso, la erupción se da de la siguiente manera: por lo general, los primeros dientes definitivos que erupcionan son los primeros molares permanentes en la arcada inferior, los cuales aparecen a los 6 años, poco antes de los primeros molares permanentes superiores. De los 6 a 7 años y medio, erupcionan los incisivos centrales inferiores, luego los incisivos centrales superiores, seguidos de los laterales inferiores y superiores, que lo hacen aproximadamente a los 8 años. A continuación existe una diferencia en la secuencia de erupción entre la arcada inferior y superior en cuanto a los siguientes dientes: en la arcada inferior aparecerán, en primer lugar, los caninos, seguidos de los primeros y segundos premolares, aunque podría considerarse normal que los primeros premolares se adelanten a la erupción de los caninos, luego los segundos premolares y después los segundos molares permanentes. En la arcada superior sucedería algo similar: los caninos podrían cambiar su secuencia de erupción y aparecer después de la erupción de los primeros premolares y antes de los segundos premolares, o bien, hasta después de la erupción de los primeros y segundos premolares; los segundos molares permanentes son los últimos en aparecer (Boj, 2012).

Caries dental

Como ya se mencionó, la caries dental se considera un proceso multifactorial y continuo que comprende ciclos de desmineralización y remineralización, los cuales incluyen bacterias acidogénicas, hidratos de carbono fermentables y disfunción salival que interactúan con diversos factores culturales, socioeconómicos y de comportamiento. Por otro lado, la

remineralización se refuerza por la exposición a los fluoruros, el uso de agentes antibacterianos y remineralizantes, hábitos higiénicos y dietéticos adecuados, y características de la saliva (Biondi, 2010).

En la etapa escolar, además de los factores que ya conocemos (diente, microorganismos, higiene, dieta y tiempo) que contribuyen a la aparición de esta enfermedad, se deben tomar en cuenta otros, como la historia pasada de caries, actividad de caries en madre y hermanos, nivel socioeconómico, características de la saliva, baja exposición a fluoruros, presencia de hipoplasias e hipomineralizaciones del esmalte, fosas y fisuras profundas, salud comprometida o necesidades especiales y la presencia de aparatología en boca; con ello se podrá establecer un protocolo preventivo acorde con cada paciente y sus características.

Considerando estos factores y las necesidades específicas, el cirujano dentista deberá implementar un programa educativo orientado a fomentar hábitos higiénicos como medida preventiva indispensable en el control de la caries dental (cepillado después de cada alimento, no humedecer el cepillo, colocar poca pasta dental y evitar consumir alimentos entre comidas) e instruir sobre los beneficios de la realización de esta higiene y el efecto que tiene el alto consumo de carbohidratos (líquidos azucarados), su consistencia y el tiempo de exposición de las estructuras dentarias como factor de riesgo para su instalación y evolución. De la misma manera, deberá informar a los padres y al niño la terapéutica indicada: la colocación de selladores de fosetas y fisuras y la de flúor tópico como medida preventiva.

Traumatismos

En la edad escolar se encuentra el grupo de mayor riesgo para sufrir lesiones dentales, fundamentalmente por la práctica de juegos o deportes violentos. Los traumatismos dentales suelen afectar uno o pocos dientes. En las dos denticiones, los dientes que con mayor frecuencia se fracturan son los incisivos centrales. Los niños que presentan un importante traslape horizontal (típico de la maloclusión clase 2, subdivisión 1) tienen prácticamente tres o cuatro veces más posibilidades de lesionarse los dientes anteriores superiores.

Se deben considerar los traumatismos dentales como urgencias; por ello, el tratamiento debe ser inmediato, no sólo para aliviar el dolor, sino para mejorar el pronóstico de la lesión, por lo que será necesario realizar una historia clínica y un examen minucioso que ofrezca un diagnóstico adecuado y una planeación correcta del tratamiento (Biondi, 2010).

Algunas complicaciones que pueden aparecer en los dientes que han sufrido lesiones son hiperemia pulpar, hemorragia pulpar, necrosis, obliteración del conducto y reabsorción radicular, lo que el profesional deberá resolver buscando siempre conservar la integridad de los órganos dentarios para que puedan realizar sus funciones de manera adecuada (Barbería, 2001).

Asimismo, el cirujano dentista deberá proponer la utilización de protectores bucales cuando el niño participe en deportes de contacto como medida protección.

Maloclusiones

La corrección temprana de ciertos hábitos impedirá o amortiguará su efecto nocivo sobre la oclusión, por lo que muchas maloclusiones podrían evitarse. Pero cuando esto no ocurre así, el tratamiento temprano no actuará solamente sobre los factores etiológicos o causales, sino sobre la maloclusión en desarrollo, en cuyo caso el tratamiento temprano será una guía activa de los problemas oclusales que se presentan durante la etapa de desarrollo y recambio dentario, la cual tratará de controlar el crecimiento en determinados casos y los problemas de maloclusiones en los tres planos del espacio.

Las anomalías oclusales más frecuentes y, por tanto, susceptibles de un tratamiento temprano en que se obtiene mejora precoz sin necesidad de una segunda etapa de tratamiento más especializado son las siguientes:

- 1) Pérdida de espacio.** Ocasionada por la pérdida de tejido dentario en las coronas por caries dental o traumatismos. Se asocia con el desplazamiento mesial de los primeros molares permanentes, movimiento mesial que está acompañado de rotación (Barbería, 2001).
- 2) Mordida cruzada posterior.** Proviene del desarrollo deficiente en sentido transversal del arco superior, donde se observa menos inclinación bucal de los molares y premolares, los cuales establecen con los inferiores desde una relación cúspide a cúspide hasta una relación cúspide – fosa. Este problema se puede encontrar en ambas hemiarcadas (mordida cruzada posterior bilateral), o bien, en una sola hemiarcada (mordida cruzada unilateral); afecta a uno o varios dientes y generalmente se debe a factores etiológicos adquiridos, como hábitos, pérdidas tempranas de dientes temporales y contactos prematuros (Barbería, 2001).
- 3) Mordida cruzada anterior.** Oclusión donde los incisivos superiores se sitúan por lingual de los inferiores; la causa suele ser dental exclusivamente y se pueden observar linguoversiones de los incisivos superiores con o sin inclinación labial de los incisivos inferiores. La mordida cruzada anterior puede afectar uno o varios dientes de forma aislada, o bien, a la totalidad de ellos. Cuando se trata de una clase III, existe mordida invertida anterior que afecta a los cuatro incisivos superiores cuyo grado de inclinación es mínimo, ya que se da por propulsión mandibular; esto se debe a una posición baja de la lengua, contacto prematuro de caninos temporales no desgastados que atrapan al maxilar y/o a la necesidad de avanzar la mandíbula para establecer un máximo de contactos dentarios (Barbería, 2001).

4) **Mordida abierta.** Es muy frecuente en edades tempranas y durante el proceso de recambio dentario. Puede afectar, según su localización, al sector anterior, posterior o a ambos, a excepción de los molares. Por lo general se asocia a una deglución anómala o infantil por la interposición lingual persistente, así como al hábito de succión, ya sea de un objeto o digital. Asimismo, la respiración bucal y el aumento de tejido adenoideo con hipertrofia amigdalina crean problemas nasofaríngeos que alteran la función respiratoria y obligan a la lengua a desplazarse hacia adelante, situándola entre los incisivos y dificultando su erupción (Barbería, 2001).

Dependiendo del grado de maloclusión y de la identificación de factores asociados, el profesional debe proponer un programa preventivo y de intervención o correctivo para cada uno de los tipos de anomalías oclusales descritas anteriormente.

Para prevenir la pérdida de espacio por extracción dental a causa de caries o traumatismos, lo indicado será colocar mantenedores de espacio, si bien no existe mejor mantenedor que el propio diente temporal cuando se pueda conservar en boca el mayor tiempo posible. Sin embargo, cuando ya se presenta la pérdida, el tratamiento indicado será la recuperación del mismo con aparatología que permita aplicar la mecánica indicada ejecutando movimientos de distalización, rotación e inclinación para recuperar el espacio perdido (Barbería, 2001).

Las mordidas cruzadas posteriores y/o anteriores deben tratarse desde el momento en que se detecten, ya que de ser un problema dental pueden convertirse en un problema esquelético, cuyo tratamiento será más complejo. La persistencia de estos problemas puede ocasionar mayor estímulo al crecimiento de la mandíbula, falta de crecimiento maxilar, oclusión traumática de la articulación temporomandibular o alteración en los tejidos de sostén del diente, que se manifiesta en resecciones gingivales. Los contactos prematuros a nivel de caninos con cúspides prominentes no desgastadas pueden desarrollar mordidas cruzadas laterales en donde persiste la laterodesviación mandibular al tratar de evitar una oclusión traumática, así como mordidas cruzadas anteriores por la necesidad de avance mandibular para lograr el máximo de contactos dentarios. Por ello es importante observar detenidamente al paciente y revisar su oclusión; en estos casos, lo indicado, en primer lugar, es liberar los contactos prematuros de caninos mediante desgaste selectivo de los mismos y, posteriormente, descruzar la mordida mediante aparatos que ejerzan expansión transversal, uni o bilateral en las mordidas cruzadas posteriores y expansión en sentido sagital en las mordidas cruzadas anteriores (Barbería, 2001).

Para prevenir las mordidas abiertas, la detección temprana de la respiración bucal, con la interconsulta y remisión del paciente con el otorrinolaringólogo, será determinante, ya que el restablecimiento de la función respiratoria ayudará a la normalización de la matriz orofacial con la recuperación del tono muscular. Cuando se observa deglución atípica y/o succión digital, lo más indicado es la colocación de aparatología a manera de recordatorio, no como castigo, sino para que el paciente haga conciencia de su hábito a una edad adecuada que no interfiera con el desarrollo psicológico normal (Barbería, 2001).

PROBLEMAS Y CUIDADOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una época de cambios para el ser humano. Es la etapa de transición que marca el proceso de transformación del niño en adulto y que tiene características peculiares como el descubrimiento de la propia identidad, así como de la autonomía individual. Debido a los cambios y adaptaciones que debe experimentar el individuo en esta etapa, el cirujano dentista deberá estar atento a las manifestaciones bucodentales que se pudiesen presentar, ocasionadas principalmente por trastornos en la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), con el objeto de canalizar al paciente para su adecuada atención psicológica, además de implementar los tratamientos dentales que se requieran. De igual manera que en las etapas anteriores, la caries dental, los traumatismos dentales y las maloclusiones, se presentarán en sus diferentes grados, sumándose a estos problemas, ahora la enfermedad periodontal, por lo que la comunicación con el paciente y con sus padres seguirá siendo fundamental para la resolución de estos problemas.

Adolescencia

Características físicas, psicológicas y sociales

La adolescencia es una etapa de transición del desarrollo humano que va de la niñez a la edad adulta y abarca de los 12 a 18 años. Es un periodo decisivo en el desarrollo de la personalidad, pues se acompaña de una crisis psicosocial normal resultado de la adaptabilidad a las normas y disciplina que conlleva este proceso. Se caracteriza por la producción de cambios morfológicos, como la transformación corporal, necesidad sexual y reorganización del mundo sentimental (Escobar, 2004). Normalmente rechazan ideas establecidas, lo que propicia una actitud rebelde especialmente hacia los padres, presentan inconformidad con la sociedad en la que viven, egolatría y necesidad de estimación, cierto grado de timidez y búsqueda de originalidad. También aumenta la preocupación por su imagen física y la búsqueda de identidad. Su capacidad cognitiva aumenta al incrementarse el razonamiento operativo formal y la posibilidad de almacenar información.

La magnitud de los cambios biopsicosociales que ocurren normalmente en la adolescencia produce cierto grado de

depresión y ansiedad, que si bien son fenómenos transicionales y, por ende, normales, pueden impactar las esferas afectivas, cognitivas, interrelacionales y conductuales de los y las adolescentes.

En la actualidad, la salud es un derecho humano y se reconoce la influencia que los entornos económicos y sociales tienen en ella. Este nuevo enfoque establece un concepto dinámico de salud y enfermedad como un continuo sin fronteras bien establecidas. De esta manera, bajo el enfoque actual, el estar sano o enfermo con diversos niveles de bienestar y gravedad no se contempla sólo desde perspectivas como estilo de vida o comportamiento individual, sino también a partir de factores socioambientales que lo condicionan. El enriquecimiento de este concepto propicia el surgimiento de la nueva doctrina de la promoción de la salud (Cuenca, 2013).

En la atención dental al adolescente, el profesionalista tiene que enfatizar la responsabilidad de la salud oral, disminuyendo la función de los padres, así como evitar tratarlo con autoridad, criticarlo o promover discusiones. Se tiene que propiciar un diálogo abierto, participativo, que permita e induzca a la toma de decisiones personales, no sólo en cuanto al tratamiento, sino especialmente en las actitudes que debe asumir para mantener su salud oral, aprovechando el interés que muestra por su integridad física.

