



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTRATEGIAS DIRIGIDAS AL ODONTÓLOGO
PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN
ODONTOPEDIÁTRICA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ROSA ISELA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

TUTORA: C.D.BLANCA ESTELA HERNÁNDEZ RAMÍREZ

ASESORA: Esp.ARCELIA ALBARRÁN ESPINOSA

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud, principalmente a Dios por haberme dado la existencia y permitirme llegar al final de ésta etapa de mi vida.

A papá y mamá que me acompañaron a lo largo de mi camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar y siendo mi gran ejemplo de vida, gracias porque sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para educarme, formarme y darme lo mejor, gracias a su cariño, amor y guía he llegado a realizar una de mis metas más anheladas en mi vida, fruto de su trabajo, amor, confianza y apoyo que en mi depositaron con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que serán el legado más grande que pude recibir y por el cual eternamente viviré agradecida.

A mi hermano Jarvis quien sin querer me alentó y con su ejemplo me motivo a conseguir esta meta a vencer y sin importar nuestras diferencias sé que siempre contare con tu apoyo, gracias.

A Rene, gracias por tu cariño, paciencia, apoyo incondicional, por aguantar mis cambios de humor, seguir a mi lado, ayudarme y alentarme a seguir hasta el final, gracias por todo.

A mis amigos, en especial a mi amigo, compañero, colega y casi hermano Emmanuel, por compartir ésta etapa de nuestras vidas juntas, ser mi apoyo absoluto, mi “pepe grillo” y mi almohada, mil gracias y a Mish quien también ha sido incondicional, alentadora y fue parte de ésta fase de formación los quiero y a Abi, Ale, Dana y Sadah que también fueron partes de ésta carrera, gracias amigos.

A toda mi familia que me incitaban a seguir adelante, por su confianza como pacientes cuando tuvieron que ser mis “conejillos de Indias”, gracias por ponerse en mis manos ayudándome a aprender, gracias a todos.

A la Dra. Blanquita por brindarme su tiempo, paciencia, confianza y conocimientos durante este largo tiempo fortaleciendo mi formación profesional y orientándome a la realización de este trabajo que enmarca el último escalón de la carrera y sobre todo por enseñarme el amor a la Odontopediatría.

A la Dra. Arce por orientarme, dedicarme su tiempo y brindarme sus conocimientos teóricos y clínicos, gracias.

Y gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser la mejor institución, por lo brindado, por el conocimiento, cultura, formación profesional y humana que me has forjado.

“Por mi raza hablará el espíritu”

*“La gloria del mundo es transitoria,
y no es ella la que nos da la dimensión de nuestra vida,
sino la elección que hacemos de seguir nuestra Leyenda Personal,
tener fe en nuestras utopías y luchar por nuestros sueños”*

Paulo Coelho

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	1
1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	2
2. MODELO PRECEDE- PROCEED.	7
2.1. PRECEDE.	14
2.1.1. Fase 1: Diagnóstico social.	14
2.1.2. Fase 2: Diagnóstico epidemiológico.	17
2.1.3. Fase 3: Diagnóstico comportamental y ambiental. --	18
2.1.4. Fase 4: Diagnóstico educativo y organizacional. --	22
2.1.5. Fase 5: Diagnóstico administrativo y política.	24
2.2. PROCEED.	28
2.2.1. Fase 6: de ejecución.	28
2.2.1.1. Estrategias educativas dirigidas a la salud.	28
A. Comunicación.	29
B. Capacitación.	35
C. Organizacionales.	43
2.2.2. Fases de evaluación.	49
CONCLUSIONES.	51
BIBLIOGRAFÍA.	53



INTRODUCCIÓN.

La salud oral es un componente esencial de la salud, por lo que si ésta es deficiente y las enfermedades orales no son tratadas podría haber un efecto significativo en la calidad de vida, de aquí la importancia que ejerce la educación para la salud la cual ayudará a la modificación de comportamiento y conductas de salud en sentido positivo.

Una herramienta de la educación para la salud es el modelo PRECEDE-PROCEED el cual favorece la modificación del comportamiento del individuo hacia el cuidado de su salud oral, es por ello que el presente texto describe las fases del modelo, para poder lograr aplicarlo como una estrategia dirigida a mejorar la atención odontopediátrica, tomando en cuenta que el estudiante, egresado y odontopediatra, en ocasiones suele abandonar las necesidades básicas para llevar a cabo su papel como educador de la salud.

Así el cambio de conducta se basa sobre todo en estrategias educativas dirigidas a percepciones y preferencias eludiendo a distintos factores de riesgos social, físico, demográfico, político, entre otros. Por lo que el objetivo de este trabajo es ayudar al odontólogo a desarrollar habilidades interpersonales y prácticas más eficaces, para que así, pueda ser un educador de salud más eficiente, por medio de la aplicación del modelo de planeación PRECEDE-PROCEED en la práctica odontológica. En particular el egresado de la facultad de odontología de la UNAM durante su instrucción académica de la asignatura de educación para la salud se le enseña dicho modelo, sin embargo lo deja a un lado sin llevarlo a cabo en la práctica clínica.

1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Para comenzar a entender por qué es necesario sugerir el uso de algunas estrategias para mejorar la atención odontológica del paciente infantil debemos recordar lo que es educación para la salud.

La Organización Mundial de la Salud define en el año de 1983 a la educación para la salud como “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzcan a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.¹



OMS-OPS²

La educación para la salud fue definida por la OPS y la OMS como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Esta educación interacciona de manera directa con las acciones de prevención

¹ Martínez JR, Del Pino R. Enfermería En La Atención Primaria; El Contexto: Enfermería Y Atención Primaria De Salud, Ediciones Lexus, 2012. tomo 1. p. 194

² <http://www.embajadaschile.com>



primaria y secundaria, y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos.³

La acción de educar, es un proceso de socialización y desarrollo tendiente a conseguir la capacitación del individuo para desenvolverse en su medio, facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales. En el caso particular de la educación para la salud supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los saludables.

La enseñanza de las conductas requeridas hacia la resolución de las necesidades, el incremento de la confianza en la elección libre de opciones posibles y el ejercicio en el control sobre la opción elegida, es el razonamiento de la educación para la salud.⁴ Así, aprender supone partir de lo que ya se sabe para adquirir un nuevo conocimiento y lo interesante del aprendizaje es incorporar cosas importantes que ejerzan influencia trascendente sobre la propia conducta, es decir, cosas que influyan significativamente sobre el comportamiento.

Por lo anterior la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda modificar el enfoque profesional el cual está centrado en la enfermedad, en el ámbito curativo y restaurativo, hacia un enfoque de prevención fundamentado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado; por lo tanto es necesaria la instrumentación de programas de promoción, educación y prevención. Conformados por acciones que se organizan y

³González R, Castro JM, Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de vida. McGraw Hill Interamericana-UNAM. 2011. p. 13

⁴Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, Médica Panamericana, Buenos Aires, 2010. p. 1041



sistematizan a través de las estrategias de coordinación, extensión de cobertura, participación social, capacitación permanente y comunicación social, complementándose con materiales didácticos y de promoción para facilitar la ejecución de las acciones.⁵

La educación para la salud da énfasis a la prevención, la cual se concentra cada vez más en el aprendizaje y el proceso de fortalecimiento de la autonomía, crea una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrolla una habilidad de auto cuidado y promueve cambiar el estilo de vida poco saludable, dicho de otra manera, se mueve en un amplio campo que va desde fortalecer o modificar (según el caso), los estilos de vida de los individuos o grupos más vulnerables, hasta capacitar a la población para que defienda sus espacios, alcanzando salud y calidad de vida.⁶

Con relación a la cultura de salud oral, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas las cuales consideran a la salud oral como ajena a la salud general del individuo, de manera que no se le da importancia al cuidado de la primera dentición considerando algo normal la pérdida de dientes a edades tempranas, entre otros. Si estamos comprometidos con cambiar esto y centramos nuestros esfuerzos en llegar a tener un mayor número de niños y adultos sanos que representen una menor carga económica al sistema de salud al padecer menos enfermedades bucales y crónico-degenerativas, tenemos que empezar o seguir trabajando con nuestra niñez.

⁵Paricio J, Gil MV, Martínez, LI. Salud bucodental en la atención primaria. Altabán, 2004.

⁶ Martínez, Op. Cit. p. 194



La Ley General de la Salud, señala como parte importante de los servicios básicos de salud, la prevención y el control de las enfermedades bucodentales, actividades de promoción y prevención en la atención estomatológica y educación para la salud bucal; para cumplir con lo anterior ha sido necesario establecer estrategias e instrumentos que permitan unificar criterios en cuanto a las actividades educativo preventivas a realizar. De acuerdo a la Ley General de Salud en el artículo 112 de la educación para la salud, señala tres puntos:

I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, así como protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.

II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud.

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.⁷

Las consideraciones generales de la educación para la salud es combinar planificadamente experiencias de aprendizaje diseñadas para

⁷ Ley general de salud. Disponible en:
<http://www.cem.itesm.mx/derecho/nlegislacion/federal/150/index.html>.



predisponer, acordar o reforzar conductas voluntarias orientadas a la salud. Si la educación para la salud es efectiva, puede producir cambios en el conocimiento y comprensión en el pensamiento, influir en los valores, brindar algunos cambios en las creencias o actitudes, facilitar la adquisición de destreza y sobre todo efectuar cambios en la conducta o el estilo de vida.

