

Revisión Bibliográfica

Fundamentos Psicosociales de las Conductas en Salud Oral

Psychosocial Foundations of Oral Health Behaviours

Trabajo recibido el 16/05/2006. Aprobado para su publicación el 19/10/2006.

Autores:

Dra. Clara Misrachi L.¹
Ps. André Sassenfeld J.¹
Ps. Germán Abarca C.¹
Dr. Gonzalo Rojas A.¹

1. Área Ciencias del Comportamiento.
Facultad de Odontología.
Universidad de Chile.
Santiago, Chile.

Resumen

Se presentan los modelos y variables psicosociales más utilizados en el estudio de conductas en salud. Se mencionan estudios y se proporcionan ejemplos de aplicaciones en el campo de la odontología. Se concluye la necesidad de una mayor integración entre las variables descritas y de desarrollar modelos multidimensionales que integren variables biológicas y psicosociales para comprender mejor el proceso de las enfermedades bucales de mayor prevalencia y determinar su riesgo con mayor certeza.

Palabras clave: conductas en salud, modelos de conductas en salud, salud oral.

Summary

Current psychosocial models and variables used in the study of health behaviours are presented. Studies and examples using these concepts in the field of dentistry are also included. Conclusions show that to improve the understanding of most prevalent oral health diseases a better integration between the described variables and the development of multidimensional models integrating biological and psychosocial variables is necessary.

Key words: health behaviours, health behaviour models, oral health.

Introducción

Mejorar la calidad de vida de la población es una meta fundamental del rol social que debe cumplir el odontólogo. Para alcanzar dicha meta la profesión odontológica debe poner en práctica los principios que rigen la etapa actual de la era moderna de la salud, que establecen que las acciones en salud deben orientarse mayoritariamente a la promoción de la misma y la prevención de las enfermedades.⁽¹⁾

En odontología la mayoría de los problemas de salud oral son prevenibles o controlables a través del desarrollo de conductas preventivas y/o tratamientos preventivos realizados por el profesional ⁽²⁾. La práctica

de las conductas preventivas es de responsabilidad de cada individuo. El profesional, junto con realizar las acciones terapéuticas, tiene el deber de preocuparse que los pacientes adquieran estas conductas, y adhieran a las mismas a lo largo de toda su vida. Para lograr este objetivo el odontólogo, además de identificar los factores de riesgo individuales y poblacionales, debe poseer las competencias necesarias para que los programas de educación para la salud que entrega a sus pacientes resulten efectivos. La adquisición de dichas competencias exige que el profesional cuente con conocimientos acabados de los modelos y teorías sobre

las conductas en salud que afectan la salud bucal.⁽³⁾

Hasta ahora se han aplicado varias teorías psicosociales para explicar los comportamientos en salud oral. El propósito de este estudio es entregar los conceptos basados en la teoría cognitivo-conductual utilizados con mayor frecuencia para explicar comportamientos en salud oral, destacar algunas de sus fortalezas y debilidades y, en base a las conclusiones, señalar áreas relevantes para futuras investigaciones. Los modelos cognitivo-conductuales son altamente relevantes dada la gran importancia de las conductas de los pacientes en la prevención de las enfermedades.

Teorías psicosociales aplicadas a la Salud

El rol de la educación para la salud es entregar las herramientas para que los individuos, grupos o comunidades adopten estilos de vida saludables y tomen decisiones informadas sobre los servicios profesionales que se les ofrecen.

El modelo de educación para la salud utilizado en una primera etapa, fue un modelo cognitivo que se focalizó en la entrega de información, por parte del profesional de la salud, sobre el tipo de procedimientos a seguir para cuidar la

salud. Este modelo se basa en la creencia, comúnmente aceptada, de que la sola presencia de conocimientos sobre los factores que influyen en la salud, hará que los individuos se motiven y elijan practicar la conducta más saludable. En

esa etapa no se tomaban en cuenta las percepciones subjetivas sobre la salud y la enfermedad de los sujetos. A partir de los años '50, en los Estados Unidos, los profesionales de la salud comenzaron a preocuparse por las creencias, actitudes y expectativas en relación con la salud de las personas. Entre los años '50 y '60, se originan los primeros modelos de cambio de conductas en salud basados en la Teoría de las Expectativas Valóricas, que establece que la probabilidad de adoptar una conducta favorable a la salud es función del valor que la persona le otorga al resultado de practicar dicha conducta, más la expectativa de que esa acción logrará el resultado previsto. Estos modelos consideran también, los refuerzos sociales e individuales que, justifican afrontar las dificultades que implica la práctica de la conducta en cuestión.