Caries dental

La adolescencia es considerada la etapa de la vida, en general, más saludable. Debido a ello, esta población presenta mayor vulnerabilidad al padecimiento de las enfermedades bucodentales más importantes (caries y enfermedad periodontal) en sus primeras etapas de desarrollo, ya que no refieren manifestaciones que alerten a las personas de su presencia. En el desarrollo de la caries, como proceso dinámico cuya etiología es multifactorial, participan tres elementos: microbianos (placa dental), del huésped (edad, composición de la saliva, morfología y composición del diente) y ambientales (dieta y consumo de flúor). La caries dependerá en gran medida de los factores microambientales (hábitos alimenticios e higiénicos), acciones personales que asumen los adolescentes para el cuidado y mantenimiento de su salud para interrumpir esta triada, y de los macroambientales (influencia de los medios de comunicación para el consumo de alimentos chatarra, disponibilidad y accesibilidad) a los que se ven expuestos (Frías, 2002).

En la actualidad existe un riesgo mayor, dada la facilidad de acceso al consumo de alimentos que no necesariamente protegen su salud, al que contribuyen de manera directa la disponibilidad y falta de control de los estancillos o cooperativas de los centros educativos como proveedores fundamentales. El alto consumo de bebidas azucaradas, la dieta blanda y el permanecer jornadas prolongadas en el colegio son elementos que pueden incidir desfavorablemente en su salud oral. Por otra parte, difícilmente el adolescente, permitirá que le preparen el *lunch* con frutas y verduras para ir a la escuela, puesto que el proceso de independencia e identidad en el que se encuentra implica la posibilidad de elegir sus alimentos y rechazar cualquier acción paternalista que limite este deseo y derecho a su individualidad. ¿Quién en este momento asume la responsabilidad del cepillado dental después de cada alimento? ¿Quién adopta el cepillo como su mejor aliado para la salud oral y lo incluye entre sus útiles escolares? Por lo anterior, resulta imprescindible que en esta etapa de desarrollo el profesionalista de la salud proporcione información objetiva del desarrollo de la caries y enfermedad periodontal, e insista en la autorrevisión –pastilla reveladora– y en el dominio de una técnica dental individualizada que les permita asegurar una limpieza eficiente mediante el uso de pasta dentífrica fluorada, hilo dental y antisépticos para limitar el número y actividad de las bacterias de la cavidad bucal (clorhexidina y alexidina) como medidas complementarias. También es importante destacar los beneficios que conlleva realizar de manera sistemática estas acciones preventivas, aprovechando el interés personal del adolescente por su imagen física y autonomía. Su intervención deberá ser integral, por lo que se les debe instruir sobre los beneficios de una dieta balanceada para mantener su salud general y la disminución del consumo de carbohidratos como factor inherente al desarrollo de la caries dental (Cuenca, 2013).

El cirujano dentista debe asegurarse de que las personas asuman el hábito de realizar la higiene dental diaria utilizando cepillo y un dentífrico fluorado al menos una vez al día, aunque lo recomendable en cualquier etapa de desarrollo es realizarlo al levantarse, antes de acostarse y después de cada comida. Reducir el consumo de alimentos ricos en azúcares refinados, sobre todo entre las comidas, y visitar regularmente al odontólogo con la frecuencia que el profesionalista determine en función con el riesgo individualizado y necesidades identificadas en salud. Asimismo, dado el consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes a pesar de las medidas de salud pública instrumentadas, debido al afán de hacerse notar, la presión de compañeros y amigos o la influencia del entorno, se recomienda incorporar en el programa de intervención la consideración de estos aspectos para que desde esta etapa comprendan las consecuencias de estas adicciones (mediano y largo plazo) en otros problemas bucodentales, como el cáncer, y en las fracturas derivadas de accidentes automovilísticos por conducir en estado de ebriedad (bajo la influencia del alcohol se disminuye la capacidad para aprender, reaccionar, coordinar y tomar decisiones), para reducir o propiciar su abandono (Frías, 2002 e Higashida 2005).

Enfermedad periodontal

La inflamación causada por la placa dentobacteriana suele dar lugar a cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales. Lo más común es que se presente una inflamación primaria y sea el único cambio patológico, lo cual

se conoce como gingivitis bacteriana. Si bien la reacción de los tejidos puede estar condicionada por factores generales, como el embarazo, la pubertad y deficiencia de vitamina C, la patología de la gingivitis se relaciona con la presencia de microorganismos bucales en el surco gingival, capaces de sintetizar productos lesivos en potencia y causar daño a los componentes intercelulares. La primera reacción a la inflamación gingival son los cambios vasculares, que dan como resultado la gingivitis subclínica o grado I. Al progresar la lesión a grado II, se presenta eritema clínico, y en el grado III, los vasos sanguíneos se congestionan y se compromete el retorno venoso. El resultado es una anorexia gingival localizada que agrega un tono azulado a la encía ya enrojecida. El diagnóstico demanda un examen detallado de la encía para identificar las características del tejido sano y probables alteraciones como: facilidad de sangrado, color, tamaño y forma, consistencia, textura superficial y posición.

El agrandamiento gingival o aumento de tamaño es una característica común de la enfermedad gingival, que en la pubertad ocurre en ambos sexos. Si bien después de este periodo suele desaparecer totalmente hasta que se eliminan los irritantes bucales, durante ésta, las hormonas sexuales complican la reacción de los tejidos a la irritación local, por lo que el mejor tratamiento es la prevención, es decir, el control de la placa dentobacteriana mediante la técnica de cepillado, el uso de hilo dental e inhibidores de placa (clorhexidina). El uso de agentes reveladores son auxiliares excelentes, ya que proporcionan al paciente un instrumento de autoevaluación (independencia) y motivación para mejorar la eficacia en el control de placa (Carranza, 1986).

Traumatismos

Las actividades deportivas que realizan los adolescentes implican riesgo de lesiones orofaciales por caídas, colisiones o contacto con superficies duras. Deportes de contacto como *hockey* sobre hielo, fútbol americano, balonmano, fútbol y baloncesto son especialmente propensos a provocar traumatismos y colisiones.

Al respecto, las evidencias experimental y clínica indican que los protectores bucales pueden ayudar a distribuir la energía del impacto y, por tanto, reducir el riesgo de lesiones severas. Los no individualizados son prefabricados de goma o de cloruro de polivinilo. Por lo general se fabrican en tres tamaños y se promocionan como dispositivos de adaptación universal y de bajo costo; sin embargo, se ha observado que impiden el habla y la respiración debido a que sólo se pueden mantener en su lugar si las arcadas permanecen en oclusión y aún no existe evidencia de su efectividad.

Los protectores bucales adaptables se calientan y luego se llevan a oclusión; se adaptan de un *kit* manufacturado, que consiste en una capa exterior bastante rígida y un recubrimiento interno de termoendurecimiento o autoendurecimiento. Estos protectores tienen la ventaja de mejor adaptabilidad y bajo costo. Un estudio reciente ha demostrado menos lesiones bucodentales. Los protectores bucales individualizados son confeccionados por el cirujano dentista a partir de los modelos de yeso tomados de las arcadas del atleta. Si bien los protectores bucales laminados por presión son más costosos, parecen proveer mayor protección que los fabricados en serie o adaptables y resultan más cómodos y aceptados por los atletas.

Las máscaras protectoras se utilizan principalmente en *hockey* sobre hielo. La protección parcial y total del macizo orofacial reduce lesiones en ojos y cara de 159 a 23 en un lapso de 1000 horas de juego (Andreasen, 2012).

En la pubertad son frecuentes los accidentes que ocasionan lesiones traumáticas. La avulsión (el diente está por completo fuera de su alveolo) es considerada una emergencia, ya que se ha encontrado una relación muy fuerte entre el resultado de la cicatrización, las condiciones de conservación del diente y el tiempo transcurrido antes de recibir atención. Por ello, es importante instruir a los padres y profesores sobre el procedimiento a seguir: mantener al paciente en calma, buscar el diente y tomarlo por la corona (no por la raíz); si el diente está sucio, lavarlo durante 10 segundos bajo agua fría, leche o suero fisiológico y luego reposicionarlo, animando al paciente/padre/maestro para que lo reimplante; una vez reimplantado, morder un pañuelo para mantenerlo en posición. Si no es posible reposicionarlo, debe colocarse en un vaso con leche o en un medio especial para conservar dientes avulsionados, o ser transportado en la boca, manteniéndolo entre los molares y cara interna de la mejilla hasta recibir tratamiento odontológico de emergencia (no se debe conservar en agua).

La fractura alveolar también es considerada emergencia. En estudios clínicos se ha encontrado relación significativa entre necrosis pulpar y retraso en el tratamiento después de tres horas de ocurrido el trauma, que puede identificarse en muchos casos por la extrusión del órgano dentario. La luxación extrusiva y fractura radicular pueden identificarse notando la interferencia oclusal debido a la extrusión. Son casos agudos debido a la interferencia oclusal, a la interrupción parcial de la inserción del ligamento periodontal y a la ruptura del paquete vasculonervioso apical, causando movilidad aumentada del diente o infarto de la pulpa (necrosis por coagulación). Por ello, debe ferulizarse hasta por dos semanas para mantenerlo en una posición anatómica correcta durante el proceso inicial de cicatrización y prevenir una reextrusión.

El objetivo inicial de la fase 1 del tratamiento es la reposición óptima para lograr una cicatrización del ligamento periodontal y la posible revascularización si el foramen apical es suficientemente amplio (el foramen debe medir por lo menos un milímetro). La fase 2 consiste en la valoración de la vitalidad pulpar (Andreasen, 2012).

También es importante destacar que un porcentaje importante de traumatismos se deben a accidentes automovilísticos. En la población joven (15 a 29 años), estos traumatismos son más frecuentes en los hombres (40.4%) que en las mujeres

(21.6%), mismos que han provocado su muerte por el consumo de alcohol y por no usar el cinturón de seguridad (INEGI, Estadísticas vitales 2000 y 2007. INEGI, Estadísticas de mortalidad 2007. Consulta interactiva de datos).

Por lo común, en los adolescentes y adultos, los traumatismos propician fractura de la estructura dentaria, la cual, según la intensidad, la dirección y el lugar de afectación, puede producir diversos tipos de fracturas. La terapéutica y tratamiento indicado se orientará a la conservación del diente con vitalidad, por lo que, de acuerdo con la extensión y tejido afectado, se llevará a cabo la rehabilitación, procurando devolver la funcionalidad masticatoria y la estética, dado que los dientes anteriores son los más afectados. Para este propósito, resulta indispensable contar con una historia clínica completa que incluya todos los datos relacionados con el traumatismo y realizar examen radiográfico antes del diagnóstico definitivo. Asimismo, es importante, como promotores de salud, insistir en el uso del cinturón de seguridad y en no usar el auto cuando se ha ingerido alcohol, así como recomendar el uso del casco protector cuando se desplacen en motocicleta.

Maloclusión

Desde el punto de vista preventivo, es importante identificar las causas específicas de las maloclusiones, aunque éstas sólo representen una pequeña parte del conjunto. Se ha de aumentar el conocimiento de aquellos factores ambientales que pueden modificar de modo más perjudicial el desarrollo normal.

La ortodoncia preventiva para el mantenimiento de la oclusión normal exige, por su naturaleza, una técnica a largo plazo de manera continua y dinámica. Ésta constituye un sistema y disciplina tanto para el paciente como para el odontólogo, con el objeto de vigilar el complicado sistema de crecimiento, desarrollo, diferenciación tisular, resorción y erupción, considerando la influencia de las fuerzas funcionales continuas desde los 2 años y medio hasta alcanzar una oclusión estable alrededor de los 12 o 13 años. En consecuencia, el estudio de la oclusión del paciente durante la adolescencia es parte importante de la revisión de la cavidad oral, además de la inspección y palpación de tejidos duros y blandos, con el fin de detectar alguna maloclusión que ya se haya desarrollado o se encuentre en proceso, para tener la oportunidad de realizar procedimientos de ortodoncia interceptiva. La diferencia respecto de la ortodoncia preventiva estriba en el tiempo en que se suministran los servicios. En la ortodoncia interceptiva el odontólogo trata la maloclusión como un hecho consumado, al menos en grado mínimo; si el tratamiento de la maloclusión es oportuno, el ajuste autónomo restaurará la oclusión normal, pero se recurrirá a los procedimientos de ortodoncia correctiva si no fue detectado a tiempo, por lo que puede ser necesario remitir al paciente al especialista para que se realice un servicio ortodóncico completo, lo cual aumentará el costo para la corrección de este problema.

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. Las maloclusiones se asocian con alteraciones de funcionalidad, que van desde la función masticatoria y trastornos de la articulación temporomandibular hasta alteraciones de la columna vertebral.

Las lesiones cariosas en proximal en dentición permanente provocan desplazamiento de los dientes contiguos hacia el órgano dentario afectado y con ello la reducción de la longitud de la arcada; asimismo, las lesiones cariosas oclusales con pérdida sustancial de tejido coronal provocan sobreerupción y/o desviación axial del antagonista.

Durante este periodo de erupción activa y debido al componente mesial de la fuerza eruptiva, los dientes en erupción pueden fácilmente derivar hacia los espacios creados tanto por caries interproximal como por extracciones prematuras de dientes primarios, de manera que en la pérdida temprana de dientes primarios es indispensable la colocación de mantenedores de espacio. La prevención de la caries dental y/o su rápido diagnóstico y tratamiento representa uno de los medios más importantes para evitar maloclusiones. De la misma manera, las restauraciones dentales inadecuadas pueden ocasionar maloclusión.