La metodología de la educación para la salud supone la utilización del espacio, el tiempo, los recursos humanos y materiales, así como las relaciones de comunicación, de forma que se pongan en marcha estrategias educativas en los diversos ámbitos de actuación, relación entre los profesionales y los usuarios de los centros de salud.

La educación para la salud es una herramienta de salud pública a través de la cual podemos facilitar cambios, crear corriente de opinión, establecer canales de comunicación y capacitar a individuos o a colectividades para hacerles responsables activos y participes mediante su autorresponsabilización e implicación, en el rediseño individual, ambiental y organizacional con acciones globalizadoras. Así su objetivo final será el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables, siendo su eje fundamental la comunicación.⁸

⁸Paricio, Op.Cit. p. 145



2. MODELO PRECEDE- PROCEED.

Por lo que se vio en el capítulo anterior, educar implica observar en el individuo cambios de conducta dirigidos al cuidado de su salud y el modelo PRECEDE-PROCEED puede ayudar a la coordinación y determinar una conducta por seguir para alcanzar objetivos de un plan.

Para comprender porque este modelo puede ser una herramienta de interés para el estudiante de odontología y el cirujano dentista de práctica general, es necesario, hablar sobre PRECEDE-PROCEED, el cual es un modelo de planeación diseñado en el año 1980 por los estadounidenses Lawrence Green y Marshall Kreuter, quienes lo publicaron en su obra titulada: “Health Education Planning. A diagnostic Approach”,⁹ en el cual señalan que lo más importante en la planificación de un programa de educación para la salud es conocer primero lo que precede a la intervención y así consecutivamente proceder a la ejecución, posteriormente ellos refieren los alcances que tiene dicho modelo; es tan exitoso que para el año de 1991, proponen que sea empleado para utilizarse en aquellos elementos dirigidos a la educación en salud y en los programas de promoción de la salud. Estos autores se apoyaron en el principio en el que la mayoría de los cambios derivados del comportamiento son voluntarios por naturaleza en cada persona, viéndose reflejado en el proceso sistemático de planeación que intenta aplicarse a los individuos con comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida.¹⁰

⁹ Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, Mayfield Publishing Co., 1980.

¹⁰ Glanz KR, Barbara K, Viswanath K. Using the PRECEDE-PROCEED planning model to apply health behavior theories. In: Health behavior and health education: theory, research, and practice 4a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. pp. 407-33



Tal es la utilidad del modelo que en el año del 2001, Green y Kreuter incorporaron los aspectos ambientales y ecológicos al modelo PRECEDE agregándole también una segunda parte, la cual denominaron PROCEED, la cual se basa en los factores de política, normativos y organizacionales, elementos importantes en el desarrollo educacional y ambiental. Posteriormente publican una tercera edición de su obra titulándola “Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach”, en la cual establece a PRECEDE-PROCEED como un modelo que combina causalidad, intervención y al mismo tiempo incluyendo la evaluación, en dicha edición manifiestan que se desarrolla primordialmente educación para la salud en PRECEDE y más tarde promoción para la salud en las actividades de PROCEED.

Para adentrarnos a conocer más de este modelo debemos mencionar que PRECEDE es un acrónimo en inglés Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes, Educational, Diagnosis, Evaluation, que significa Factores Predisponentes, de Refuerzo y Facilitadores para el Diagnóstico Ecológico y la Evaluación. Los objetivos de este modelo de diagnóstico, planificación y evaluación son explicar las conductas relacionadas con la salud, facilitar el diseño y la evaluación de las intervenciones destinadas a influir tanto en las conductas como en las condiciones de vida. En este sentido se puede considerar que es un modelo de causalidad. El modelo PROCEED es Policy, Regulatory, Organizational Constructs, Educational, Environmental, Development, que significa Factores Políticos, Regulatorios y Organizativos para el Desarrollo Educacional y Medioambiental. Siendo éste la parte del modelo que corresponde con las fases de movilización de recursos, implementación y evaluación subsiguientes a las fases de diagnóstico y planificación de PRECEDE, se puede considerar de intervención, para la modificación de conductas dirigidas a establecer un cuidado en la salud; lo cual hará eficiente la atención odontológica hacia la población infantil, por

tanto cuando el odontólogo atiende al paciente le ayudará a devolverle la salud oral.

El odontólogo que emplee el modelo siguiendo las fases de forma constante en su proceder o práctica profesional puede conseguir un cambio de actitud del paciente para el cuidado de su boca, controlando elementos que puedan traer un desequilibrio en la salud oral, pudiendo ser una estrategia elemental para el odontólogo de práctica general que atiende población infantil.



El odontólogo consigue cambio de actitud.¹¹

De tal manera es necesario recordar que el modelo consta de nueve etapas, las cinco primeras de diagnóstico y las restantes de ejecución y evaluación. Los autores consultados explicitan la fortaleza teórica-metodológica del modelo, las posibilidades que ofrece para la planificación, la cual es una necesidad central de la promoción y de la educación para la salud. Es una realidad que éste resalta dos propuestas fundamentales: la salud y los riesgos que existen para la salud, los cuales pueden ser consecuencia de múltiples factores.

De este modo, los esfuerzos encaminados a producir cambios de conducta, medioambientales y sociales deben ser multidimensionales o

¹¹ <http://www.tumundoescolar.net/equilibrio/la-primer-visita-al-odontologo/>



multisectoriales, además, dicho modelo es una herramienta facilitadora para elaborar un amplio diagnóstico en una población de algún problema de salud, permite así la participación activa de la población y también el proponer estrategias de intervención que ayuden al mejoramiento de la salud, admitiendo así un abordaje de las actividades en educación para la salud para un mejor aprendizaje, sin olvidar el respeto de las variables socio-culturales dentro de las acciones transformadoras en niveles individual, social y cultural.

Por lo tanto la naturaleza del modelo PRECEDE-PROCEED permite aplicarlo, en las ciencias sociales, del comportamiento, en la epidemiología, administración y educación, permite utilizarlo a nivel individual o colectivo, ya que es un modelo de educación para la salud enfocado a la enseñanza de las conductas para la resolución de necesidades de salud.

El modelo siguió siendo analizado, en el año del 2005 PRECEDE-PROCEED se reevaluó, esta vez para responder al creciente interés en los enfoques de participación ecológica, se ha visto que logran ser elementos esenciales dentro de los programas de salud pública en términos generales; dándole forma de un modelo sistematizado, es decir, no sólo de cambio de comportamiento de salud, si no de involucramiento activo de la población produciendo resultados efectivos y sostenibles, ya que son capaces de adaptarse a las circunstancias cambiantes.¹²

El modelo PRECEDE/PROCEED enfatiza la idea básica de que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores, como las acciones multisectoriales y multidisciplinarias fundamentales para lograr el cambio de conducta esperado. Éste modelo ha sido usado en numerosos

¹² Scott H.E and Barclay L. A retrospective analysis of a community-based health program in Papua New Guinea, Health Promot. Int. 2009 24: 140-148



países bajo distintas situaciones y ampliamente usado en los Estados Unidos desde su publicación del 2005, en especial desde ese año, se aplicó en programas de promoción para la salud en adolescentes; demostrando resultados favorables con su uso y como estrategia fue tan exitosa que recientemente se implementó en Europa, Asia y África, e incluso en Latinoamérica, prueba de ello, es lo encontrado en el documento de la autora Blank de la Universidad de Carabobo, en el 2006 “El modelo PRECEDE/PROCEED: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud”. En su documento menciona que el modelo ha demostrado efectividad en la modificación del comportamiento y del ambiente para promover la salud, así como la prevención de enfermedades en los casos que ella investigó, identificando cambios en la conceptualización del proceso de enseñanza- aprendizaje considerando que las diferentes aproximaciones teórico-metodológicas para la promoción y el autocuidado en salud, ayudan al profesional de la salud a construir un aprendizaje cumpliendo así su rol como educador de la salud, basándose en sus necesidades, experiencias e intereses, tanto personales como hacia la población.¹³

Como hemos visto al ser un modelo interdisciplinario ayuda a un mejoramiento en la planificación dirigido hacia una intervención educativa en salud, llevando a un nuevo proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual facilitara una eficiencia en el trabajo odontológico. De ésta forma el modelo permite que la habilidad del profesional de la salud para educar se desarrolle, aplicando las teorías del comportamiento de la salud; siendo una de las más importantes aptitudes necesarias en el diseño de programas para hacer

¹³Blank ME. El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. *Salus Online* 2006;10 (1) p. 28-41



frente a la población con problemas de salud, haciendo referencia a los comportamientos de riesgo importante. ¹⁴

El propósito principal del modelo PRECEDE-PROCEED no es predecir o explicar la relación entre los factores que se cree se asocian con un resultado de interés. Más bien, su finalidad principal es proporcionar una estructura para aplicar teorías y conceptos de forma sistemática para planificar y evaluar el comportamiento de los programas de salud, es decir, aplicando la teoría a la acción.

El modelo PRECEDE-PROCEED, es un ejemplo lógico, vincula lo causal con la planificación de la intervención y la evaluación del marco global. ¹⁵ El enfoque de PRECEDE-PROCEED es una preocupación entre algunos profesionales de la salud, debido a que la educación se centraba demasiado en la ejecución de programas y muy poco en el diseño de la intervención, es decir, éstos no eran planeados estratégicamente para satisfacer las necesidades.