El siguiente ejemplo ilustra de modo concreto la aplicación de esta teoría en el campo de la odontología. Ejemplo: "Si un adolescente de nivel socioeconómico bajo considera que la apariencia, el buen aliento y la salud bucal son logros positivos, tratará de cambiar su conducta de higiene oral deficiente si cree que es probable que la higiene adecuada le evite la caries, la halitosis y la enfermedad periodontal. Si además, luego de practicar la conducta, percibe una mejoría en su apariencia y aliento (refuerzo positivo) reafirma su creencia en los beneficios de la práctica, adhiriendo a la conducta, a pesar de sus dificultades para disponer de los elementos de higiene oral".

Modelo de Creencias en Salud

El modelo de creencias en salud se basa en la teoría de las expectativas valóricas. Es uno de los intentos más antiguos para explicar conductas de salud. Fue desarrollado en base a investigaciones en salud realizadas en 1950, influenciadas por los trabajos del psicólogo social Kurt Lewin⁽⁴⁾. Estos primeros investigadores tenían una-orientación fenomenológica, vale decir, estimaban que es el sujeto quien determina sus conductas y no el entorno físico, excepto en la medida en la que este está representado en la mente del individuo⁽⁵⁾.

En consecuencia, el principio esencial del modelo de creencias en salud es la forma en que un individuo percibe su entorno y como esas percepciones motivan su conducta. El modelo postula que la prontitud para tomar una acción favorable a la salud nace de la percepción que posee el sujeto sobre su susceptibilidad a una determinada enfermedad y sobre la potencial severidad de la misma. Esta teoría indica que una acción relacionada con la salud depende de la ocurrencia de:

- Suficiente motivación (o preocupación) por la salud, para hacer que el problema de salud adquiera relevancia.
- Creencia que es susceptible (vulnerable) a un problema serio de salud (amenaza percibida).
- Creencia que efectuando determinadas acciones se reducirá la amenaza percibida a un costo subjetivamente aceptable.

• Debe haber un estímulo que haga sentir al sujeto la necesidad de la acción. La educación para la salud puede proporcionar la señal para la acción si ha sido diseñada en base al diagnóstico de las creencias de los sujetos apuntando a la modificación de las mismas⁽⁶⁾.

El modelo de creencias en salud fue ampliado por Rosenstock et al. en 1988⁽⁷⁾, incluyendo el concepto de auto-eficacia (extraído de la teoría del aprendizaje social de Bandura), o sea la creencia de que se poseen habilidades para poner en práctica una nueva conducta. La expectativa de auto-eficacia es diferente a la expectativa sobre el resultado (los beneficios percibidos en el modelo de creencias en salud), las personas pueden creer que una acción es capaz de producir ciertos resultados (expectativa de resultados) pero no estar seguras de ser capaces de llevar a cabo dicha acción (expectativa de autoeficacia)⁽⁸⁾.

Un ejemplo de esta distinción entre expectativas de auto-eficacia y de resultado

Figura 1. El Modelo de Creencias en Salud como predictor de conductas preventivas.

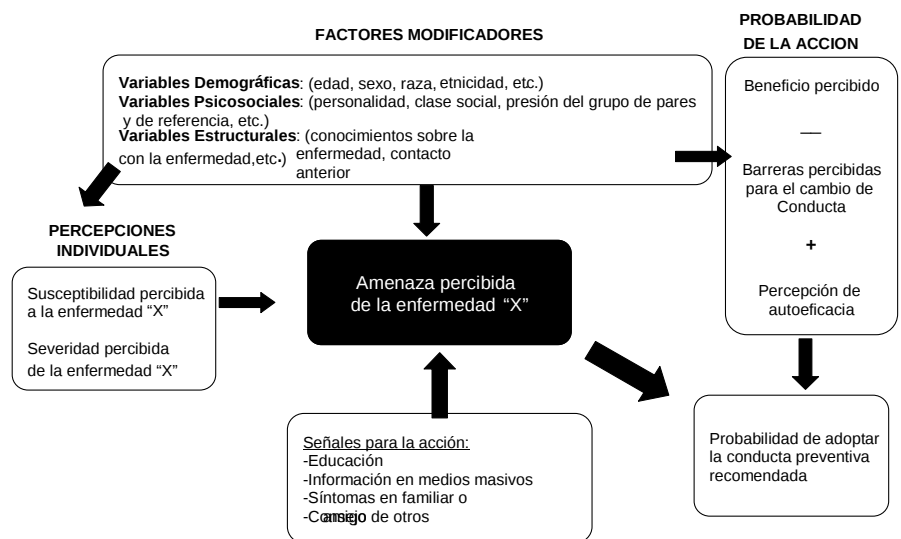
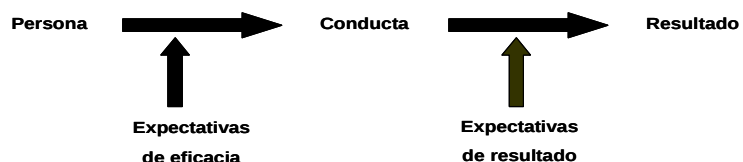


Figura 2

Adaptado de Rosenstock 1974



en odontología podría ser la siguiente: "para que un adolescente (persona) evite comer golosinas a deshora por razones de salud (resultado), debe creer que dejar de comer golosinas beneficiará su salud (expectativa de resultado) y además que es capaz de lograrlo (expectativas de auto-eficacia)".