Una vez que los dientes aparecen en la boca y antes de alcanzar su posición final en los arcos, algunos factores pueden modificar el patrón de erupción y ocasionar maloclusión: introducir objetos extraños en la boca, hábitos bucales como succión de dedo o labio, o mordedura de labios y carrillos. En éstos, se involucran factores psicológicos, por lo que es recomendable una intervención interdisciplinaria, médica y/o psicológica.

Asimismo, otras causas de maloclusión son los dientes supernumerarios, dientes ausentes, reabsorción anormal de las raíces de los dientes primarios, dientes anquilosados, anomalías en el tamaño de los dientes, erupción retardada de permanentes y erupción ectópica, casos en los cuales el diagnóstico cuidadoso dará la pauta para su tratamiento.

Los hábitos bucales parafuncionales más comunes son respiradores bucales, deglución atípica, seguidos de succión del dedo, onicofagia y bruxismo.

“La perfección en oclusión es la excepción más que la regla”. Es necesario determinar tres elementos importantes en cualquier oclusión: funcionalidad, aspecto y futuro. Las oclusiones razonablemente funcionales, agradables, en las que los factores dinámicos (intensidad, dirección, distribución y absorción de las fuerzas) están dentro de los límites de la tolerancia fisiológica, asegurando así un futuro saludable para la oclusión, son aceptables aun cuando incluyan rotaciones pequeñas de los dientes, cierto grado de discrepancia en su tamaño, ligera desviación hacia la sobremordida y una relación intermolar que no sea clase I. La clasificación final de la oclusión en términos de la necesidad de modificación o tratamiento debe ser el resultado de una consideración equilibrada de todos los factores involucrados: funcionales,

anatómicos y psicológicos (Graber, 1991; Finn, 1999; Aguilar, 2013 y Katz, 1991).

Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia)

Entre los adolescentes, en especial entre las mujeres, ha cobrado gran importancia la anorexia nerviosa primaria y la bulimia, trastornos de la conducta alimentaria que si no se controlan de manera oportuna pueden llevar a la muerte; ambas se caracterizan por el miedo de la persona a la obesidad.

La anorexia es más frecuente en mujeres de 15 a 26 años con baja autoestima o limitaciones en sus respuestas afectivas, generalmente procedentes de familias sobreprotectoras y rígidas. Las personas experimentan un miedo obsesivo a subir de peso, por lo que cada vez comen menos hasta el extremo de no comer nada. Normalmente tienen una distorsión en la percepción de su propio cuerpo o del peso con efectos severos sobre la autoestima que hace que se sientan obesas aunque estén excesivamente delgadas y desnutridas. Dada su negación a mantener el peso corporal en o por encima del nivel normal para su edad y talla, eliminan algunos alimentos y consumen agua en forma excesiva, hacen mucho ejercicio y frecuentemente utilizan purgantes y diuréticos. Por lo tanto, la desnutrición es la consecuencia más importante debido a la alimentación insuficiente o inadecuada.

Por otra parte, la bulimia se caracteriza por una compulsión incontrolable por comer sin parar; generalmente comen solas para ingerir grandes cantidades de alimento fácil de deglutir y con alto contenido energético (pasteles y chocolates). Para contrarrestar el episodio de culpa, recurren al vómito, a laxantes o diuréticos en cantidades exageradas y al ejercicio excesivo (Álvarez, 2005).

El vómito constante que se provocan puede dañar el esmalte por el contacto permanente con los ácidos gástricos al que se expone este tejido, aunado al cepillado con pasta dental (abrasivo), elemento complementario que coadyuva a la erosión del tejido dentario.

Las pacientes bulímicas presentan problemas de adaptación social, pues aunque aparentan ser sociables, tienen muy baja autoestima, por lo que recurren a su delgadez como una característica protectora para la aceptación de los demás. El apoyo que ofrezcan los padres adquiere gran relevancia, por lo que deberán incorporarse al programa de recuperación para que perciban y comprendan las necesidades afectivas de sus hijos y contribuyan a la recuperación de su seguridad y autoestima. Deben evitar comentarios ofensivos, reconocer los logros y triunfos de sus hijos y, en especial, evitar ridiculizar a las personas que no tienen figura y peso adecuados, dado el importante significado que asumen en el proceso formativo de valores (Higashida, 2005).

La intervención en pacientes bulímicos dependerá en gran medida del grado de erosión de los dientes, que pueden ir desde procedimientos de protección al tejido, como la aplicación de flúor, hasta restauraciones integrales para devolver la función de las estructuras dentarias. Asimismo, en el cepillado deberá evitarse el uso de pasta dental para minimizar la erosión de los dientes, así como humedecer el cepillo para evitar un contacto agresivo; aunque lo más importante es iniciar el tratamiento integral para la recuperación de la salud emocional y mental de las personas, en donde la participación de los padres resulta elemental.

El tratamiento para ambos trastornos demanda la intervención interdisciplinaria de un equipo de especialistas: cirujano dentista, nutriólogo y psicólogo. El cirujano dentista deberá registrar talla y peso en la historia clínica, lo que le permitirá corroborar con base en la complexión del paciente la presencia de estos trastornos, así como realizar una exploración clínica minuciosa de la cavidad oral con el propósito de identificar alteraciones en las estructuras dentarias, especialmente en la cara palatina de las piezas anteriores, como erosión o sensibilidad por la pérdida de tejido dentario. Respecto a los tejidos de soporte, la consistencia de la encía y el color revelan problemas de desnutrición, así como trastornos metabólicos que propician el empleo constante de laxantes y diuréticos (Higashida, 2005).

PROBLEMAS Y CUIDADOS DURANTE LA ADULTEZ

Adulto

La edad adulta comprende el periodo entre el fin de la adolescencia y la tercera edad. Durante esta etapa continúan el crecimiento y deterioro como procesos que ocurren durante toda la vida en un equilibrio que difiere para cada individuo. Los acontecimientos que experimentan las personas entre los 20 y 40 años de edad (etapa temprana-joven) son fundamentales para lograr ese equilibrio y su desarrollo posterior, entre los 40 y 60 años (etapa de madurez), así como para recibir en mejores condiciones la decadencia en general que trae consigo la etapa de la vejez o tercera edad (Papalia, 2003 y Fernández, 2000).

Características físicas, psicológicas y sociales

De acuerdo con Rogers, Maslow y Buhler, citados por Fernández (2000) existen estadios secuenciales en el desarrollo psicológico del individuo. En esta etapa, los seres humanos continúan en un proceso de adaptación social y crecimiento, el cual dependerá, según Maslow, de que el individuo satisfaga sus necesidades elementales y alcance su independencia a

partir de la autorrealización, como la necesidad suprema que se logra en esta etapa de desarrollo, en la que la persona hace lo que es capaz y está satisfecha y preparada para “ajustarse a su propia naturaleza”.

Entre los 20 y 40 años, los seres humanos deben tomar decisiones importantes que afectarán en gran medida el resto de sus vidas, su salud, felicidad y éxito individual. La necesidad de independizarse o la lejanía de la institución educativa a la que asisten los orilla, en algunos casos, a dejar el hogar paterno y a cambiar sus estilos de vida. En esta etapa, consiguen normalmente su primer empleo, se casan, tienen hijos, en fin, se enfrentan a situaciones que demandan gran responsabilidad. La manera en que comen, beben y fuman o no, el ejercicio que hacen y el manejo de las tensiones pueden tener un impacto primordial en el funcionamiento físico presente y futuro.

Los adultos tienen un gran potencial de desarrollo intelectual, emocional y físico. Los avances importantes ocurren durante la temprana edad adulta (definida arbitrariamente como el periodo entre los 20 y 40 años de edad), a lo largo de la edad media (considerada aquí de los 40 a 65 años) y durante los últimos años de la vida adulta (a los 65 y después).

Algunos de estos avances suceden como resultado de los nuevos roles asumidos de gran significancia en la edad adulta: como trabajador, esposo y padre.

A partir de los 25 años, la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño) y es alrededor de los 50 cuando el declive de las capacidades físicas se empieza a notar: disminución de la estatura (que inicia a los 45 años), pérdida gradual de la fuerza muscular (de los 30 a 60 años), debilitamiento de la espalda y de los músculos de las piernas, disminución de la agudeza visual (40 años) y los sentidos del gusto y el olfato, y la sensibilidad al dolor y a la temperatura (de los 45 a 50 años) (Fernández, 2000).

Los adultos jóvenes son las personas más sanas de la población, de hecho difícilmente presentan enfermedades serias o incapacidades; sólo menos de 1% no pueden moverse y hacer cosas por dolencias crónicas o deterioro. Cerca de la mitad de todas las dolencias agudas experimentadas en la vida adulta joven son respiratorias y 20% son heridas. Las razones más frecuentes de hospitalización en estos años son alumbramientos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario.

Dado el estado saludable de la mayoría de los adultos jóvenes, no es de sorprender que los accidentes (principalmente de automóvil) sean la causa principal de muerte entre los 25 y 34 años de edad. La siguiente es cáncer, seguida de enfermedades del corazón, suicidio y homicidio provocado por agresión física o verbal. Entre los 35 y 44 años, sin embargo, el cáncer y las enfermedades del corazón son los padecimientos más significativos. Los hombres de 25 a 44 años tienen dos veces más probabilidad de morir que las mujeres de esta edad. Asimismo, los hombres tienen más probabilidad de morir en accidentes automovilísticos y las mujeres por cáncer.

Debido al sedentarismo de las actividades asumidas en la actualidad, es importante promover el ejercicio de manera regular, abstenerse de fumar o tomar en exceso y comer bien. El enlace entre la conducta y la salud señala la relación entre los aspectos físicos, intelectuales y emocionales del desarrollo; sin embargo, se tienen que reconocer la influencia social y el estado emocional como aspectos que a menudo promueven una conducta no saludable.

En la edad adulta, el ejercicio trae enormes beneficios para la salud futura y calidad de vida, ya que mantiene el peso deseable del cuerpo, desarrolla músculos, hace más fuertes el corazón y los pulmones, baja la presión arterial, protege contra los ataques al corazón, el cáncer y la osteoporosis (adelgazamiento de huesos que tiende a afectar a las mujeres de más edad), alivia la ansiedad y la depresión, y evita la alimentación sin nutrientes y tóxicos como café, tabaco y alcohol (Fernández, 2000).

Por su parte, el abuso del alcohol es la causa principal de muertes por accidentes automovilísticos; también se asocia con las muertes por ahogamiento, suicidio, incendio y caídas, y es un factor predisponente para la cirrosis. Desafortunadamente, en los adultos jóvenes, el consumo de alcohol se vincula al prestigio entre compañeros, dado que en algunos casos les permite desinhibirse y expresar lo que en condiciones normales no se atreverían. El tratamiento más efectivo contra el alcoholismo ha sido el grupo orientado de Alcohólicos Anónimos, el cual busca el reconocimiento del problema, la total abstinencia y el apoyo emocional de otros alcohólicos.

Por otro lado, el estrés es la reacción fisiológica y psicológica del organismo ante una situación no esperada. La OMS define al estrés como la “respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (Olivar, 2001).

No obstante que el estrés es inevitable en la vida, los efectos que produzca en la salud dependerán de cada persona (equilibrio emocional) y de las presiones a las que se encuentren expuestas. En la actualidad afecta al corazón y causa hipertensión y úlceras. Los síntomas físicos más comunes incluyen dolores de cabeza, musculares, dolores de estómago, mal olor de boca y fatiga. Los síntomas psicológicos más comunes incluyen nerviosismo, ansiedad, tensión, cólera, irritación y depresión (Olivar, 2001 y Fernández 2000).

Lo que los adultos hagan o se abstengan de hacer y el modo en que respondan a los cambios de vida y los retos pueden afectar directamente su salud. Ciertas influencias indirectas (educación, condición económica, sexo y estado marital) también se encuentran relacionadas con la salud y la conducta protectora de la salud.

En la etapa del adulto joven la mayoría de la gente ingresa a sus primeros trabajos de tiempo completo y labra así un aspecto importante de su identidad, al lograr la independencia financiera y mostrar su habilidad para asumir responsabilidades de adulto. El trabajo ha jugado y continuará jugando un papel importante en el desarrollo y estabilidad de los adultos; de hecho, la situación laboral está fuertemente relacionada con todos los aspectos del desarrollo intelectual,

físico, social y emocional.

En la edad intermedia (40 a 60 años), en general, los adultos se encuentran en buena condición física, financiera y psicológica. Los adelantos médicos y el conocimiento del cuidado preventivo en algunos casos son factores que mantienen en buenas condiciones la salud física. La experiencia social y profesional permite mantener un equilibrio y cierta estabilidad emocional y menor estrés (independencia de los hijos, jubilación).

La mayoría de los adultos acepta los cambios en sus capacidades reproductoras y sexuales -menopausia y periodo crítico masculino-, y la disminución de la agilidad para caminar. Después de los 55 años, la pérdida de la audición es mayor en los hombres, aunque estas limitaciones no afectan el comportamiento cotidiano.