De tal manera éste modelo hace referencia a un diagnóstico educacional basado en un análisis de los factores que predisponen a una persona a adaptar una conducta, así como de los factores que facilitan la conducta y de los que refuerzan el mantenimiento de la misma, es decir, sus nueve fases se resumen en cuatro básicas: ¹⁶

- Diagnóstico de la situación
- Programación de la intervención educativa.
- Implementación o ejecución de la acción educativa
- Evaluación

¹⁴ Glanz, Art. Cit. pp. 408

¹⁵ Ib. p. 409

¹⁶ Martínez, Op. Cit. pp. 197-198



Es preciso tener en cuenta que la identificación de problemas y las necesidades de la salud de la población constituyen la primera etapa de la planificación y la programación en el campo de la salud, lo cual ayuda al odontólogo a seguir un modelo de decisiones de salud teniendo en cuenta que es imposible conseguir un cambio duradero de las conductas de vida sin la decisión personal de cada individuo.¹⁷

Por todo lo anterior el modelo PRECEDE-PROCEED tiene como beneficio:

- ✓ Provee un proceso de concepción, planeación, poniendo en ejecución y evaluando una intervención en la comunidad.
- ✓ Considera las maneras en las cuales las pautas administrativas y las políticas pueden limitarse o pueden combinar en un desarrollo eficaz de una intervención.
- ✓ Permite que la intervención sea supervisada y responda a lo en realidad necesita la comunidad, y comprueba que su realización conduzca realmente a la meta proyectada.
- ✓ Ayuda a conocer los fundamentos teóricos de la educación para la salud y ser capaz de utilizarla y valorarla como instrumento esencial para la promoción de la salud.

Como se indicó anteriormente el modelo ayuda a que el odontólogo como promotor y educador de la salud reconozca la estructura dinámica de las relaciones que establece con la población, las cuales sirven a enseñar y aprender, asociados a conocimientos, sentimientos y experiencias previas tanto de quien aprende como de quien enseña, es decir, buscando que este programa educativo pueda hacer concientizar a los pacientes como propias las acciones que se realizan, sobre la base de su utilidad, su pertinencia y de su relevancia.

¹⁷Frías A. Salud pública y educación para la salud, MASSON, Barcelona 2002. pp. 362-3



La planeación que brinda el modelo PRECEDE-PROCEED ofrece un marco, estructura, procedimiento y evaluación sin ligarse a teorías transmitidas empíricamente, facilitando la ejecución ordenada y el control del programa, para ello proporciona la organización de las actividades en un tiempo determinado en el que se realizarán.¹⁸

2.1. PRECEDE.

A fin de que el modelo PRECEDE-PROCEED se empleó como una estrategia para educar, PRECEDE está diseñado para que las actividades de educación para la salud se realicen después de que se hayan determinado los beneficios específicos a largo plazo; se describen a continuación las etapas de diagnóstico, proponiéndolas al mejoramiento de la atención odontopediátrica.

2.1.1. Fase 1: Diagnóstico Social.

Esta primera fase se enfatiza en conocer las necesidades y aspiraciones de las personas, cuáles son sus problemas y cuáles las soluciones por ellos pensadas. Los problemas son definidos subjetivamente por la comunidad.¹⁹ En este caso para los padres de familia y el paciente de odontopediátrica, ya que los problemas sociales pueden influir en la salud, representando cierto impacto en la calidad de vida, que se pueden mejorar y mantener la salud.

¹⁸ Bordoní, Op. Cit. p. 1039

¹⁹ García J, Owen E, Flórez-Alarcón L. Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud, psicología y salud. 2005;15(1) pp. 135-151



En ésta fase el odontólogo realiza una valoración de la calidad de vida de la persona o comunidad, en este caso del paciente infantil a través de la identificación de algunos problemas generales de interés para las personas pertenecientes a dicha comunidad,²⁰ se identifica los problemas generales de interés pertenecientes a las personas o comunidad que se trata de educar. Es decir, requiere reconocer las necesidades, carencias y problemas, determinando la calidad de vida, está basado en percepciones con relación a sus fortalezas y recursos tanto en lo social, económico, cultural y de medio ambiente.

El cometido de esta fase es realizar un esfuerzo para ayudar a las personas, dirigidas a la comprensión de las necesidades de los individuos y así ayudar con el desarrollo de la planeación hacia la educación que se requiere efectuar y por lo tanto tenga efectividad para el cambio de comportamiento. Las personas que participan en esta fase, de forma análoga a una evaluación de necesidades, deben sentirse con más dominio para aumentar su nivel de cooperación, además es útil preguntar sobre el nivel deseado del éxito para cada persona,²¹ en este caso a los padres del paciente infantil. Siendo sus objetivos.

- Determinar los intereses subjetivos referentes a la calidad de vida en la población estudiada
- Verificar y aclarar estos intereses realizando el análisis de los indicadores sociales existentes.
- Documentar y explicar el estado de la comunidad de estudio en relación con aquellos intereses prioritarios, para poder

²⁰Frías, Op.Cit. p. 363

²¹Lynda B, Ransdell PhD. Using the PRECEDE-PROCEED Model to increase productivity in health education faculty. Int Electron J Health Educ, 2001; 4: pp. 276-282

utilizarlos como bases para evaluar el costo-beneficio de la educación para la salud.²²

Por consiguiente para el objetivo de planeación, se pueden generar dos tipos de indicadores de calidad de vida, estos son:

- Factores internos: como empleo, ambiente laboral o escolar, ausentismo, niveles de educación, niveles de ingreso, densidad de población, vivienda saludable, presencia, acceso a servicios, transporte, movilización, logros sociales, autoestima y discriminación . además de los factores subjetivos que el educador en este caso del odontólogo puede apreciar como actitud, aptitud, aprendizaje, estado de ánimo, motivación, personalidad, hostilidad y valores.^{23, 24}

- Factores percibidos por los miembros de la comunidad: tales se pueden obtener preguntando a la población, a su consideración cuáles son los principales obstáculos para mejorar la calidad de vida.



Calidad de vida.²⁵

²²Medina BS. Diagnostico educativo en niños de 6 a 10 años de edad, que asisten a la clínica de Odontopediátrica de la F.O. UNAM, [tesina] Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología.

²³Guerrero JC, Cañedo R, Salman EM, Cruz Y, Perez GF y Rodriguez H. Calidad de vida y trabajo: algunas consideraciones útiles para el profesional de la información. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_2_06/aci05206.htm

²⁴ Bordonj, Op.Cit. p.1042

²⁵ <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1226/1/>



2.1.2. Fase 2: Diagnóstico epidemiológico.

Durante la segunda fase, se lleva a cabo un diagnóstico epidemiológico teniendo en cuenta que la epidemiología es el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas, en donde la distribución de enfermedades se refiere a la carga de éstas en aspectos como edad, sexo, clase social, grupo racial; los determinantes son los factores que causan la enfermedad o se relacionan con ésta.²⁶ El desarrollo de esta fase y sus resultados son tal vez los menos exhaustivos en relación con la problemática de salud definida, aunque en ella se interpretan los factores psicológicos y sociales,²⁷ en donde las relaciones familiares deterioradas se constituyen en factores de riesgo para problemas comportamentales.²⁸

Los datos epidemiológicos ayudan a tener una relación más precisa de la problemática de salud definida y poder interpretar cuales son los factores sociales y psicológicos relacionados con dicho problema, al encontrar estos factores se podrá determinar cuál es el riesgo para cada situación (contemplantarlo, predisponerlo y poder obtener una solución) y no solamente obtener datos de duración, nivel funcional, incidencia, prevalencia, intensidad, longevidad y distribución de los problemas de salud relevantes a ésta población. También nos podrán dar una perspectiva del problema actual de la relación de la calidad de vida de cada individuo con su comunidad, de tal manera estos datos ayudarán a identificar los datos existentes sobre la población más afectada, tomando en cuenta la distribución de la enfermedad, así como datos que pueden formar parte en una menor o mayor medida

²⁶ Análisis estadístico de datos epidemiológicos. Disponible en:
<http://vanguardia.udea.edu.co/cursos/Memorias%20precongreso%20aede/An%E1lisis%20estad%EDstico%20de%20datos%20epidemiol%F3gicos.pdf>

²⁷ Lynda, Art. Cit. p. 277

²⁸ García, Art.Cit. p. 143

sobre situaciones de mortalidad, morbilidad, discapacidad, aptitud y factores de riesgo, los cuales asocien signos y síntomas donde nos favorezcan a entender por qué existe o no la mejoría en la salud de dicha población.^{29,30} Por lo tanto debemos asegurar que los factores determinantes de dicha fase desarrollen:

- Medición del progreso respecto al logro de los objetivos.
- Debe de existir armonía de los temas como de los niveles, se deben tratar varios aspectos de una población de salud.



Recabando datos epidemiológicos.³¹

2.1.3. Fase 3: Diagnóstico comportamental y ambiental.

En ésta fase se buscan las causas ambientales o los comportamientos que podrían estar relacionados con los problemas hallados en la fase de diagnóstico epidemiológico,³² con esos fines muestra ser una herramienta para que se establezcan o determinen los factores de riesgo que estén en

²⁹ Medina, Op.Cit. p. 21

³⁰ Bordoní, Op. Cit. p. 1042

³¹ C.D. Hernández Ramírez, Blanca E. [Archivo personal]

³² Rueda JR, Manzano I, Pérez D, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J y Zulueta G. La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-08. p. 54



relación a los problemas de salud siendo un proceso para clasificar los factores que pueden influir en las acciones de los individuos o comunidades.³³

El propósito de este paso es relacionar los aspectos conductuales dentro del estilo de vida y relaciones ambientales que son factores sociales y físicos que apoyan los esfuerzos. La delimitación de estos factores se lleva a cabo con una revisión exhaustiva de la literatura. Los comportamientos más frecuentes son:

- Automotivación.
- Meta de orientación.
- Enfoque.
- Disciplina.
- Perseverancia.