La sensibilidad del sentido del gusto empieza a disminuir alrededor de los 50 años, por ello demandan más condimentos, circunstancia que deberá tomarse en consideración cuando asistan al consultorio dental, dado que en algunas ocasiones la colocación de prótesis totales la asocian con una disminución de los sabores, lo que puede ser un aspecto de rechazo al tratamiento. Es recomendable explicar con precisión al adulto los cambios fisiológicos que se presentan durante esta etapa y su afectación en la percepción de los alimentos.

En la menopausia (50 años), que se presenta cuando una mujer deja biológicamente de ovular (desaparece la menstruación), el cuerpo experimenta diversos cambios fisiológicos, como la disminución de estrógenos que inicia con el climaterio. Normalmente experimentan síntomas físicos que incluyen bochornos, adelgazamiento del revestimiento vaginal (lo cual puede hacer dolorosa la relación sexual) o disfunción urinaria. En 1 de cada 4 mujeres posmenopáusicas, la disminución del estrógeno lleva a la osteoporosis, estado en el cual los huesos se vuelven más delgados, o a la artritis.

Las enfermedades más comunes de esta edad son asma, bronquitis, diabetes, desórdenes nerviosos y mentales (irritación o depresión), artritis, reumatismo, deterioro visual y auditivo, hipertensión y mal funcionamiento de los sistemas circulatorio, digestivo y genitourinario. Respecto a las principales causas de mortalidad, se encuentran cáncer, ataques al corazón y accidentes entre los 35 y 54 años, así como cáncer y enfermedades del corazón entre los 55 y 64 años.

En esta etapa, los adultos se preocupan más en cómo utilizar el conocimiento para propósitos prácticos que en adquirir conocimiento y habilidades para su propio bien; usan sus habilidades intelectuales para solucionar problemas de la vida real asociados con la familia, negocios o responsabilidades sociales. Tal característica se presenta como una gran oportunidad para implementar programas de educación para la salud bucal y general como parte de la atención integral que se ofrezca en el consultorio dental, dados los beneficios que puede obtener con su participación. Asimismo, aun cuando gocen de una salud favorable, es importante insistir en el autocuidado y supervisión del profesional de manera periódica de acuerdo con las condiciones de salud y necesidades personales identificadas.

Podemos destacar que la edad preadulto (0 a 22 años) (Fernández, 2000) se caracteriza por los años formativos (educación formal e informal); la edad adulta temprana (20 a 40 años) es la etapa en que las personas hacen elecciones de vida significativas y exhiben la mayor energía, pero también experimentan el mayor estrés; en la edad adulta intermedia (40 a 60 años), la mayoría de las personas ha reducido en cierto modo las capacidades biológicas, pero ha aumentado las responsabilidades sociales; y la última etapa de la edad adulta (60 años en adelante) es la fase final de la vida.

Éstas no son etapas, en el sentido de que una es menos avanzada que la otra, sino "ciclos estacionales" de desarrollo, cada uno con sus propias funciones. En cada periodo de la vida, una persona determinada puede tener grados de éxito variables al construir una estructura de vida satisfactoria.

Caries dental

La caries, como principal problema de salud bucodental, puede presentarse en cualquier etapa del desarrollo humano, y su prevalencia y severidad dependerán tanto de la vulnerabilidad de las estructuras dentarias como de los factores que intervienen (carbohidratos e higiene bucal). No obstante, en esta etapa, como resultado de experiencias pasadas de atención por caries, el problema más común que se presenta es la caries secundaria, producto de una rehabilitación mal ajustada que con el tiempo permite la filtración de alimentos, produciendo caries alrededor y por debajo del material de obturación. También está involucrado como factor de riesgo la falta de seguimiento por parte del profesional y/o mantenimiento de la salud oral (cepillado) por parte de la persona. En tales circunstancias, el cirujano dentista debe eliminar la obturación y llevar a cabo la rehabilitación más conveniente para devolver la funcionalidad masticatoria. Normalmente cuando avanza este proceso, el paciente presenta sensibilidad a los cambios de temperatura, momento en que se recomienda la asistencia al consultorio dental debido a que se encuentra en condiciones de mantener con vitalidad el diente afectado. Si la caries avanza y no se atiende con oportunidad, puede infectarse la pulpa del diente y requerir un procedimiento más complejo y costoso, como endodoncia y colocación de una incrustación o corona (estética o antiestética); quizá lo más grave es la afectación del tejido dentario.

Como promotor de la salud, es indispensable que se haga una revisión exhaustiva e integral de las estructuras dentarias y tejidos de soporte de cada una de las personas que acuden al consultorio dental, con el propósito de identificar alguna obturación mal ajustada, así como para que se instruya al paciente sobre las medidas de protección personal que debe tomar, dado que la salud bucodental no se adquiere con la rehabilitación por sí misma, sino que demanda una participación comprometida para su mantenimiento y conservación, como la aplicación de una técnica de cepillado adecuada a sus

necesidades, el uso de hilo dental y enjuague bucal, así como una alimentación baja en carbohidratos por las implicaciones que tiene en su estado de salud general (diabetes y obesidad) y visitas constantes al odontólogo.

Maloclusión

Los factores que favorecen la aparición de maloclusiones pueden ser intrínsecos (genéticos) o extrínsecos, e interfieren en el desarrollo y proceso eruptivo de los dientes permanentes. Si se diagnostica a tiempo (etapa preescolar o escolar), esta condición puede corregirse con procesos que interceden de modo favorable; si no es así, el individuo puede vivir durante toda su vida conservando su maloclusión sin que sea un problema que represente una situación de vida o muerte para su salud.

No obstante, es importante que el profesional lleve a cabo, como parte del diagnóstico y atención integral del paciente, la valoración de la articulación y haga las recomendaciones para que, según el caso, se remita al especialista (ortodoncista). Asimismo, dadas las dificultades del cepillado dental, es necesario que se recomiende la realización exhaustiva de este proceso, especialmente en las zonas retentivas que propician la malposición dentaria, y se expliquen los problemas secundarios que pueden provocar en el tejido de soporte por la acumulación de placa dentobacteriana.

Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es una afección de los tejidos que rodean y sujetan a los dientes en los huesos. Presentan un proceso inflamatorio debido a infecciones causadas principalmente por bacterias. De acuerdo con datos epidemiológicos, este padecimiento afecta a más de la mitad de los adultos mayores de 45 años.²

La principal causa es la acumulación de la placa dentobacteriana por una deficiente higiene bucal. Esta placa produce toxinas en el surco gingival que, si se mantienen, progresan y destruyen los tejidos de soporte, facilitando con ello que los dientes pierdan su estabilidad y se aflojen.

La respuesta inicial del organismo se da a nivel de encía. Ésta se inflama, cambia de color y sangra con facilidad (gingivitis), padecimiento reversible si se trata profesionalmente con la eliminación de la placa y un buen cuidado oral en casa. Una encía saludable se caracteriza por el color rosado, puntilleo con apariencia de cáscara de naranja y firmeza.

Si no se atiende con oportunidad, la gingivitis se acentúa y avanza, y aparece la periodontitis leve, etapa de la enfermedad periodontal en que se forman bolsas dentro del tejido gingival que involucran al hueso, aunque no de manera significativa.³

Por su parte, la periodontitis moderada y avanzada es la progresión sostenida de la enfermedad que involucra una parte más extensa del hueso y tejido periodontal, lo cual lleva a la movilidad y pérdida dental.

La periodontitis leve es más frecuente en individuos de edad muy avanzada, mientras que la periodontitis moderada y avanzada aumenta su frecuencia a los 65 años de edad, se mantiene estable aproximadamente hasta los 85 años y decrece posteriormente (Estrada, 1990).

Existen diferentes factores de riesgo innatos, como raza, sexo, y factores genéticos e inmunodeficiencias congénitas; sin embargo, existen otros adquiridos y ambientales, como edad, consumo de fármacos, esteroides y cigarros, estrés, enfermedades endocrinas y, de manera significativa, mala higiene oral, lo que provoca la acumulación de la placa dentobacteriana. Ante tales circunstancias, es importante realizar un diagnóstico integral, promover la salud e insistir en la aplicación de una adecuada técnica de cepillado y empleo de hilo dental, así como asegurar su seguimiento hasta la recuperación de su salud; asimismo, se debe llevar una alimentación balanceada y disminuir o eliminar el consumo de tabaco. También se debe recordar que, con el progreso de la enfermedad, los procedimientos son más complejos y costosos, que todas las enfermedades bucodentales son susceptibles de ser prevenidas y que todas dependen de la conducta asumida para su mantenimiento, sólo de esta manera se puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los adultos.

La enfermedad periodontal está presente en gran parte de la población adulta, ya que ésta es más propensa a padecerla, por lo que es recomendable seguir las medidas preventivas antes mencionadas.

Adulto mayor

La atención de los pacientes de la tercera edad, anteriormente denominados ancianos, representa un gran reto para cualquier trabajador de la salud, ya que precisamente en esta etapa de la vida el proceso fisiológico propio del envejecimiento, aunado a un sinnúmero de cambios emocionales, hace más difícil y complejo el cuidado de esta población.

Características físicas, psicológicas y sociales

El envejecimiento es el deterioro progresivo natural de los aparatos y sistemas del cuerpo humano; comienza en los primeros años de la vida adulta, aunque se manifiesta varias décadas después. En los países industrializados, una persona se considera anciana cuando tiene 65 años o más, pero en países en vías de desarrollo es a partir de los 60 años

(Sánchez, 2013).

Se suele definir el envejecimiento como un proceso de deterioro al que se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en el organismo, que conducen a alteraciones funcionales y hasta la muerte. Desde el punto de vista fisiológico, surgen cambios en los aparatos y sistemas del cuerpo, entre ellos, cardiovascular, respiratorio, metabólico y motriz, por mencionar algunos, que interaccionan con las capacidades psicológicas, así como con la resistencia y agilidad, con perjuicios en su autonomía y calidad de vida.⁴

Los cambios psíquicos son las variaciones en el comportamiento, la autopercepción, los valores y las creencias, que a la vez producen cambios de tipo social, como el papel del anciano en la comunidad, que de ser una persona respetada e influyente pasa a ser una población de “carga” para la sociedad. A nivel psíquico se produce un envejecimiento de las capacidades intelectuales que inicia a los 30 años y aumenta en la vejez. Existe pérdida de la capacidad para la resolución de problemas, se altera la capacidad de lenguaje y expresión, y la memoria; suelen padecer amnesia focalizada en el tiempo. La personalidad no suele cambiar, a menos que presente alteraciones patológicas. Tienen la capacidad de adaptación disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. Su autoestima suele bajar cuando dejan de trabajar, a no ser que tengan actividades que los estimulen, por ello es importante que continúen ocupados para darles fortaleza y confianza en sí mismos. De esta manera, el deterioro físico y psicológico será más lento.

La disminución progresiva de la actividad fisiológica y las respuestas adaptativas al medio ambiente ocasionan dificultades para realizar las tareas diarias, lo cual obliga a las personas a reducir sus actividades. Las causas del envejecimiento pueden ser individuales o sociales. Entre las individuales se encuentran todos aquellos factores o acciones que afectan a la persona directamente: costumbres de actividad o sedentarismo, tipo de alimentación, género y características hereditarias (algunas familias son más longevas que otras). En cuanto a las causas sociales, se pueden mencionar la exposición del organismo a diversos agentes, como rayos X, emanaciones químicas tóxicas, tabaquismo, alcoholismo, infecciones víricas, bacterianas o parasitarias, que pueden acortar el tiempo de vida o empeorar las condiciones y actividades de las personas.

Por todo lo anterior, se recomienda la actividad física para mejorar las funciones básicas, lo que repercutirá en el retraso del deterioro, así como para prevenir ciertas enfermedades, mantener habilidades motrices, relaciones sociales y buenos estados de ánimo, y ahorrar en medicamentos.⁵

El estado depresivo que acompaña a la mayoría de las personas propicia su aislamiento y descuido personal, circunstancia que debemos tomar en consideración para crear un ambiente agradable y de confianza con el fin de despertar su interés en el autocuidado y protección de su salud, involucrando a las personas que la rodean para que también se fomente este entorno en el hogar.

Por otro lado, el avance de las ciencias médicas, la tecnología, los nuevos medicamentos, las medidas de salud pública implementadas y los procedimientos quirúrgicos han influido en el promedio de vida de la población, tan así es que actualmente las personas viven al menos 75 años (varones 73 y mujeres 78). No obstante, los años ganados y las enfermedades del progreso han contribuido a un importante desarrollo de enfermedades sistémicas asociadas al envejecimiento, como lo demuestra la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSA), en donde se reportan como principales causas de consulta médica en México las enfermedades respiratorias agudas, cardiovasculares, gastrointestinales, diabetes mellitus y obesidad. Tal escenario demanda del cirujano dentista la necesidad de realizar una intervención integral y multidisciplinaria que permita aplicar un tratamiento bucal con seguridad, por lo que en este sector de la población la realización de interconsultas debe ser una práctica cotidiana.

Asimismo, diversas investigaciones han demostrado la relación de las enfermedades periodontales con el estado de salud general. En sentido inverso, también se ha demostrado que pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión o artritis reumatoide refieren altos porcentajes de prevalencia de periodontitis moderada y severa o edentulismo (Castellanos, 2002), circunstancia que nos obliga a identificar tanto las enfermedades sistémicas como las bucales, y exige del profesional competencias en el manejo de pacientes con enfermedades sistémicas, así como el reconocimiento de la influencia de éstas en el desarrollo de enfermedades bucales como la periodontitis. El periodonto reacciona al proceso de envejecimiento de manera natural, sin que ello se asocie a la pérdida dental; sin embargo, si hay poca o deficiente higiene, la acumulación de placa dentobacteriana afectará los tejidos periodontales, la cual, si se mantiene, con el tiempo propiciará retracción gingival, formación de bolsas y pérdida dental.

La salud general de pacientes desdentados o portadores de prótesis mal ajustadas también puede ser afectada por problemas en la masticación, que normalmente obligan al paciente a cambiar sus hábitos alimenticios por comida blanda que puede poner en riesgo su estado nutricional. Por ello, es recomendable hacer una evaluación integral y llevar a cabo los ajustes o cambios pertinentes en las prótesis, o rehabilitarlo integralmente (sustitución de dientes perdidos) para devolver su función masticatoria. En cualquier caso, la instrucción sobre las medidas higiénicas, la orientación sobre una dieta sana y la erradicación del tabaco y el alcohol (Díaz, 2013) son medidas imprescindibles para asegurar una intervención eficiente. Asimismo, el seguimiento durante todo el proceso y el reconocimiento de los avances en las medidas de autocontrol

deberán fomentarse para garantizar el mantenimiento de la salud e incidir en su autoestima.

Caries radicular

La pérdida progresiva del tejido de soporte y la técnica de cepillado inadecuada (violín) favorecen la exposición progresiva de la raíz que, al entrar en contacto con un medio propicio, puede desencadenar el desarrollo de la caries radicular, llamada así por su localización en el cuello de los dientes. Un factor desencadenante es la hiposalivación, propiciada por la terapia farmacológica o radiaciones, que favorece el desarrollo de caries, enfermedad periodontal, así como resequead de las mucosas, lo que propicia infecciones micóticas, ulceración de los tejidos blandos o dificultad para la adaptación de las prótesis. Entre los medicamentos que disminuyen la producción de la saliva se encuentran los diuréticos, antihistamínicos, antidepressivos, ansiolíticos y antihistamínicos, empleados en padecimientos propios de esta edad.

Los beneficios que el organismo obtiene de la saliva, fluido que participa en diversas funciones, son múltiples e indispensables para la sobrevivencia humana. La saliva interviene en la masticación al colaborar en la digestión inicial de los alimentos mediante los componentes enzimáticos, como la amilasa y las proteasas; sirve también para lubricar la boca y faringe superior, y modular el grosor y velocidad de formación de la biopelícula. Igualmente es un soporte del habla, la deglución, la sensación del gusto, así como un protector natural de las estructuras dentarias, dado que protege a los dientes de la caries debido a que neutraliza los ácidos generados por la fermentación de los carbohidratos y tiene abundante concentración de calcio y fosfatos. La saliva participa en el proceso de remineralización del esmalte (Dawes, 2008) mediante iones inorgánicos y agentes amortiguadores. Las bacterias cariogénicas de la biopelícula metabolizan rápidamente los hidratos de carbono y obtienen como producto final ácidos; el resultado es un cambio en el potencial hidrogenado (pH) de la biopelícula, el cual disminuye en los primeros minutos para luego aumentar gradualmente en un lapso de 20 a 30 minutos para regresar a sus niveles de normalidad (pH 7 y 8). Para que esto suceda, es indispensable el sistema de amortiguación de la saliva (bicarbonato, fosfatos y proteínas).

La saliva posee igualmente propiedades antibacterianas, antivirales y antifúngicas. Su presencia es vital para mantener la salud de los tejidos bucales tanto blandos como duros. Las personas segregan aproximadamente 600 ml de saliva al día. Debido a que existen factores que influyen en la secreción salival, como el ritmo circadiano (en la noche se produce menos saliva), es importante educar a los pacientes en cualquier etapa de desarrollo sobre la importancia de cepillarse los dientes siempre antes de dormir. Respecto a la dieta, se ha demostrado que los alimentos blandos producen menos estimulación de secreción salival. Asimismo, las hormonas, el sexo (el hombre segrega más saliva que la mujer), los estímulos nerviosos mediados por el sistema nervioso autónomo, el padecimiento de enfermedades sistémicas, las radiaciones, ciertos medicamentos y el estrés influyen en la disminución de este elemento de protección.

Ante la disminución patológica del flujo salival (xerostomía), el papel protector de la saliva se restringe: a menor cantidad, la calidad de vida del individuo se afecta de modo considerable y aumenta el riesgo de aparición de serios problemas bucales y digestivos, como aumento en el número de bacterias cariogénicas, boca seca, infecciones e inflamación de las mucosas bucales (Sánchez, 2012). Otro elemento inherente a la saliva que puede propiciar el desarrollo de la caries es su consistencia, dado que el aumento de su viscosidad favorece la adhesión de las bacterias a la superficies dentales, lo que resulta en una mayor susceptibilidad para su desarrollo.

Ante tal situación, el cirujano dentista debe implementar protocolos de instrucción y atención de acuerdo con las necesidades identificadas en cada uno de sus pacientes, para evitar que se presenten enfermedades aún no desarrolladas, como la caries y la enfermedad periodontal; algunas medidas específicas son el uso de saliva artificial y, por supuesto, realizar la rehabilitación integral del paciente para cambiar hábitos alimenticios en beneficio de su salud (eliminar dieta blanda). Con este propósito, la educación para la salud surge como una estrategia que debe adoptarse, sólo de esta manera se podrá lograr el empoderamiento para que la persona se convierta en un agente activo en el control de los problemas de su boca presentes o potenciales.

En cuanto a las características emocionales, es importante crear un ambiente de respeto para que las personas de la tercera edad se sientan con la confianza de asumir una participación activa en el mantenimiento de su salud. Asimismo, se le deberá instruir respecto a la aplicación de una técnica de cepillado que evite la erosión en la zona radicular (técnica de violín), así como recomendar el empleo de poca pasta y prescribir un cepillo de cerdas suaves. Además se puede aplicar fluoruros tópicos en gel, espuma y barniz. De la misma manera, debido a los problemas articulares u óseos que pueden presentar (artritis), se puede recomendar el empleo de cepillos eléctricos. Con estas medidas se controla la enfermedad periodontal y la caries, y se previene en gran medida la pérdida dental por estos padecimientos.

Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica y multifactorial que en esta etapa de desarrollo se relaciona con la deficiente higiene bucal y con la inadecuada adaptación de las prótesis totales o parciales, la cual contribuye a una alimentación inadecuada. El progreso de la inflamación conduce a la destrucción progresiva del tejido de soporte dentario y, como consecuencia, en su fase avanzada, a la pérdida de dientes y a la disfunción masticatoria.

No obstante los factores de riesgo antes mencionados, relacionados con el autocuidado del paciente, es innegable, en

esta etapa de desarrollo, el reconocimiento del impacto bidireccional entre enfermedad sistémica como la diabetes mellitus y enfermedad periodontal, ya que ambas interactúan de manera sinérgica y repercuten negativamente en ambos procesos. La diabetes mellitus no controlada favorece el deterioro periodontal y la pérdida de dientes, en tanto que las citocinas y mediadores químicos inflamatorios producidos en la periodontitis contribuyen a la hiperglicemia y resistencia a la insulina, dificultando el control de la diabetes. Estudios epidemiológicos transversales y prospectivos han demostrado que la periodontitis aumenta el riesgo de mal control glucémico en pacientes con diabetes mellitus y causa complicaciones en la diabetes (Díaz, 2013) y una alta morbilidad asociada (Zerón, 2013).

Dada la evidencia actual de la relación entre enfermedades periodontales y diabetes (9º Taller europeo-enfermedades periodontales y enfermedades sistémicas), algunas recomendaciones puntuales para el tratamiento de pacientes con diabetes de acuerdo con el grado de afectación del tejido de soporte, incluyendo de manera prioritaria y obligada una educación para la salud oral, son:

- 1) Informar al paciente que el riesgo de la enfermedad aumenta con una diabetes mal controlada y que, si sufren enfermedad periodontal, su glucemia puede ser más difícil de controlar, por lo que estarán en mayor riesgo de complicaciones por la diabetes, como el desarrollo de una enfermedad cardiovascular o renal.
- 2) Todos los pacientes deben ser evaluados con un examen periodontal minucioso.
- 3) Los pacientes que no presentan problemas periodontales deben hacerse una revisión periodontal anual.
- 4) En pacientes con periodontitis (movilidad dental, separación de dientes, abscesos gingivales o supuración gingival) debe realizarse una evaluación inmediata.
- 5) Los pacientes que presentan pérdida de diente deben ser alentados para su rehabilitación dental con el propósito de restablecer la función masticatoria para lograr una nutrición favorable.
- 6) Se debe informar que pueden aparecer otros problemas orales, como sequedad de boca o boca ardorosa, infecciones micóticas orales y cicatrización lenta en las heridas.
- 7) Cuando no existe un diagnóstico de diabetes (pero existen factores de riesgo para desarrollarla) y hay signos de periodontitis, deben ser informados del riesgo de contraerla y remitirlos al médico para que lleve a cabo los exámenes complementarios como medida preventiva y de control (Zerón, 2013).

Si bien las evidencias han demostrado la relación del estado de salud oral con la salud general y calidad de vida de los pacientes, es importante que el cirujano dentista reconozca y promueva la aplicación de enfoques multidisciplinarios e interdisciplinarios que demandan los nuevos y complejos padecimientos y necesidades personales. Por lo tanto, es necesario fomentar evaluaciones periódicas con el equipo de salud multidisciplinario enfocadas en personas con condiciones sistémicas.

Lesiones de tejidos blandos derivadas de la rehabilitación con prótesis

La pérdida dental continúa siendo un problema que se presenta con mayor severidad en esta etapa de desarrollo, cuya solución ha sido la colocación de prótesis totales o parciales (fijas o removibles). En un estudio realizado por Medina *et al.* (2008) se observó que casi 26% presenta edentulismo entre los 25 y 74 años. En los ancianos, la pérdida total de los dientes puede producir diversos problemas, como disminución de la fuerza de masticación y actividad muscular, circunstancia que repercute de manera significativa en la ingesta de alimentos (blandos) sin valor nutritivo, que impacta de modo negativo en su salud en general (Medina-Solís, 2008).

Por otra parte, los pacientes portadores de prótesis totales o parciales demandan rehabilitación protésica y supervisión permanente con el fin de asegurar un ajuste armónico que les devuelva la estética y funcionalidad para el mantenimiento de la función bucodental y la salud. Asimismo, se requiere de una instrucción detallada de las medidas higiénicas de protección tanto del tejido de soporte como de las prótesis colocadas, para evitar padecimientos derivados de esta rehabilitación, como estomatitis subprotésica, hiperplasia gingival y candidiasis, problemas ocasionados principalmente por la deficiente higiene de las prótesis. En este sentido, es importante considerar el proceso de adaptación del paciente, por lo que se debe insistir en el compromiso adquirido para que acuda a las citas subsecuentes, lo que permitirá garantizar la adaptabilidad adecuada y confirmar la realización eficiente de las medidas preventivas.

La estomatitis subprotésica se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los sujetos mayores portadores de prótesis dentales completas, con una prevalencia de 11 a 67%. La etiopatogenia es multifactorial; entre los factores involucrados se encuentran higiene deficiente de la prótesis, trauma protésico, reacciones alérgicas, irritación, infección candidiásica y factores dietéticos. El tratamiento es muy variado; por lo general, se recomienda quitar la prótesis que causa la irritación. En caso de infecciones relacionadas, se recomienda aplicar antimicóticos o antivirales (Sánchez, 2013).

La hiperplasia gingival es el crecimiento gingival local o generalizado, según el lugar en donde la prótesis ejerza presión. Es una lesión que se desarrolla por la disminución del soporte (debido a la reabsorción alveolar) y por el hundimiento de la prótesis sobre el fondo de surco, ejerciendo una presión anormal sobre los tejidos blandos. Aquí se combinan dos lesiones:

Úlcera crónica e hiperplasia de tejido conjuntivo crónicamente inflamado. Su etiología está relacionada con la irritación crónica causada por los bordes de las prótesis. La mayoría de los casos han sido reportados entre la quinta y séptima década de vida, localizada, por lo general, en la parte anterior del maxilar superior. Clínicamente, el tejido hiperplásico suele formar lobulillos o pliegues y puede estar fisurado en el punto donde el reborde de la prótesis contacta con el tejido, en la base de las presiones lineales. Las hiperplasias se localizan con mayor frecuencia en la zona anterior; son blandas, flácidas y móviles, y cuando existe ulceración, se muestran eritematosas. El tratamiento consiste en realizar una gingivoplastia y ajustar la prótesis (Sciubba, 2005).

Por su parte, la candidiasis es una infección derivada de la acumulación de hongos por falta de higiene, que al progresar puede causar irritación, inflamación y mal aliento. Las lesiones típicas de la candidiasis bucal describen placas de fácil remoción en la mucosa bucal, orofaríngea o del paladar; en algunos casos, aparece queilitis angular. Los factores predisponentes son la xerostomía, tratamiento con antibióticos de amplio espectro, uso de corticoides inhalados y alteraciones de la inmunidad celular. El tratamiento busca erradicar los factores locales, por lo que se recomienda retirar la prótesis por periodos largos, mantenerlas con buena higiene, utilizar enjuagues bucales y antifúngicos (Sánchez, 2013).