Los indicadores del comportamiento son aquellas situaciones que voy a poder identificar en las personas como acciones específicas que realicen dirigidas al cuidado, responsabilidad y adhesión a conductas saludables, es decir el cumplimiento de acciones preventivas, patrones de consumo y autocuidado; siendo las dimensiones frecuencia, persistencia, velocidad y calidad. Con relación a los factores ambientales, los indicadores para tomar en cuenta son aspectos económicos, físicos y los servicios sociales en relación con la asignación de recursos, acceso y equidad.³⁴

³³Needs assessment and program plan Jody Hathaway health department of health education and promotion Weber State University. Disponible en:
<http://programs.weber.edu/hpstudents/jodyhathaway/Needs+Assessment.pdf&chrome=true>.

³⁴ Bordoní. Op. Cit. p. 1042



Los factores ambientales son los factores determinantes en el entorno social y físico que pueden ser adaptados para mantener el comportamiento, la salud y la calidad de vida.³⁵

En ésta se busca facilitar que los padres comprendan que el problema deriva de causas o factores comportamentales y de circunstancias ambientales que podrían o no estar bajo su control, logrando así determinar las posibilidades de modificación directa, ayudando al odontólogo a generar una estrategia que pueda mejorar la atención del paciente pediátrico, ya que lograra a incentivar a los familiares hacia un grado de adaptabilidad para poder tener una buena capacidad de cambio. En el diagnóstico comportamental encontramos las siguientes categorías:

- Comportamientos relativos a la comunicación entre padres e hijos: determinar habilidades de comunicación, comprensión, empatía, asertividad y expresión de sentimientos.
- Comportamientos relativos al control de pautas comportamentales: establecer y comunicar un sistema de estímulo, manejando las expectativas acordes a la edad y rol de cada miembro de la familia.
- Comportamientos relacionados con el tiempo que comparte la familia para llevar a cabo actividades de forma conjunta.
- Comportamientos relativos a los conflictos de los padres.

³⁵ McKenzie JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs. 4th ed., Pearson Benjamin Cummings, San Francisco, 2005.

De acuerdo a los comportamientos según su importancia, frecuencia y conexión con el problema de salud se clasifican en la siguiente su relación con la probabilidad al cambio. (Fig.1) ³⁶

	BAJA PROBABILIDAD DE CAMBIO	ALTA PROBABILIDAD DE CAMBIO
COMPORTAMIENTO	*TIEMPO QUE COMPARTEN EN FAMILIA. *CONFLICTOS DE PAREJA.	*COMUNICACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS. *CONTROL DE PAUTAS COMPORTAMENTALES.

Figura 1. Probabilidad de cambio de comportamiento.

En el diagnóstico ambiental se establecen los factores externos a la familia que impactan en la calidad de vida de las personas, tomándolos en cuenta también para el cambio de conducta, siendo éstos:

- Dificultades económicas que exigen que los padres salgan del hogar a buscar ingresos, permaneciendo gran parte del tiempo lejos de los hijos.
- Incorporación de las madres al ámbito laboral, sumado al cumplimiento de las labores típicas del hogar, genera cansancio y fatiga en ellas, siendo una limitación para una atención adecuada hacia sus hijos.
- Influencia de los medios de comunicación sin la intervención de un adulto, imponiendo valores, actitudes y creencias en los niños y jóvenes.

³⁶ García. Art. Cit. Figura 4.

- Influencia del entorno, lo que facilita que los niños y los jóvenes estén expuestos a modelos de comportamientos que constituyan a factores de riesgo para su salud.
- Modelos ajenos al núcleo familiar.

Lo mencionado anteriormente se muestra en la Fig.2.³⁷

	BAJA PROBABILIDAD DE CAMBIO	ALTA PROBABILIDAD DE CAMBIO
FACTORES AMBIENTALES	*DIFICULTADES ECONOMICAS. *INFLUENCIA DEL ENORNO.	*INFLUENCIA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN. *MODELOS AJENOS A LA FAMILIA

Figura 2 Probabilidad de cambio de comportamiento de acuerdo a los factores ambientales

2.1.4. Fase 4: Diagnóstico educacional y organizacional

La cuarta fase, llamado educativo y de diagnóstico de la organización, se basa en identificar los factores que aumentan la probabilidad de que los cambios de comportamiento y ambientales se produzcan. Se dedica a clasificar en tres categorías los comportamientos y factores ambientales notados en la fase 3 (diagnostico comportamental y ambiental), es decir, son factores que estimulan o inhiben los cambios de comportamiento; barreras que impiden el cambio de las habilidades y conocimientos necesarios para

³⁷ Ib. Figura 5

cambiar, recompensas o mensajes que recibe la gente y sus efectos en cuanto a estimular o desalentar la ejecución de algún comportamiento a largo plazo.^{38, 39}

Dentro del diagnóstico educacional se identifican los factores que influyen en los comportamientos escogidos como prioritarios; dificultad de comunicación entre padres e hijos y pautas comportamentales adecuadas, que servirán para el desarrollo de la intervención para abordar el problema de salud identificado, por lo que ayudará a impulsar los procesos de gestión del cambio, estos factores se clasifican sin ser incluyentes entre sí:

- Factores predisponentes: son factores internos que anteceden a la conducta, constituyen la principal fuerza motivadora, destacando el conocimiento, actitudes, creencias, costumbres populares, valoraciones, percepciones, preferencias personales, variables sociodemográficas y la auto-eficacia relacionada aspectos saludables.
- Factores reforzadores (internos): son factores inmediatos a una conducta favorable, ya que recompensan esta conducta relacionándola con la percepción de aceptación o rechazo de la conducta. Algunos ejemplos de factores reforzadores son el apoyo, reconocimiento, asignación de funciones, responsabilidades y figuras modelo (padres, maestros, personal de salud). Los individuos deben esforzarse para participar y aumentar el cambio de conducta, en donde actúan algunos factores decisivos como emocionales/psicológicos dentro de los cuales se incluyen la motivación, el talento percibido o autoeficacia y perseverancia. Un principio básico de la motivación humana es que los

³⁸ Lynda. Art. Cit. p.280

³⁹ Rueda.Op. Cit. p.54

individuos buscan participar en actividades en las que se sienten seguros de sí mismos y de su propia eficacia.

- Factores facilitadores: son los que anteceden a la conducta de forma aislada no implican la puesta en marcha de la conducta; destacando los recursos del medio, accesibilidad, legislación, capacidades o destrezas de las persona y el ambiente de la organización donde se va a implementar el programa.^{40,41}

El diagnóstico organizacional identifica los factores presentes en la organización de una institución, en este caso ayudara al odontólogo a una mejor planeación en la atención odontopediátrica en el consultorio, que pueden facilitar platicas y la consulta o por lo contrario obstaculizar su puesta en práctica. Un obstáculo encontrado fue la dinámica del educador, que en ocasiones genera la interrupción de la fluidez de la comunicación y en la planificación de las actividades. Si el odontólogo aumenta la comunicación con los padres de familia, el trabajo que se hace con los niños y adolescentes puede ser más continuo y tener mayor coherencia. También se identifica que el personal directo y el educador, se ven influenciados por la colaboración económica, es decir, los recursos de espacio, tiempo y material, como papelería o recursos audiovisuales.⁴²

2.1.5. Fase 5: Diagnóstico administrativo y político.

Es necesario que éste método de educación para la salud sea adecuado con los limites políticos, económicos y de contexto para con ello poder lograr buenos acuerdos entre los participantes (odontólogo-paciente); ayudándonos a determinar los recursos adecuados que se podrán utilizar para emprender

⁴⁰ Bordoni, Op. Cit. p. 1042

⁴¹ Martinez, Op. Cit. p. 198

⁴² Garcia, Art. Cit. pp. 146-7



una buena planeación a partir de considerar que las personas mejor educadas sobre las causas y la prevención de enfermedades comunes, buscarán la atención oportuna y así poder actuar sobre la información preventiva.^{43,44}

Estos rubros que se llevan a cabo en ésta fase hacen referencia a las instalaciones y a bases legales que se deben tomar en cuenta para un adecuado desarrollo en la planeación o en este caso para el mejoramiento de la atención odontopediátrica.

En el año 2002, Ann Page Griffin y Dr. Jasper L.Lewis, presentaron el seminario “Los doce puntos de referencia para la práctica exitosa de la odontología pediátrica”, abalado por la Academia Americana de Odontología Pediátrica, proporcionando una información práctica y pertinente que debe servir como guía para el mejoramiento de los sistemas administrativos y manejo del consultorio dental. La práctica odontopediátrica implica un diseño de consultorios más complicado, teniendo un buen espacio con numerosas condiciones que hagan que el niño se sienta cómodo, seguro y a gusto con sus padres. En su seminario estos autores dan a conocer los siguientes pasos:⁴⁵

- I. El equipamiento del consultorio, los papeles y todo el consultorio en general deberá estar organizado, ser profesional y deberá tener una apariencia impecable, deberá asegurarse una adecuada capacidad de esterilización.