Las medidas preventivas más importantes que se deben fomentar en el paciente son la correcta limpieza de la prótesis dental y la higiene bucal. También es importante confirmar el ajuste adecuado de la prótesis, para prevenir la aparición de hiperplasias o la acumulación de alimento; asimismo, es recomendable el empleo de algún antiséptico con agua, en donde se deberá colocar la prótesis parcial o total para eliminar la acumulación de alimentos y prevenir las infecciones micóticas, así como para humectarla.

En conclusión, se debe instruir y motivar un adecuado control personal de la placa dentobacteriana en personas dentadas, parcialmente desdentadas y edéntulos por medio de métodos y técnicas de cepillado dental, el uso de hilo dental y aditamentos auxiliares para una higiene bucal completa (ver Anexo: Medidas de salud y educación dental por grupo de edad).

REFERENCIAS

- Aguilar, N., & Taboada, O. (2013). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, 70(5), 364-371. Recuperado de www.medigraphic.org.mx
- Álvarez, R. (2005). *Educación para la salud* (2a. ed.). México: El Manual Moderno.
- Andreasen, J., Bakland, L., & Flores, M. (2012). *Manual de lesiones traumáticas dentarias* (3a. ed.). Amolca, Madrid.
- Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., & Mendoza, A., (2001). *Odontopediatría* (2a. ed.). MASSON, Barcelona, España.
- Bastarrechea, M., Fernández, L., & Martínez, T. (diciembre, 2009). La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. *Rev. Cubana Estomatol*, 46(4), 60-69.
- Biondi, A., & Cortese, G. (2010). *Odontopediatría, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*. Alfaomega, España.
- Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., & Planells, P. (2012). *Odontopediatría, la evolución del niño al adulto joven*. Editorial Médica Ripano, Madrid, España.
- Carranza, F. A. (1986). *Manual de periodontología clínica* (edición original). México: Interamericana McGraw-Hill.
- Castellanos, L., & Díaz, L. (2002). Frecuencia de periodontitis crónica asociada a padecimientos sistémicos en 2000 pacientes. *Revista ADM*, 59, 122-127.
- Cuenca, E., & Baca, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria, principios, métodos y aplicaciones* (4a. ed.). MASSON, Barcelona, España.
- Dawes, C. (2008). Salivary Flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. *J Am Dent Assoc*, 139, 18S-24S.
- De Nova, M., Planells, P., Marín, J., Manzanque, A., Barbería, E., & Moreno, J. (1993). Succión digital: factor etiológico de maloclusión. *Odontología Pediátrica*, 2(2), 85-90.
- Díaz, L. (septiembre, 2013). Las enfermedades sistémicas en la práctica estomatológica. *Revista Especial ADM*, 8(26), 12.
- Díaz, L., & Castellanos, J. (2004). Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med. oral patol. oral cir. Bucal*, 9(5), 430-437, Guanajuato, México.
- Enfermedad periodontal o piorrea: afecta a 80% de la población. Recuperado de <http://www.deltadent.es/blog/2011/12/10/enfermedad-periodontal-o-piorrea-afecta-al-80-de-la-poblacion/>
- Enfermedad periodontal. Recuperado de <http://www2.esmas.com/salud/enfermedades/043274/enfermedad-periodontal/>
- Escobar, F. (2004). *Odontología pediátrica* (2a. ed.). Colombia: Amolca.
- Estrada, L. (1990). *La vejez. El Ciclo de la familia*. México: Posada. Factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal. Recuperado de <http://www.slideshare.net/manueflacolongo/factores-de-riesgo-de-la-enfermedad-periodontal-12074258>
- Fernández, S. N. (2000). *Características de desarrollo psicológico del adulto*. México: Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado de www.e-continua.com
- Finn, S. (1999). *Odontología pediátrica* (4a. ed.).

- Frías, A. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. MASSON, Barcelona, España.
- Fuentes, R., Oporto, G., Alarcón, A. M., Bustos, L., Prieto, R., & Rico, H. (junio, 2009). Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Av Odontostomatol*, 25(3), 147-154.
- García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. (2003). *Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales*. Una revisión. Madrid: RCOE; 8(2):131-141.
- González, I., Armada, E., Díaz, J., Gallego, P., García, M., González, A., Fernández, C., Íñiguez, A., & Rayo, I. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía. *Revista española de cardiología*, 53(11), 1474-1479.
- Graber, T. (1991). *Ortodoncia, Teoría y práctica* (3a. ed., edición original). Interamericana, México.
- Guido, M., & Castillo, J. (2012). *Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica*. España: Ripano.
- Herrera, C., Pantoja, P., De la Maza, T., Sanhueza, A., & Salazar, L. (2007). Microbiologic and molecular diagnostic of cariogenic bacteria in pregnant women from the Araucania Region of Chile. *Rev. chil. infectol*. Número 24, vol. 4 (ISI), 270-275.
- Higashida, B. (2005). *Educación para la salud* (2a. ed.). McGraw-Hill.
- INEGI, Estadísticas vitales 2000 y 2007.
- INEGI, Estadísticas de mortalidad 2007. Consulta interactiva de datos.
- Katz, M. S. (1991). *Odontología preventiva en acción* (3a. ed.). México: Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Koch, G., Madéer, T., Poulsen, S., & Rasmussen, P. (1994). *Odontopediatría, enfoque clínico*. Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Las características psico-fisiológicas de las personas mayores y aspectos a considerar en su mejora de la condición física*. Recuperado de <http://www.cece.gva.es/>.
- Las características psico-fisiológicas de las personas mayores y aspectos a considerar en su mejora de la condición física*. Recuperado de http://www.cult.gva.es/dgd/form_amb_deportivo/JORNADA_DXTE%20MAYORES_SEPT/Carlos_Pablos.pdf
- Marrero, A., López, E., Castells, B., & Agüero, A. (2003). Salud bucal y embarazo. *Archivo Médico de Camaguey*, 7(5).
- Medina, C. et al. (septiembre-octubre, 2001). Malos hábitos orales en infantes de guarderías del IMSS. *Rev Med IMSS*, 39(5), 435-440.
- Medina-Solís, R. Pérez-Núñez, G. Maupomé, L. Ávila-Burgos, et al. National survey on edentulism in mexican adults. (2008). *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 237-244.
- Montiel, M. (noviembre-diciembre, 2004). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Revista ADM*, 61(6), 209-214.
- Nápoles, D., Moráguez, G., Cano V., & Montes de Oca, A. (marzo, 2012). Status of periodontal health in pregnant women. *MEDISAN*, 16(3), 333-340. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300004&lng=es
- Olivar, A. (octubre, 2001). Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Rev. Fed. Odontol. Colomb*, (201), 37-51.
- Ortega, G. (1997). Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. *Rev. Cubana Ortod*, 13(1), 53-54.
- Palacios, B., Cerero, R., Campo, J., & Esparza, G. (febrero, 2006). Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. *RCOE*, 11(1), 43-55.
- Papalia, D., Wendokos, S., & Duskin R. (2003). *Desarrollo Humano* (8a. ed.). MacGraw-Hill, México.
- Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2003000200002
- Rodríguez, H., & López, M. (2003). El embarazo: Su relación con la salud bucal. *Rev. Cubana Estomatol.*, 40(2).
- Salete, M., & Corrêa, N. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. Brasil.
- Sánchez, L. (marzo, 2012). Factores de riesgo a caries. *Revista Especial de Prevención en Salud Bucal*, 7(21), 13.
- Sánchez, S., Juárez, T., Heredia, E., & García, C. (2013). *El envejecimiento de la población y la salud bucodental*. México: Breviarios de Seguridad Social.
- Sciubba, J. (junio, 2005). *Denture Estomatitis*. Recuperado de <http://www.emedicine.com/derm/topic642.htm>
- Ustrell, J. M., & Sánchez, M. (2003). Fisiología bucal infantil: función y crecimiento de la cavidad oral del lactante. *Matronas profesión*, 4(14), 19-21, Barcelona.
- Walter, L., & Issao, A. (2000). *Odontología para el bebé*. São Paulo, Brasil: AMOLCA.
- Zerón, A. (julio-agosto, 2013). 9º Taller europeo-enfermedades periodontales y enfermedades sistémicas. *Revista ADM*, 70(4), 213-223.

Instrucciones: lee las preguntas y elige la opción que se acerque más a tu respuesta.

- 1) Los alimentos que necesita la mujer embarazada para satisfacer las necesidades de desarrollo del feto son:
 - a) Calcio, fósforo, proteínas y vitaminas C y D.
 - b) Hierro, ácido fólico y carbohidratos.
 - c) Zinc, ácidos grasos y proteínas.
- 2) Se considera el trimestre óptimo para brindar atención odontológica durante el embarazo:
 - a) Primer trimestre.
 - b) Tercer trimestre.
 - c) Segundo trimestre.
- 3) Son características de la caries por alimentación infantil antes llamada síndrome de biberón excepto:
 - a) Afecta a numerosos órganos dentarios, especialmente molares.
 - b) Cursa con lesiones extensas y de avance rápido.
 - c) Afecta los incisivos inferiores libres de caries debido a la acción protectora del labio inferior, la lengua y la saliva.
- 4) Son los factores determinantes para el desarrollo de las alteraciones orofaciales asociadas al hábito de succión.
 - a) Intensidad, frecuencia y duración.
 - b) Objeto que se succiona y la duración
 - c) Edad en que se establece el hábito y posición de objeto que se succiona.
- 5) ¿Qué tipo de caries se presenta en el periodo preescolar?
 - a) Caries de primer grado
 - b) Caries de rampante y de fosetas y fisuras
 - c) Caries por alimentación
- 6) Tercer problema bucodental más frecuente durante el periodo escolar:
 - a) Alteración en crecimiento craneo facial
 - b) Candidiasis
 - c) Mal oclusiones
- 7) Pérdida de espacio, mordida cruzada posterior, mordida cruzada anterior y mordida abierta, se refieren a:
 - a) Anomalías oclusales en el periodo preescolar
 - b) Anomalías dentales en la adolescencia
 - c) Anomalías oclusales en el periodo escolar
- 8) Actividades deportivas durante la adolescencia que ocasionan traumatismos orofaciales:
 - a) Montar caballo y paracaidismo
 - b) Baloncesto, fútbol americano, soccer.
 - c) Ciclismo y beisbol.
- 9) Durante los trastornos alimenticios en la adolescencia, ¿qué tipo de alteración afecta a los órganos dentales?
 - a) Daño al esmalte por los ácidos gástricos
 - b) Daño al esófago por los ácidos gástricos
 - c) Daños al paladar por los ácidos gástricos
- 10) Durante esta etapa continúan el crecimiento y deterioro como procesos que ocurren durante toda la vida en un equilibrio que difiere para cada individuo.
 - a) Adolescencia.
 - b) Edad Adulta.
 - c) Tercera edad
- 11) Factores que intervienen en la edad adulta para la caries dental:
 - a) Consumo de carbohidratos y lípidos
 - b) Consumo de carbohidratos e higiene dental deficiente
 - c) Consumo de proteínas y carbohidratos
- 12) ¿En qué etapa de la vida de un ser humano se encuentran problemas periodontales crónicos por uso de prótesis y mala higiene?
 - a) Tercera edad

- b) Edad adulta
- c) Adolescencia

Respuestas: 1) a. 2) b. 3) a. 4) b. 5) c.

Notas

¹ Agradecemos las aportaciones a este capítulo de: M. en C. Laura Bárbara Velázquez Olmedo, profesora de la asignatura de Educación para la Salud, Facultad de Odontología, UNAM y a Luz María Teresa Verdín López, profesora de Bioética en la Escuela de Enfermería del IMSS.

² Recuperado de: <http://www.2.esmas.com/salud/enfermedades/043274/enfermedad-periodontal>

³ Recuperado de: <http://www.cece.gva.es>

⁴ Las características psico-fisiológicas de las personas mayores y aspectos a considerar en su mejora de la condición física. Recuperado de <http://www.cece.gva.es/>.

⁵ Las características psico-fisiológicas de las personas mayores y aspectos a considerar en su mejora de la condición física. Recuperado de http://www.cult.gva.es/dgd/form_amb_deportivo/JORNADA_DXTE%20MAYORES_SEPT/Carlos_Pablos.pdf

ANEXO: MEDIDAS DE SALUD Y EDUCACIÓN DENTAL POR GRUPO DE EDAD

ANEXO. MEDIDAS DE SALUD Y EDUCACIÓN DENTAL POR GRUPO DE EDAD

Etapa	Características físicas, psicológicas y sociales	Trastornos más frecuentes	Medidas de prevención	Tratamiento
<p>Periodo de lactancia (Desde el nacimiento hasta los 3 años)</p> <p>Recién nacido: Abarca desde el nacimiento hasta la caída del cordón umbilical (décimo día)</p> <p>Lactante: Periodo que se caracteriza por la alimentación a base de leche</p> <p>Destete: Transición de la lactancia materna a otras fuentes de alimentación</p>	<p>Presenta un mecanismo emocional pobre, no hay actividad del lóbulo frontal y se encuentra en <i>fase oral de desarrollo</i>. Depende por completo de los padres. A los 6 meses reconoce las caras familiares por medio de expresiones faciales y desarrolla vínculos sólidos y firmes con los adultos que le cuidan.</p> <p>Alrededor del año aumentan las capacidades motrices. Aprende a andar, se sienta y se levanta solo. Da palmadas y hace señales de despedida.</p> <p>Muy rara vez obedece una orden verbal y a menudo aparecen rabietas y negativismo: "NO" es la palabra favorita del niño.</p> <p>Sugerencia de actuación en los tratamientos: La comunicación resulta difícil, por lo que se aconseja dar órdenes claras y emplear técnicas lo más cortas y simples posibles, así como realizar los tratamientos lo más rápido que se pueda. El temor frente a extraños y el miedo a la separación de los padres son comunes en este grupo de edad, por lo que es recomendable evitar separarlo de ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dientes natales y neonatales • Úlcera de Riga – Fede • Candidiasis • Perlas de Epstein • Nódulos de Bohn 	<p>Efectuar pláticas informativas con los padres acerca de las alteraciones que se pueden encontrar en la boca del lactante y enseñarles las medidas preventivas que se pueden utilizar en esta etapa.</p> <p>La higiene debe realizarse con gasa humedecida, frotando suavemente los carrillos y los dientes; se sugiere hacerlo a partir de la erupción del primer diente.</p> <p>Se recomienda el empleo de dos cepillos, uno para que el niño efectúe los movimientos y se inicie en el hábito de esta práctica y otro que utilizarán los padres para realizar y asegurar la eficiente limpieza. En ambos casos se deberá utilizar poca pasta y sin flúor.</p> <p>Asimismo, se sugiere llevarlo a cabo inmediatamente después de haber ingerido alimentos.</p>	<p>Dientes normales y maduros: preservación, pulido suave y constante de los bordes incisales, terapia de fluoruro profesional y aplicaciones caseras.</p> <p>Dientes natales y neonatales: Dientes inmmaduros y supernumerarios: extracción después de la primera semana de vida debido a las deficiencias de coagulantes, es decir, a la síntesis insuficiente de vitamina K en los primeros días de vida.</p> <p>Úlcera de Riga-Fede: El procedimiento más común es la extracción de los dientes causales; sin embargo, lo más indicado sería la eliminación de los bordes incisales cortantes de los dientes con discos de diamante para el alisado de los bordes y para no seguir traumatizando a la lengua.</p> <p>Se aplica fluoruro de sodio a 0.02% sobre los dientes y se coloca solución VASA sobre la lesión. En caso de que no haya desaparecido la ulceración, se recomienda la extracción del diente.</p>
<p>Periodo de lactancia (Desde el nacimiento hasta los 3 años)</p>			<p>Algunos autores coinciden en la aplicación tópica de fluoruro (0.02%) con hisopo dos veces diarias en todos los dientes desde los 6 meses hasta los 2 años de edad.</p>	<p>Candidiasis: Agentes fungicidas como la nistatina. Preparado en suspensión con un vehículo adhesivo que deberá ser aplicado varias veces al día hasta que la infección desaparezca. Recientemente se ha recomendado la mezcla de nistatina y digluconato de clorhexidina.</p> <p>Perlas de Epstein: No requiere tratamiento, ya que estas lesiones desaparecerán por sí solas.</p> <p>Nódulos de BÖHN: Únicamente observación y masaje digital suave,</p>

ya que desaparecerán cuando erupcionen los dientes.

Caries C₁
Se recomienda observación permanente para valorar su evolución y visitar al dentista por lo menos cada 6 meses.

Aplicación tópica del flúor para evitar su progreso y mantener en equilibrio el proceso de desmineralización y remineralización natural. Para este propósito, se sugiere colocar selladores de fosetas y fisuras, cuyo objetivo es cerrar las zonas de mayor susceptibilidad al desarrollo de caries en molares (aislar a las bacterias cariogénicas en lesiones incipientes).

Caries C₂
Eliminar caries y efectuar restauraciones indicadas de acuerdo con el grado de destrucción de tejido (ionómero de vidrio, amalgama, resina, corona acero cromo).

El empleo de ionómero de vidrio en molares temporales ha sido promovido como el tratamiento más indicado (tratamiento restaurativo atraumático), sobre todo en molares posteriores, cuya vida en la boca es corta.

Esta medida de salud pública se emplea en las dos Campañas Nacionales de Salud Bucodental que se llevan a cabo al año, por lo que es recomendable que el cirujano dentista la practique en cualquier población infantil de acuerdo con sus necesidades, especialmente por los beneficios que proporciona, no sólo económicos, sino también en la calidad de vida, al conservar más tiempo las estructuras dentarias y prolongar la vida del diente.

Caries C₃
Aplicar terapéutica pulpar (pulpotomía) y efectuar la restauración con coronas acero cromo.

Realiza acciones mutuas con sus padres, influyen en su personalidad y conducta, se acompañan de sus juguetes preferidos, tocan, manipulan y exploran; son perceptivos.

Para el odontólogo es el periodo de mayor reto, se debe ser firme con el trato.

Tres años: Edad conocida como de “yotambién” y de la imitación. Tiene una maduración social más amplia que permite una relación interpersonal.

La iniciativa para colaborar que los distingue puede ser aprovechada en el consultorio. En acciones preventivas se puede, mediante la demostración, instruirlo en el cepillado frente a los padres y destacar la importancia de asear todas las caras de los dientes, lengua y carrillos. Se puede indicar que lo realice por sí mismo, y después de ello, valorar su eficiencia revisando frente a él con un espejo grande su estado de higiene. Para ello, se puede emplear una pastilla reveladora, explicándole cuál es el propósito de la misma, así como por qué es importante que sus padres supervisen la realización del cepillado.

Si requiere tratamiento, se le pedirá que participe, por ejemplo, deteniendo el eyector o ayudando con un espejo adicional, de esta manera se aprovechará la actitud colaborativa que muestra.

Cuatro años: Edad del “cómo” y del “porqué”, de la curiosidad, donde comienza a despertar a la vida.

Esta edad resulta un gran reto para el cirujano dentista, dado que el niño interrumpirá de manera permanente la comunicación. Hay que ser tolerante, pero con firmeza, darle su espacio para que interactúe, pero estableciendo límites para poder avanzar en la instrucción y en los procedimientos odontológicos que amerite su situación particular.

Cinco a seis años: Inicia la convivencia con extraños.

Se puede aprovechar este desprendimiento de los padres y la disponibilidad de socialización para realizar actividades de prevención (habilidades cognitivas y procedimentales) para que de manera independiente se haga responsable del mantenimiento o mejoramiento de su salud.

Es conveniente explicarle con un lenguaje claro y preciso los problemas que enfrentará si no asume una actitud comprometida, asegurándonos en este proceso de que comprenda los factores de riesgo que pueden desequilibrar su salud y cuáles son las acciones preventivas que deberá efectuar para evitarlos o minimizarlos. En tal instrucción, deberán participar los padres, ya que, en gran medida, son un referente y apoyo para la adopción de conductas saludables, como llevar una dieta adecuada que respalde los hábitos alimenticios para su desarrollo integral y hábitos de higiene como medida de protección especialmente. Asimismo, hay que explicarle cuál es el cepillado más importante, cuándo debe cambiar de cepillo, el tipo de pasta y cantidad, así como evitar humedecerlo porque

Caries (C₁, C₂, C₃, C₄).

Caries C₁
Se ubica en el esmalte y clínicamente presenta opacidades y manchas cafés (amarillentas o negras); es asintomática.

Caries C₂
Se presenta pérdida de continuidad de esmalte y dentina, con dolor provocado por estímulos (calor o frío), el cual desaparece cuando cesan.

Caries C₃
En esta caries existe mayor destrucción y afectación del tejido dentario. Involucra esmalte, dentina y pulpa, con dolor espontáneo, no provocado.

Caries C₄
Gran destrucción dentaria que afecta esmalte, dentina y necrosis pulpar. Por lo general, presenta procesos pustulosos.

Instruir respecto a la realización eficiente de la técnica de cepillado: no mojar el cepillo, colocar una pequeña porción de pasta dental (tamaño de un chícharo) y no olvidar realizar el cepillado después de cada comida y antes de dormir.

Mediante la supervisión, identificar y sugerir la realización de su propia técnica.

Insistir con los padres respecto a la responsabilidad que deben asumir para vigilar la realización eficiente de la higiene después de cada alimento, así como evitar el consumo entre comidas, especialmente alimentos ricos en carbohidratos, demasiado blandos y pegajosos (chiclosos), y bebidas azucaradas.

Asimismo, debe supervisarse que el cepillado se haga antes de ir a dormir, dado que es el que tiene mayor significancia por el contacto prolongado de la placa dentobacteriana y la disminución de saliva, factores detonadores para la producción de caries.

Preescolar
(De los 3 a 5 años)

	<p>disminuye su efectividad para la eliminación de placa dentobacteriana.</p> <p>Para asegurar la confianza que debe promoverse durante el tratamiento según el avance de los problemas bucodentales, el cirujano dentista debe actuar con firmeza, reconocer el compromiso y acciones efectuadas con alabanzas y elogios, y evitar herir sentimientos.</p>			<p>Caries C₄</p> <p>Hay dos procedimientos para conservar el diente que dependen del diagnóstico radiográfico: pulpotomía (extirpación de la pulpa coronaria) o pulpectomía (extirpación de la pulpa dental de manera íntegra); si no se realiza este último procedimiento debido a la anatomía topográfica de las raíces (concavidad), la opción más indicada es la extracción dental.</p>
<p>Escolar (De los 6 a 9 años)</p>	<p>En esta fase, los cambios en el niño son muy rápidos. Pueden aparecer rabietas violentas y cambios puntuales de humor.</p> <p>Le cuesta adaptarse y espera que los demás lo hagan por él. Su deseo de aprobación hace que normalmente trate de cooperar.</p> <p>La actitud hacia los padres también da un giro: si antes era dependiente de ellos, ahora empieza a creer que son injustos, y por lo general se siente resentido con la autoridad paterna. El desarrollo intelectual es muy marcado.</p> <p>Dado que es común que el niño se muestre como un cobarde agresivo y que tenga grandes temores a las lesiones del cuerpo, necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas por parte del profesionalista.</p>	<p>Caries (C₁, C₂, C₃, C₄).</p> <p>Enfermedad periodontal (gingivitis).</p>	<p>Instruir respecto a la técnica de cepillado involucrando a los padres y al niño.</p> <p>Aplicar flúor tópico.</p> <p>Colocar selladores de fosetas y fisuras en todas las muelas y premolares que tengan fisuras marcadas. Su objetivo es cerrar las zonas de mayor susceptibilidad al desarrollo de caries en molares, así como aislar las bacterias cariogénicas en lesiones incipientes.</p> <p>La gingivitis es la primera respuesta que se presenta a nivel de encías por la acumulación de placa dentobacteriana en el cuello de los dientes, espacio interproximal, por deficiencias en el cepillado o por la falta del mismo. En función de su estado de madurez y dado que se encuentra en un proceso de rechazo a la disciplina paterna, es recomendable hablar con él y explicarle cuáles son sus necesidades de salud, qué es la gingivitis, qué la ocasiona y, por supuesto, qué guimientos y reconocer avances. Resulta muy significativo el empleo de las pastillas reveladoras, por lo que deberán darle estos elementos para que él pueda evaluar su cepillado hasta que logre con éxito la limpieza íntegra de su boca (carrillos, lengua, estructuras dentarias), incluyendo las recomendaciones adicionales para promover las condiciones ideales.</p> <p>En una segunda etapa, se debe instruir respecto al empleo de hilo dental, supervisando el dominio y explicándole las ventajas que tiene su utilización por lo menos en el cepillado nocturno.</p>	<p>Mismas recomendaciones que la etapa anterior.</p> <p>Normalmente es una alteración incipiente; con un adecuado cepillado la encía recupera su estado de salud.</p>
	<p>Muy independiente y confiado en sí mismo. La actitud frente a la familia sigue modificándose y está más interesado en los amigos que en la propia familia. Puede mostrarse rebelde ante la autoridad, aunque acaba por tolerarla.</p>	<p>Caries (C₁, C₂, C₃,</p>		<p>Mismos procedimientos de intervención descritos en las etapas anteriores para los niveles de caries. Recordar que en esta etapa la dentición permanente puede presentar afectación, por lo que es de suma importancia que se inicie con un procedimiento sencillo y se deje lo más complicado como última opción. Se debe actuar de manera conservadora, esto es, hacer todo lo que esté de nuestra parte para mantenerlo funcionando.</p> <p>La endodoncia es el procedimiento que se lleva a cabo para atender dientes permanentes, cuya pulpa coronal y</p>