⁴³ Scott, Art. Cit. p. 143

⁴⁴ Bordoni, Op. Cit. p. 1042

⁴⁵ Page A, Lewis JL. Doce puntos de referencia para la práctica exitosa de la odontología oediátrica.. Rev AMOP 2002; 14(1): pp. 44-47



- II. Tanto el equipo clínico como administrativo deberán estar bien entrenado en sus deberes, asistiendo frecuentemente a cursos de educación continua.
- III. El odontólogo con ayuda de un contador y quizás con la de un consultor administrativo, maneje las finanzas del consultorio y deberá establecerse metas de productividad.
- IV. El sistema de citas de revisión deben de ser preasignada cada 6 meses.
- V. Citar en bloque, siendo primero los de odontología restaurativa extensa o pacientes premedicados, temprano en la mañana, seguidos por los de restauraciones menos extensas a media mañana, después citas que requieran poco tiempo como extracciones sencillas revisión de trauma revisión posquirúrgica, los nuevos pacientes citarse en la tarde uno o dos días de la semana.
- VI. Establecerse un protocolo para prevenir que las citas pérdidas o canceladas se vuelvan a establecer.
- VII. Prevaler siempre el espíritu de cooperación y de trabajo en equipo.
- VIII. El odontólogo tendrá un sentimiento de fuerte liderazgo.
- IX. Existir una calidad, cuidado, comodidad, seguridad, educación en odontología preventiva, así como buenos deseos y lealtad.
- X. Revisar rápidamente en las mañanas lo que se va a realizar para ayudarnos a organizar mejor el día.
- XI. Evaluar los sistemas de administración anual o semianual y planear mejorías.
- XII. Una práctica exitosa está marcada a través de la educación de los pacientes, haciéndolos consientes del servicio de alta calidad ofrecido, la variedad de tratamientos dentales excelentes, la calidad



de los materiales empleados, los métodos de control de infecciones y la preparación continua del odontólogo.

Al emplear estas recomendaciones ayudará a cumplir con los estándares y políticas que el odontólogo debe seguir en su administración sirviendo para un cambio de conducta en el paciente, ya que los niños y sus padres son adaptados a cada situación o consulta en particular.



2.2. PROCEED.

En estas etapas del modelo se hace referencia a la puesta en práctica del diseño de planeación para conducir realmente a la intervención en la conducta.

2.2.1. Fase 6 de ejecución.

En esta fase se realiza la ejecución de la planeación, tomando como base los análisis realizados en el diagnóstico de las fase 3 (diagnostico comportamental y ambiental) y 4(diagnóstico educacional y organizacional), inicialmente se realiza por un conjunto predeterminado de problemas de salud prioritarios y las formas de abordarlos. A ello se añadían limitaciones predefinidas a las metas y objetivos haciendo un ajuste limitante para la planificación de programas que requerían efectos en predeterminado tiempo.^{46,47}

2.2.1.1. Estrategias educativas dirigidas a la salud.

Una estrategia de educación para la salud es una combinación de métodos y técnicas que se pueden utilizar para influir sobre los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores, descritos anteriormente.⁴⁸ Estas estrategias toman en cuenta el cuidado de los niños, las características que los distinguen de los adultos, siendo obligatorio para el odontólogo las experiencias de aprendizaje y servicio, la responsabilidad social y el uso de exámenes objetivos en la práctica clínica, el odontólogo debe tener conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el cuidado de los

⁴⁶ Scott, Art. Cit. p. 146

⁴⁷ Frías, Op. Cit. p. 363

⁴⁸ Medina, Op. Cit. p. 28



niños, ya que la mayoría de los niños serán tratados por dentistas generales.⁴⁹ Por lo anterior el profesional debe de establecer una comunicación bidireccional con el paciente (en este caso también con los padres del paciente infantil) y ganarse su confianza y es aquí donde inicia su estrategia de educar.⁵⁰ Las estrategias se pueden clasificar en tres grandes categorías:

A. Comunicación.

La determinación de un adecuado estilo de comunicación proporciona una buena relación médico-paciente lo cual es extremadamente importante en la práctica odontológica, por otro lado los beneficios positivos derivados de una buena comunicación incluyen efectos inmediatos durante la visita al odontólogo y efectos a largo plazo después de las éstas consultas e involucran el cumplimiento con el régimen prescrito, con la experiencia del dolor, los cambios psicológicos, la rapidez de recuperación y el estado funcional.⁵¹

La Organización Panamericana de la Salud en el año 2001 estableció que para el trabajo de comunicación en salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos, de las teorías que los explican y proponiendo maneras de cambios. Desde una perspectiva ecológica los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas) y son de

⁴⁹ Sue N, McWhorter AG, Mouradian WE. Dental education's role improving children's oral health and access to care. *Academic Pediatrics* 2009;9: pp. 440-5

⁵⁰ Crespo MI, Riesgo YC, Laffita Y, Torres PA, Márquez M. Promoción de la salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. *MEDISSAN* 2009;13(1)

⁵¹ Norman H., García-Godoy F. *Odontología preventiva primaria*. 2ª. Edición, Manual Moderno, México, 2005. p. 336

causalidad recíproca con su entorno, proponiendo así también seis etapas, (Fig. 3).⁵²

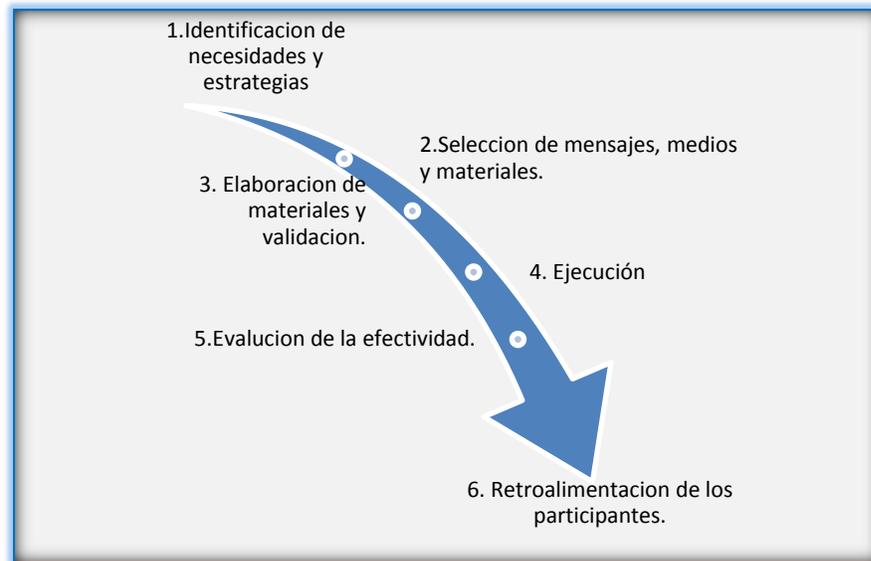


Figura 3. Etapas del proceso de comunicación de acuerdo con OPS.

De acuerdo con Healthy People (2010) la comunicación en salud puede contribuir a todos los aspectos de la prevención de enfermedades y educación para la salud. Es relevante en diferentes contextos (incluyendo la relación médico-paciente), ya que ayudará a proporcionar información respecto a salud, recomendaciones clínicas, construcción de mensajes de salud, propagación de información sobre asuntos de salud que son de alto riesgo y los elementos de la cultura en los medios, destacando las propiedades de la comunicación:⁵³

1. **Exactitud:** El contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.

⁵² Frías, Op. Cit. p. 363

⁵³ Ríos I. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. Perspectivas De La Comunicación 2011; 4(1) pp. 123-140

2. Disponibilidad: El contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito.
3. Balance: El contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.
4. Consistencia: El contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.
5. Competencia cultural: El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.
6. Evidencia base: Evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de tele salud.
7. Alcance: El mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.
8. Fiabilidad: La fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.
9. Repetición: El envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
10. A tiempo: El contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.
11. Entendible: El nivel del lenguaje y el formato (incluyendo multimedios) son apropiados para las audiencias específicas.

Debemos entender que la educación es un proceso de comunicaciones sucesivas con propósitos previamente definidos cuya finalidad es un cambio de comportamiento, es un proceso en espiral, donde la comunicación necesita de los elementos de la información y la retroalimentación (Fig.4):

- Emisor: personal que envían el mensaje, iniciando la comunicación.
- Receptor: personas que reciben el mensaje
- Canal: por el cual circula el mensaje, los cinco sentidos.
- Medio: soporte de la información
- Mensaje: contenido de la información.
- Código: lenguaje en el que se envía el mensaje.
- Retroalimentación (feedback): permite que el emisor compruebe si el receptor recibió el mensaje en forma deseada.



Figura 4. Comunicación ⁵⁴

⁵⁴ <http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/0062percepcionaprendizaje.htm>

En este espiral de la educación se hace referencia al ciclo de enseñanza-aprendizaje donde se deben desarrollar cuatro etapas indispensables para una buena comunicación y poder llevar a cabo un método inductivo, es decir partiendo de la experiencia, siendo práctico y favorecer a la participación:⁵⁵

1. Experiencia concreta: observación de hechos concretos, es el comienzo del ciclo.
2. Observación reflexiva: en esta fase la observación se centra en la reflexión que el receptor (el paciente o el padre de familia) lleva a cabo a partir de las enseñanzas de emisor (el odontólogo)
3. Conceptualización abstracta: el receptor realiza el esfuerzo personal para fijar el aprendizaje, es decir trata de comprender, analizar y ordenar los conceptos o información que se le ha dado, para poder identificar dudas.
4. Experimentación activa: es la etapa experimental donde se pone al receptor en contacto con la realidad simulada, o la práctica clínica en este caso.