<p>Pre – adolescencia (De los 9a 12 años)</p>	<p>Va adaptándose al trabajo en equipo y crecen sus responsabilidades personales en distintos aspectos, como la higiene y las tareas escolares.</p> <p>Sugerencia de actuación en los tratamientos: Debemos transmitir al niño la idea de que él debe ser el responsable de su conducta. Se intentará evitar las críticas y la autoridad, haciéndolo sentir siempre que es tratado con justicia. Trataremos de interesarlo en los tratamientos y motivarlo para promover buenos hábitos de salud.</p>	<p>C₄).</p> <p>Enfermedad periodontal (gingivitis).</p> <p>Maloclusiones.</p>	<p>Técnica de cepillado.</p> <p>Aplicación tópica de fluoruro.</p> <p>Explicación profunda de la importancia en el mantenimiento de espacio y de la higiene si emplea un mantenedor fijo o removible.</p>	<p>radicular se encuentra afectada. Si el foramen del tercio apical ya cerró, se hará con material permanente (gutapercha); si aún no se ha completado el cierre, se colocará un medicamento que puede ser reabsorbible y ayudar a este proceso.</p> <p>Si fuera necesaria la extracción de alguna pieza dental temporal, es indispensable conservar el espacio del diente permanente, por lo que deberá valorarse la pertinencia de colocar un mantenedor fijo o uno removible, lo cual dependerá del tiempo que falte para que erupcione. Para la rehabilitación del diente por caries, se puede utilizar amalgama, resina o incrustación (estéticas o no estéticas) y amalgama.</p>
<p>Adolescencia (De los 12 a 18 años)</p>	<p>La adolescencia es una fase particular del desarrollo de la personalidad; puede considerarse una etapa de crisis psicosocial normal con conflictos mayores. Es la última transición de la niñez a la edad adulta.</p> <p>Se producen diferentes modificaciones corporales e instintivas, como el despertar de las necesidades sexuales, reorganización del mundo sentimental, aparición de amistades exclusivas, labilidad de carácter, rebeldía contra los padres, narcisismo y necesidad de estimación, timidez y búsqueda de originalidad.</p> <p>El razonamiento operativo formal y la capacidad para almacenar información en la memoria después de percibirla son los sellos distintivos de la maduración de la capacidad cognoscitiva en los adolescentes. Aumenta la preocupación por la imagen física.</p> <p>Orientarlos hacia lo que es conveniente para ellos sin que se sientan guiados.</p>	<p>Caries (C₁, C₂, C₃, C₄).</p> <p>Enfermedad periodontal (gingivitis).</p> <p>Maloclusiones.</p>	<p>Técnica de cepillado.</p> <p>Aplicación tópica de fluoruro.</p> <p>Colocación de selladores de fosetas y fisuras.</p> <p>Instrucción respecto a los hábitos dietéticos, higiénicos y de actividad física.</p> <p>Destacar la importancia del cepillado para el mantenimiento de su salud y contra la caries y la enfermedad periodontal.</p>	<p>Mismo tratamiento para la atención de la caries descrito en las etapas anteriores.</p> <p>Canalizar con el especialista para que haga ortodoncia.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades respiratorias. • Heridas. • Causas más frecuentes de hospitalización: alumbramientos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario. 		

Adulto
(de los 20 a 60 años)

Etapa en que se alcanza la independencia y la autorrealización. La persona hace lo que es capaz y está satisfecha y preparada para "ajustarse a su propia naturaleza". La edad pre-adulta (0 a 22 años) se caracteriza por los años formativos (educación formal e informal); la edad adulta temprana (20 a 40 años) es la etapa en que las personas hacen elecciones de vida significativas y exhiben la mayor energía, pero también experimentan el mayor estrés; en la edad adulta intermedia (40 a 60 años) se reducen, en cierto modo, las capacidades biológicas, pero aumentan las responsabilidades sociales; y la última etapa de la edad adulta (60 años en adelante) es la fase final de la vida. Durante la etapa de la adultez, las personas consiguen normalmente su primer empleo, se casan, tienen hijos y se enfrentan a situaciones que demandan gran responsabilidad; es la etapa más importante de la vida.

Los años adultos tienen un gran potencial de desarrollo intelectual, emocional y físico. A partir de los 25 años, la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño), y es alrededor de los 50 cuando el declive de las capacidades físicas se empieza a notar.

Los adultos jóvenes son las personas más sanas de la población. En esta etapa, los adultos se preocupan más en cómo utilizar el conocimiento para propósitos prácticos que en adquirir conocimiento y habilidades para su propio bien; usan sus habilidades intelectuales para solucionar problemas de la vida real asociados con la familia, negocios o responsabilidades sociales. En la edad intermedia (40 a 60 años), en general, los adultos se encuentran en buena condición física, financiera y psicológica. Los adelantos médicos y el conocimiento del cuidado preventivo en algunos casos son factores que mantienen en buenas condiciones la salud física. La experiencia social y profesional adquirida permite mantener un equilibrio y cierta estabilidad emocional y menor estrés (independencia de los hijos, jubilación).

- Los accidentes (principalmente de automóvil) son la causa principal de muerte entre los 25 y 34 años.
- Cáncer enfermedades del corazón, suicidio y homicidio son también otras causas importantes de muerte.
- El alcohol también se asocia con las muertes por accidentes automovilísticos, ahogamiento, suicidio, incendio y caídas, y es un factor predisponente para la cirrosis.
- Cambios en las capacidades reproductoras y sexuales (menopausia en la mujer y andropausia en el hombre).
- Disminución de la agilidad al caminar.
- Pérdida paulatina de la audición.
- Osteoporosis.
- Artritis.
- Asma, bronquitis, diabetes, desórdenes nerviosos y mentales (irritación o depresión), reumatismo, hipertensión y mal funcionamiento de los sistemas circulatorio, digestivo y genito-urinario.
- Caries secundaria por restauraciones mal ajustadas.
- Periodontitis.
- Maloclusiones.

Trastornos sistémicos:
Hipertensión arterial, obesidad, diabetes

Recomendar un tipo de vida más activa y dejar atrás el sedentarismo; promover la realización de ejercicio de manera regular, abstenerse de fumar o tomar en exceso y comer bien. El ejercicio mantiene el peso deseable del cuerpo, desarrolla músculos, hace más fuertes corazón y pulmones, baja la presión arterial, protege contra los ataques al corazón, el cáncer y la osteoporosis, alivia la ansiedad y la depresión, evita alimentación sin nutrientes y tóxicos, como café, tabaco y alcohol.

Acudir al médico para revisiones periódicas, sobre todo aquellas personas con historia de ciertas enfermedades presentes en sus familias.

Moderar el consumo de alcohol y el tabaquismo.

Como odontólogo, hacer una revisión exhaustiva e integral de las estructuras dentarias y tejidos de soporte de cada una de las personas que acuden al consultorio dental, con el propósito de identificar alguna obturación mal ajustada o para instruir al paciente respecto a las medidas de protección personal que debe tomar, dado que la salud bucodental no se adquiere con la rehabilitación por sí misma, sino que demanda unaparticipación comprometida para su mantenimiento y conservación, como la aplicación de una técnica de cepillado adecuada a sus necesidades, el uso de hilo dental y enjuague bucal, así como una alimentación baja en carbohidratos, en especial, por las implicaciones que tiene en la salud general (diabetes y obesidad), y visitas constantes al odontólogo. Dar seguimiento para mantener la salud oral.

Para el tratamiento de la caries dental:
Eliminar las obturaciones dentales mal ajustadas y llevar a cabo la rehabilitación más conveniente para devolver la funcionalidad masticatoria. Si la caries avanza y no se atiende con oportunidad, puede infectarse la pulpa del diente y requerir un procedimiento más complejo y costoso, como la endodoncia y la colocación de una incrustación o corona.

El odontólogo debe recomendar la técnica de cepillado adecuada a las necesidades de cada paciente, el uso de hilo dental y enjuague bucal, así como una alimentación balanceada baja en carbohidratos y revisiones periódicas.

Para el tratamiento de la periodontitis:
Insistir y asegurar la aplicación de una adecuada técnica de cepillado y el empleo de hilo dental, y dar seguimiento hasta la recuperación de la salud; si la enfermedad avanza, implementar los tratamientos periodónticos indicados en cada caso, así como recomendar una alimentación balanceada y la disminución o eliminación del consumo de tabaco.

Senectud
≥ 65 años

Físicas:
Cambios variables en órganos y sistemas que se caracterizan por un deterioro lento e irreversible, el cual dependerá, en mayor o menor medida, de los hábitos y estilos de vida pasados.

Normalmente se presenta:
Pérdida de pigmentación, textura y elasticidad en la piel.

Encanecimiento y escasez de cabello.Reducción del tamaño corporal, adelgazamiento de huesos.

Tendencia a dormir menos.

Cataratas y degeneración macular por la edad.

Pérdida o reducción de células nerviosas y disminución general de las respuestas (lentos).

Psicológicas:
La afectación emocional se asocia a la pérdida de personas cercanas (hermanos, amigos e hijos), lo que puede propiciar depresión.

Sociales:
Las relaciones sociales pueden dañarse al considerarse un estorbo para las personas que los rodean, debido a las limitaciones físicas y a la falta de oportunidad para mostrarse como personas útiles, por lo que optan por el aislamiento.

Las relaciones con la familia y los amigos cercanos son un apoyo importante.

- mellitustipo dos, enfermedades renales, artritis, artrosis.
- Enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular y enfermedad obstructiva crónica.
- Trastornos bucodentales:**
 - Mucosa bucal. Debido a la atrofia del epitelio (queilitis angular) por la disminución de queratina (como resultado de los cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida), se toma lisa, delgada y seca (esto la hace susceptible a la permeabilidad de sustancias nocivas y propensas a daños mecánicos).
 - Disminución del flujo salival o xerostomía. Se debe a enfermedades sistémicas y al consumo de medicamentos para su tratamiento.
 - Enfermedad periodontal. Se considera una causa importante de la pérdida dental.
 - Caries radicular. Se debe a la recesión gingival por la exposición radicular, consecuencia de la enfermedad periodontal.
 - Pérdida dental. Es causada por la caries y la enfermedad periodontal, que puede llegar al edentulismo.
 - Estomatitis subprotésica, hiperplasia gingival y

El cirujano dentista deberá realizar una historia clínica completa y registrar los medicamentos que el paciente esté tomando, lo que le permitirá corroborar durante la entrevista el estado de salud general del paciente.

Si identifica algún problema sistémico y el paciente no se encuentra bajo el control médico, deberá informarle de ello al paciente y solicitarle antes de la intervención que acuda con el médico especialista para evaluación y tratamiento.

Los pacientes que se encuentren bajo cuidado médico deberán acudir a interconsulta o solicitar por escrito la autorización del médico, sobre todo cuando por las necesidades en salud bucodental requieran intervención quirúrgica y empleo de algún fármaco (anestesia, antibiótico o analgésico).

Eliminar hábitos nocivos que ocasionan la disminución de la queratina, como el tabaquismo y el alcoholismo.

Prescribir una dieta a base de frutas, verduras y mucho líquido, de manera que garantice mantener hidratación constante.

Instruirlo para la realización de una higiene oral sistemática.

Capacitarlo para que pueda llevar a cabo una higiene bucodental adecuada.

Instruirlo en una técnica de cepillado que evite la erosión en la zona radicular (técnica de violín), así como recomendar emplear poca pasta y un cepillo de cerdas suaves.

Con estas medidas se controla la enfermedad periodontal y la caries, y se previene la pérdida dental por estos padecimientos.

Instruir al paciente para que realice un correcto empleo y limpieza de la prótesis dental.

Es recomendable el uso de algún antiséptico con agua, en donde deberá colocar la prótesis parcial o total para eliminar la acumulación de alimentos y prevenir infecciones micóticas.

Asimismo, se deberá asegurar el ajuste adecuado de la prótesis para prevenir hiperplasias.

En el carcinoma epidermoide es indispensable suspender el tabaquismo y alcoholismo, y

El médico debe prescribir los tratamientos para las enfermedades sistémicas.

Recomendar lubricantes naturales (babilla de nopal) para contrarrestar los cambios en la mucosa y el bajo flujo salival.

Tomando en cuenta las características físicas, psicológicas y sociales, es indispensable crear un ambiente de confianza y de respeto para diseñar el programa educativo más conveniente, con el fin de prevenir las alteraciones más frecuentes que se presentan en esta etapa de desarrollo y, de esta manera, mantener y mejorar la salud bucodental.

candidiasis en personas que usan prótesis dental.

prescribir una dieta alta en vegetales y fruta y baja en grasas monoinsaturadas, carne roja o procesada.

- El carcinoma epidermoide bucal y penfigoide de las mucosas son patologías casi exclusivas de las personas mayores.

REFERENCIAS

- Boj, R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., & Planells, P. (2012). *Odontopediatría, la evolución del niño al adulto joven*. Médica Ripano.
- Diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de la cavidad oral en pacientes mayores de 18 años*. (2010). México: Secretaría de Salud. Recuperado de www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- Papalia, D. E., Olds, M. D., & Feldman, R. D. (2003). *Desarrollo Humano* (8a. ed). Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez S., Juárez, T., Heredia, E., & García, C. (2013). *El envejecimiento de la población y la salud bucodental*. México, D. F.: Breviarios de Seguridad Social, CIESS (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social).
- Velázquez, L. B. (2013). *Impacto que tiene el uso de nuevas prótesis totales en la calidad de vida (general y bucal) del adulto mayor* (Tesis de maestría en Salud Pública Bucal). UNAM, México, D.F.
- Walter de Figuereido Figuereido, L. R. (2000). *Odontología para el bebé*. AMOLCA.