Los métodos de comunicación entre el odontólogo y el paciente en situación de aprendizaje para un cambio de conducta deben ser directos o bidireccionales, éstos requieren de una programación y formalizado, deben ser adecuados y el profesional debe conocerlas y manejarlas adecuadamente en el contexto y población en los que se aplica la educación. Siendo las técnicas más comunes:

- Entrevista educativa: está indicada en educación individual o con dos o tres personas máximo, de acuerdo a su utilización se clasifican:

⁵⁵ Frías, Op. Cit. p. 367

- De acuerdo con sus objetivos
 - a) Recabar información: educativa y/o clínica.
 - b) Educativa: como parte del plan de cuidados.

- Según los componentes.
 - a) Individual.
 - b) A tres personas: el paciente y familiares.

- Debate: permite que el paciente (en este caso a los padres del paciente infantil) plantee todas las dudas que tienen en torno a un tema, siendo importante que el educador o el odontólogo realice una buena moderación y evite que se desvíe del objetivo central expuesto.

- Charla: principalmente es en grupos de personas específicas, se presentan contenidos organizados de forma lógica y requieren apoyo de medios audiovisuales que pueden ser desde pizarrón hasta video. Presenta la ventaja de proporcionar abundante información a un buen número de personas y su principal limitación es que tienden a colocar al emisor en actitud pasiva.

- Demostración: especialmente adecuada para el aprendizaje de habilidades psicomotoras, tanto en educación individual como en grupal, utilizando distintas clase de materiales con las ventajas, desventajas y limitaciones que aporta cada uno. Para la transmisión de los mensajes de educación para la salud existiendo distancia en tiempo y espacio entre educador y educando, se debe hacer uso de carteles, folletos, televisión, internet, rotafolios, etc.



B. Capacitación.

Una vez que se han establecido los puntos básicos y los elementos en cuanto a la comunicación, se debe poner en práctica y aplicarlos de una manera efectiva en el ámbito odontológico para poder transmitir el mensaje de manera correcta a los pacientes o a la población que se desee llegar.

Para comenzar a hablar de capacitación debemos saber que involucra desarrollar habilidades que son el resultado de la destreza del educador (odontólogo) para realizar una actividad con un proceso dinámico, que servirá al profesional a mejorar la comunicación hacia al paciente generando la atención de éste y así poder tener un cambio de comportamiento.

1. Escuchar

Escuchar es un proceso activo de selección, generalización y reconstrucción de lo que oímos, para poder comprenderlo; siendo la base de la comunicación en odontología, siendo de vital importancia en las relaciones interpersonales que se establecen con el paciente o en caso de los pacientes infantiles con los padres de familia, descubriendo las actitudes o necesidades que éstos tienen. Siendo la falta de comunicación un resultado de no saber escuchar a los demás, sumergiéndonos en nuestras propias ideas y pensamientos que se dejan a lado, escuchar requiere de un esfuerzo mayor que el que se hace al hablar.⁵⁶

Debemos de entender que el escuchar es un proceso de interpretación de lo que el emisor trata de decir y no se debe confundir con oír, ya que éste solamente es la percepción de las ondas sonoras sin

⁵⁶ Chambers D, Abrams R. dental communication. Sonoma, california, Ohana Group, 1992. pp. 33

entender lo que se está diciendo, una vez aclarado esto podemos tomar en cuenta factores que puedan alterar este proceso como: generalizaciones, necesidades del oyente y las distracciones porque éstas influirán de gran manera en el proceso de interpretación.



Escuchar.⁵⁷

Las generalizaciones son aquellas que ayudarán al odontólogo a clasificar a los pacientes de acuerdo a sus necesidades, rasgos de personalidad y padecimientos, donde el odontólogo solo escucha lo suficiente del paciente para darse cuenta de lo necesario para establecer un diagnóstico.

Podemos hablar de la “escucha activa” esto involucra las medidas necesarias a tomar y así asegurarse de la interpretación correctamente de lo que el paciente trata de decir, estas medidas son el parafraseo, la verificación del contexto de la situación y el incremento de escuchar: para verificar el contexto de la situación, es necesario confirmar las cosas que se

⁵⁷ <http://www.colegiovirgenmilagrosaoviedo.com/saberescuchar.htm>



dicen para esto se debe de realizar preguntas y no cometer errores, esto será evitando distracciones de nuestro pensamiento, centrándonos en componentes no verbales para comprender lo que los pacientes tratan de decir.

2. Empatía

Es una forma especial de escuchar y responder a las personas que están tratando de expresar cómo se sienten, para con ello construir una relación de confianza. El objetivo no es pasar todo el tiempo hablando de sus emociones pero si hay que saber cómo y cuándo hacerlo. Algunos aspectos que nos ayudarán a aplicar la habilidad de la empatía para comunicarnos es que debemos de comprender las situaciones de las personas viéndolas desde su perspectiva sin perder la objetividad ni la identidad con la cual nosotros podríamos resolver un problema y en segundo aspecto es que teniendo este conocimiento podamos aplicarlo para tratar de ayudar a las personas.

El punto clave para aplicar la empatía es cuando el componente emocional parece ser el centro de la conversación, cuando las emociones están presentes de una manera apreciable y sintiendo de alguna manera que estos cambios emocionales puedan alterar de alguna forma la información en la conversación, en ocasiones el paciente solo revela información superficial del verdadero problema que está viviendo; es ahí cuando debemos ser cautelosos en nuestras respuestas ya que si no estamos de acuerdo con él o solo le damos por su lado podría perder la confianza, siendo mejor prevenir mostrando interés genuino y buscando como entender sin emitir juicios que demuestren negatividad u oposición.

La empatía nos ayudará a desarrollar la capacidad de motivar y ayudar positivamente a las personas, enseñando a tener ese interés por el cuidado de su salud, siendo la mejor forma de identificarnos plenamente con los demás cambiando radicalmente las actitudes de los pacientes.



Empatía ⁵⁸

3. Rapport o relación terapéutica de concordancia

Esta habilidad se caracteriza porque hay un sentimiento de mutua apertura, confianza y espontaneidad, ayudando a que la relación odontólogo-paciente sea abierta, así como muy completa en cuanto a la información y a la personalidad del paciente, ayudándolo a ser más comprensivo.

Para el establecimiento de rapport es necesario que la confianza se fortalezca, no teniendo que justificar cada acción, ya que el paciente está consciente de que lo realizando es por su bien, dando como resultado un tratamiento más eficiente y una relación recíproca. Dentro de la práctica odontológica se debe de estar dispuesto a participar en una conversación, donde los temas a tratar serán superficiales pero que exista un interés mutuo, no tratando temas polémicos o que puedan ofender a la otra persona.

⁵⁸ <http://buenhabit.blogspot.mx/2010/03/empatia.html>

En el consultorio debe de existir siempre un ambiente de respeto y profesionalismo que no es contradictorio al rapport ya que si existe demasiada confianza se perderá el respeto y en cierta parte la credibilidad en el odontólogo y por el contrario la falta de rapport genera una actitud defensiva que no nos permitiría trabajar de una manera adecuada y eficaz.



Rapport ⁵⁹

4. Asertividad

Dentro de la práctica odontológica ser asertivo significa “expresar sus derechos o hacer su trabajo sin insistir o conseguir a su manera manipular a los demás”, ⁶⁰ por lo tanto cualquier necesidad insatisfecha que tengan los pacientes va a ser un problema para el odontólogo, necesariamente se tendrá que ver cuáles son las circunstancias particulares que afectan la relación odontólogo- paciente, definiendo también entre ser asertivo o dar consejos independientemente de la necesidad que uno siente de ayudar a otros o compartir conocimientos, cuando los problemas no se derivan de

⁵⁹ C.D. Hernández Ramírez, Blanca E. [Archivo personal]

⁶⁰ Chambers, Op. Cit. p. 33



nuestras responsabilidades y derechos, no está justificado el ser asertivo.⁶¹
Existen estrategias que nos pueden ayudar a hacer asertivos:

- Dar solo nuestro punto de vista o contar una experiencia propia: esto puede ayudar a los demás siempre y cuando exista la confianza o recibamos el permiso para hacerlo. Ejemplo: “creo que existe confianza, eso me basta para hablar libremente acerca de algunos problemas que estas teniendo con el cepillado, ¿te gustaría conocer algunas nuevas técnicas que podrían ayudarte?”
- Ordenar sin ofender: de manera corta pero firme, la sugerencia de soluciones es importante ya que podemos dar respuestas espontaneas para resolver algún problema que es causado por falta de cuidado o es muy pequeño para dar respuestas demasiado formales, hay que dar la solución haciendo notar el problema. Ejemplo: “Le agradecería que no se moviera durante el tratamiento.”
- Enviar mensajes usando el “yo”: es útil en situaciones serias, ya que son declaratorias que hacen saber a otros que su comportamiento está causando problemas. Hay tres partes en una bien construida aplicación del “yo” en el mensaje:
 1. Una descripción de lo que otros hacen que provoca un problemas (la causa)
 2. Una expresión de como el hablando se siente (el problema)
 3. La identificación de los efectos tangibles (el resultado)Ejemplo: “Estoy decepcionado de que quiera la extracción y no dejarme salvar el diente. Me temo que va a pensar que no le he dado la mejor atención posible.”

⁶¹Ceberio M. la buena comunicación: las posibilidades de la interacción humana. Paidós Ibérica, Barcelona, Masson, 2004. p 64-1

El uso de esta técnica nos ayuda a exteriorizar el problema de una manera eficaz haciendo que los demás vean lo que está sucediendo y puedan desempeñarse de una mejor manera.



Asertividad ⁶²

5. Persuasión

Existen muchas situaciones en que la persuasión puede ayudarnos en la comunicación en odontología haciéndola más fácil y agradable tanto para nosotros como para los pacientes, es por esto que debemos entender cómo aplicarla y usarla en momentos preciosos.

La persuasión consiste en utilizar la comunicación para cambiar actitudes o promover acciones. A veces el término de motivación se utiliza para describir un cambio de comportamiento a corto plazo causado por la comunicación persuasiva, es decir, que considera la integridad de los demás y está dirigida a la conducta y sus actitudes positivas.

Cuando se apela a las consecuencias de los actos se le muestra a la persona el resultado de estas acciones, ya sea porque las esté realizando o

⁶² C.D. Hernández Ramírez, Blanca E. [Archivo personal]

intuyamos que las vaya a realizar, ayudándole de cierta manera a comprender que lo que esperamos que haga es por algún motivo específico y para su beneficio.

El odontólogo tiene tanta influencia sobre el comportamiento y las actividades de los pacientes, que en ocasiones éstos tratan de transferir su responsabilidad de decidir sobre su propia salud, por lo que debemos evitar las recomendaciones directas, ya que no hay que olvidar que la persuasión y la motivación son sólo medios para alcanzar cambios de conducta a corto plazo, éstos cambios a lo largo del tiempo se convierten en valores y hábitos demostrando su utilidad.⁶³

El recurso más poderoso para la persuasión a disposición de los odontólogos es su experiencia, especialmente en relación con el comportamiento del paciente.



Modificación de comportamiento⁶⁴

⁶³ Chamberst. Op. Cit. p 97

⁶⁴ C.D. Hernández Ramírez, Blanca E. [Archivo personal]



C. Organizacionales.

Una organización es un sistema diseñado para alcanzar ciertas metas y objetivos. Estos sistemas pueden, a su vez, estar conformados por otros subsistemas relacionados que cumplen funciones específicas. En otras palabras, una organización es un grupo social formado por personas, tareas y administración, que interactúan en el marco de una estructura sistemática para cumplir con sus objetivos. Cabe destacar que una organización sólo puede existir cuando hay personas que se comunican y están dispuestas a actuar en forma coordinada para lograr su misión. Para entender el término de organizaciones, es necesario saber que su función se basa en normas las cuales han sido establecidas para el cumplimiento de sus propósitos.

Para obtener una buena planeación en la atención odontopediátrica se debe tener la suficiente capacidad para recoger asertivamente los datos de la historia clínica, la habilidad para realizar una correcta exploración, conocimientos que le permiten determinar las pruebas complementarias e interpretarlas, el juicio clínico para establecer las necesidades del paciente, ética para reconocer si está preparado para realizar la totalidad del tratamiento y una adecuada ayuda por parte de los padres, ya que la presencia de los padres en la consulta dental aunque es motivo de controversia, en niños menores de 2 años de edad puede facilitar la transición a una relación más directa con el niños, en edad preescolar con paciencia puede lograrse la cooperación necesaria para realizarla sin la ayuda de los padres, aunque su nivel de colaboración por lo común es bajo y a menudo se requiere su ayuda y a partir de los niños escolares reaccionan



mejor sin la presencia de los padres, debiendo el odontólogo explicar el propósito de darle información que aclare sus expectativas.⁶⁵

Es importante que se realice una buena organización física para poder crear un ambiente adecuado para una conducta positiva, además de la comunicación del odontólogo, existen algunos aspectos que favorecen a una reacción positiva del paciente infantil dentro de las pautas prácticas para organizar los aspectos físicos y sociales de la sesión odontológica, así como algunas consideraciones acerca de la planificación de la misma, siendo éstas:⁶⁶

- Todos los presentes en la sala (odontólogo, ayudante, padres) deben transmitir al paciente expectativas positivas y reconfortantes.
- Conviene usar distractores visuales, estimulantes en la sala de espera (carteles para los niños, imágenes positivas).
- Se debe disponer de materiales adecuados para cada edad (juguetes seguros, revistas) en la sala de espera, incluyendo también material para los padres.
- La disposición de juguetes o reforzadores de tipo activo para distraer o premiar a los niños pequeños.
- Hay que dar la bienvenida al niño en la sala de espera sin cubrebocas y sin el pijama o bata para la consulta.
- Hay que programar los procedimientos durante la sesión, dependiendo de la reacción del paciente, para que no se agobien o aburran.

⁶⁵ Barbería E, Boj JR, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría. 2ª edición, MASSON, Barcelona, 2002. p. 45

⁶⁶ Cameron A. Widmer R. Manual de odontología pediátrica. Harcourt Brace, España, 1998. pp. 23-25



- Hay que informar y comentar con los padres al término de la sesión.
- Informarse de la cultura popular del paciente, es posible disponer de diferentes zonas de la sala orientada a distintas edades, en una zona se puede disponer muñecos y carteles coloristas de personajes infantiles para niños de hasta 8 años y para niños mayores se pueden colgar carteles de grupos musicales.

Antes de iniciar el tratamiento que previamente hemos planificado se debe y es obligatorio presentar el plan de tratamiento a los padres, pues se pone en juego un principio fundamental, los pacientes y sus padres tienen derecho a controlar el tratamiento que va a recibir, estos principios reflejan el punto de vista actual sobre la autonomía del paciente en lo que se refiere a la necesidad y conveniencia de las decisiones asistenciales y siguiendo notablemente de las normas donde el paciente o en este caso los padres del paciente deciden el tratamiento.⁶⁷ El plan de tratamiento debe expresarse por escrito, de manera que en todo momento esté al alcance del odontólogo, de esta forma además de mejorar la atención clínica a los pacientes, permite a al odontólogo organizar adecuadamente algunos aspectos como:

- Preparar el instrumental y los materiales necesarios para cada intervención, ahorrando tiempo y esfuerzo.
- Organizar las citas asignando el tiempo necesario y el momento más apropiado de la jornada de trabajo.
- Mejorar el rendimiento del odontólogo con una agenda de trabajo lógica, viable y sin imprevistos.

El plan de tratamiento escrito debe ser de acuerdo a jerarquización de los hallazgos clínicos se divide principalmente en cuatro fases:

⁶⁷ Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. MASSON, Barcelona, 2004. pp. 17-26.

1. Fase general, en la que se realizarán las interconsultas necesarias, aunque no es necesaria en todos los pacientes.
2. Fase inicial cuyo objetivo es controlar los factores etiológicos productores de alguna patología, se incluyen técnicas preventivas de la caries, pero también de control de hábitos nocivos y técnicos de motivación y modificación de conductas indeseables.
3. Fase de trabajo donde se establece el tratamiento en el paciente infantil realizado por cuadrantes, comenzando por uno sencillo donde no se necesite de anestesia para que la adaptación del niño sea lo mejor posible, si existen problemas urgentes este criterio se modificará.
4. Fase de conservación de la salud, con un programa de revisión periódica individualizado para cada paciente, la planificación de las acciones que hay que realizar en cada una de las citas se llevará a cabo en razón de los nuevos hallazgos y la valoración e los resultados obtenidos en los tratamientos anteriores.

La presentación del tratamiento a los padres debe reunir una serie de requisitos:

- Debe ser breve, completo y específico, evitándose las generalidades.
- Utilizar lenguaje sencillo y asegurarnos que han entendido lo explicado.
- Empezaremos con una breve descripción del diagnóstico, de tal manera que ofrezcamos una visión general del estado de salud oral.
- Después pasaremos a describir cada uno de los problemas por orden de prioridad.
- Preguntaremos a los padres si están de acuerdo con el orden de prioridad.
- Explicaremos las posibilidades de tratamiento para cada uno de los problemas y las que a nuestro juicio son las más adecuadas, las técnicas y aparatología que se va a utilizar, el tiempo, explicando detalladamente sobre las implicaciones de la no realización de tratamiento.

- Explicar las incomodidades que tendrá el paciente ante los tratamientos, pero que serán menor a las molestias que tendría si no se realizan.
- Informaremos sobre las ventajas y los riesgos de tratamiento, complicaciones que pueden surgir y como podrían corregirse o aliviarse.
- Finalizando con el número aproximado de visitas, la necesidad de puntualidad y el cumplimiento de las citas concertadas, así como el plan de visitas periódicas de revisión.

Hay que tener en cuenta la necesidad de conservar las fases de planificación terapéutica, que ayudarán a tener organización de los procedimientos, teniendo en cuenta cuatro fases que se explicarán en la siguiente tabla (Figura 5):⁶⁸

Fases	Objetivos	Número de visitas	Procedimientos
I	Determinar la situación bucal	1. ^a	Historia clínica Exploración intraoral y extraoral Exploración radiográfica
II	Fase de profilaxis	1 a 3	Evaluar la técnica de cepillado: Observar el cepillado del niño Determinar el índice de placa bacteriana Instrucciones de higiene Limpieza dental profesional Aplicación tópica de flúor Selladores de fisuras Proporcionar el impreso de registro de dieta
III	Fase restauradora	1-2	Tratamiento restaurador primario o de contención: Obturación en masa del tejido cariado Aplicación de carlostáticos
		Según las necesidades	Tratamiento restaurador específico (empezar por un cuadrante sencillo): Restauraciones definitivas Tratamientos pulpares
		Según las necesidades	Tratamiento de la oclusión: Preventivo Interceptivo Control de la erupción
IV	Mantenimiento de la salud bucal	2 a 4 por año	Revisiones periódicas individualizadas

Figura 5. Fases de planificación odontológica.

⁶⁸ Boj, Op. Cit. p. 25



Teniendo en cuenta que una buena organización se rige por normas, recordemos las normas que el odontólogo debe considerar para un mejoramiento en la atención odontopediátrica.

- La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.
- La Ley General de Salud en su artículo 59 y las normas mexicanas NOM 178 SSA1-1998y NOM 197 SSA1-2000 hacen referencia al área del consultorio donde establecen que deberá contar con instalaciones sanitarias adecuadas, buen estado de aseo, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Que hace referencia a la atención médica, carta de consentimiento informado, del establecimiento para la atención médica, la historia clínica, las interconsultas, el procedimiento médico o quirúrgico, notas de urgencia y las notas médicas.
- El Art. 245 del Reglamento Ley General de Salud nos dice que hay que tener un botiquín de urgencias como establecen también las normas NOM 013-SSA2-1994, NOM 178-SSA1-1998, NOM 197-SSA1-2000.
- Se debe de contar con la receta médica de acuerdo con el Art. 37 y 64 del Reglamento Ley General de Salud, la cual deberá de contener: Nombre del médico, nombre de institución que la expide, título y cédula profesional, domicilio y nombre del establecimiento y fecha de expedición. ⁶⁹

⁶⁹ González S, Rivera AE, Tena C, y et. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Rev ADM 2004;LXI(3): 109-116



2.2.2. Fases de evaluación.

a) Evaluación del proceso.

La fase 7 abarca la evaluación de las fases 4 (diagnóstico educacional y organizacional) y 5 (diagnóstico administrativo y político) analizando los factores políticos, administrativos, de la organización y de la comunidad que contribuyen en la ejecución del programa, es decir, consiste en establecer lo adecuado en la entrega de la educación para la salud. Se deben evaluar los métodos, materiales, habilidades profesionales en comunicación y todos los aspectos administrativos del desarrollo del programa, tanto en la educación de pacientes como de la comunidad.

b) Evaluación del impacto.

En la fase 8 se evalúan las fases 3 (diagnóstico comportamental y ambiental) y 4 (diagnóstico educacional y organizacional) donde se identifican las respuestas de las organizaciones, de la comunidad, de las personas y del medio social frente al programa de educación para la salud, evalúa los cambios inmediatos en el conocimiento, actitudes y conductas que produce el programa. Algunas preguntas que se realizan en esta fase son: ¿se están alterando los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores? Y ¿se han cumplido las metas a corto plazo del programa?



c) Evaluación del resultado.

La fase 9 es donde se llega al objetivo del modelo, que es lograr los cambios en la discapacidad, en la morbilidad y mortalidad, para alcanzar la salud y la mejor calidad de vida de las personas a las cuáles se dirigió la intervención. La evaluación no cierra el proceso si no que es parte integral y continúa de él, va controlando que se cumplan los objetivos; de no lograrlo se deberán producir las modificaciones pertinentes. Ésta es más necesaria que la evaluación del proceso o de resultados, es a largo plazo y requiere muestras de población.



CONCLUSIONES.

Como hemos revisado en el presente trabajo, la educación para la salud es la transmisión de conocimientos para desarrollar una conducta positiva para la conservación de salud, llevándose a cabo por medio de alguna estrategia de educación como en este caso es el modelo PRECEDE-PROCEED, que compone de diferentes fases, las cuales realizándolas de una manera sistematizada ayudarán a obtener primero un diagnóstico adecuado sobre la forma y calidad de vida de cada paciente, para después proceder a utilizar dicho modelo como una estrategia eficiente para una modificación de comportamiento tanto en el paciente infantil como en el paciente adulto.

Algunas razones por las que los individuos, en este caso los padres del paciente infantil, suelen no estar motivados a buscar atención oportuna, incluyen temor a la visita al odontólogo, carencia de conocimiento de salud oral, testimonios desalentadores, experiencias previas desfavorables y conductas negativas del odontólogo, entre otras situaciones generando que la población infantil no sea atendida en un tiempo adecuado. La mayoría de estas barreras podrían ser superadas por medio de programas eficaces para la educación, lo cual puede alcanzar el modelo PRECEDE-PROCEED. Éste requiere una interpretación concientizada para poder llevar a cabo estrategias dirigidas a la educación para la salud como son: una comunicación interpersonal eficaz, una buena capacitación por parte del odontólogo, una adecuada organización y planeación en la práctica clínica.

El éxito de la aplicación del modelo de PRECEDE-PROCEED, se basa en realizar un diagnóstico adecuado y el establecimiento de estrategias oportunas de educación, utilizando principios de aprendizaje social reflejado en el proceso de cambio de conducta para una mejor calidad de vida. Siendo



una realidad que como educadores de salud debemos descubrir cuáles son los motivos o factores en los pacientes que son obstáculo para llevar a cabo una mejor atención odontológica en los pacientes infantiles, por lo que al emplear éste modelo en la práctica clínica será una excelente estrategia educativa.

Así, el empleo de PRECEDE-PROCEED, ayudará a conocer las necesidades del paciente, para poder actuar profesionalmente, ayudando a que el odontólogo busque las mejores alternativas para educar, siendo más humanista, ético y seguro de emplear estrategias para la atención odontopediátrica.



BIBLIOGRAFÍA.

Análisis estadístico de datos epidemiológicos. Disponible en:

<http://vanguardia.udea.edu.co/cursos/Memorias%20precongreso%20aede/An%20E11isis%20estad%20EDstico%20de%20datos%20epidemiol%20F3gicos.pdf>

Barbería E, Boj JR, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría. 2ª edición, MASSON, Barcelona, 2002.

Blank ME. El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. *Salus Online* 2006;10 (1)

Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. MASSON, Barcelona, 2004.

Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, Médica Panamericana, Buenos Aires, 2010.

C.D. Hernández Ramírez, Blanca E. [Archivo personal]

Cameron A. Widmer R. Manual de odontología pediátrica. Harcourt Brace, España, 1998.

Ceberio M. la buena comunicación: las posibilidades de la interacción humana. Paidós Ibérica, Barcelona, Masson, 2004.

Chambers D, Abrams R. dental communication. Ohana Group, Sonoma, california, 1992.

Crespo MI, Riesgo YC, Laffita Y, Torres PA, Márquez M. Promoción de la salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. *MEDISSAN* 2009;13(1)

Frías A. Salud pública y educación para la salud, MASSON, Barcelona 2002.

García J, Owen E, Flórez-Alarcón L. Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud, psicología y salud. *2005;15(1)*



- Glanz KR, Barbara K, Viswanath K. Using the PRECEDE-PROCEED planning model to apply health behavior theories. In: Health behavior and health education: theory, research, and practice 4a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- González R, Castro JM, Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de vida. McGraw Hill Interamericana-UNAM. 2011.
- González S, Rivera AE, Tena C, y et. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Rev ADM 2004; LXI(3).
- Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, Mayfield Publishing Co., 1980.
- Guerrero JC, Cañedo R, Salman EM, Cruz Y, Perez GF y Rodriguez H. Calidad de vida y trabajo: algunas consideraciones útiles para el profesional de la información. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_2_06/aci05206.htm
<http://buenhabit.blogspot.mx/2010/03/empatia.html>
<http://www.colegiovirgenmilagrosaoviedo.com/saberescuchar.htm>
<http://www.embajadaschile.com>
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1226/1/>
<http://www.tumundoescolar.net/equilibrio/la-primera-visita-al-odontologo/>
<http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/0062percepcionaprendizaje.htm>
- Ley general de salud. Disponible en:
<http://www.cem.itesm.mx/derecho/nlegislacion/federal/150/index.html>.
- Lynda B, Ransdell PhD. Using the PRECEDE-PROCEED Model to increase productivity in health education faculty. Int Electron J Health Educ, 2001; 4.
- Martínez JR, Del Pino R. Enfermería En La Atención Primaria; El Contexto: Enfermería Y Atención Primaria De Salud, Ediciones Lexus, 2012. Tomo 1.
- McKenzie JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs. 4th ed. Pearson Benjamin Cummings, San Francisco, 2005.



Medina BS. Diagnostico educativo en niños de 6 a 10 años de edad, que asisten a la clínica de Odontopediátrica de la F.O. UNAM, [tesina] Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología.

Needs assessment and program plan Jody Hathaway health department of health education and promotion Weber State University. Disponible en: <http://programs.weber.edu/hpstudents/jodyhathaway/Needs+Assessment.pdf&chrome=true>.

Norman H., García-Godoy F. Odontología preventiva primaria. 2ª. Edición, Manual Moderno, México, 2005.

Page A, Lewis JL. Doce puntos de referencia para la práctica exitosa de la odontología oediátrica.. Rev AMOP 2002; 14(1).

Paricio J, Gil MV, Martínez, LI. Salud bucodental en la atención primaria. Altabán, 2004.

Ríos I. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. Perspectivas De La Comunicación 2011; 4(1).

Rueda JR, Manzano I, Pérez D, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J y Zulueta G. La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-08.

Scott H.E and Barclay L. A retrospective analysis of a community-based health program in Papua New Guinea, Health Promot. Int. 2009: 24.

Sue N, McWhorter AG, Mouradian WE. Dental education's role improving children's oral health and access to care. Academic Pediatrics 2009;9.