Estudios transversales dan cuenta de un alto nivel de eficacia entre intervenciones basadas en Modelos de Creencias en Salud y resultados en salud oral. Ejemplo de ello es un trabajo realizado en Escocia⁽⁹⁾, en el que se estudió la influencia que tienen en la prevención de caries de menores de 5 años, las creencias de sus padres sobre la eficacia del cepillado dental y la motivación de los niños. Los niños del grupo experimental fueron educados y supervisados en sus actividades de cepillado dental (señal para la acción). También se incentivó a sus padres o cuidadores para reforzar el aprendizaje en el hogar (factor modificador) y se les explicó las posibles consecuencias de una inadecuada higiene oral (amenaza percibida). Los resultados del estudio muestran una diferencia significativa entre el porcentaje de niños que incrementó el número de caries en el grupo experimental (16%) con aquellos del grupo control (64%) en que no se realizó ninguna intervención. En resumen el modelo de creencias en salud explícita que, para que ocurra un cambio de conducta el individuo debe ser incentivado para cambiar, sentirse amenazado por su conducta presente, sentir que un cambio será beneficioso y que el cambio tiene un costo que es aceptable. Además, tiene que sentirse competente para implementar el cambio de conducta.

Auto-eficacia

El concepto de auto-eficacia proviene de la teoría del aprendizaje social de Bandura⁽¹⁰⁾, que intenta dar cuenta de la adquisición de conductas nuevas por parte del individuo. Bandura la ha definido como el juicio del individuo respecto de su propia capacidad para manejar situaciones específicas. Una alta auto-eficacia significa que la persona cree que sus conductas afectarán los resultados que se producirán en ciertas

circunstancias^(2,11)

La auto-eficacia percibida determina qué actividades realiza una persona, cuánto esfuerzo invierte en una situación, su persistencia en una actividad y las reacciones emocionales que experimenta frente a esa situación. En este contexto, la auto-eficacia puede verse influenciada por tres factores:

- La experiencia exitosa en la práctica de una conducta. Este factor es el más poderoso ya que, aún cuando no exista una intención previa de cambio conductual.
- La experiencia de éxito a menudo genera modificaciones de comportamiento.
- El aprendizaje vicario (observación de las experiencias de personas significativas para el individuo).
- La persuasión verbal (refuerzo verbal suministrado por una persona relevante para el sujeto).

En el contexto de las conductas en salud, se ha encontrado que el constructo auto-eficacia es un predictor confiable especialmente en el estudio de la adherencia a conductas de autocuidado de la salud oral.^(2, 11, 12) En particular, el concepto de auto-eficacia tiene gran relevancia en términos de la adopción y perseverancia en conductas relacionadas con la salud oral. El estudio realizado con una metodología cualitativa⁽¹³⁾ de entrevistas en profundidad a pacientes odontológicos señala que la idea que el individuo tiene acerca de su capacidad para manejar comportamientos en salud oral está directamente ligada a la práctica de conductas como cepillado dental, limpieza interdental y visitas al odontólogo.

Otras investigaciones han mostrado que la auto-eficacia es determinante en cuanto a salud e higiene orales en pacientes diabéticos⁽¹⁴⁾ y en pacientes adultos mayores.⁽¹⁵⁾ También se ha constatado que una alta auto-eficacia está vinculada con un mejor control del dolor⁽¹⁶⁾ y con menor estrés perioperatorio durante las acciones quirúrgicas⁽¹⁷⁾. Igualmente, Litt et al. 1995, muestran que la auto-eficacia resulta un factor protector del proceso

cariogénico en la niñez temprana.

En el estudio de Syrjala et al. (2001), se observa que la percepción de auto-eficacia dental se origina a partir del modelo parental existente. Con posterioridad, el rol del odontólogo en cuanto a proporcionar información, dar apoyo y crear una atmósfera de seguridad en la cual disminuya la activación emocional negativa, puede modificar la percepción de auto-eficacia. Además, se ha podido establecer que la educación para la salud mejora la percepción de auto-eficacia⁽¹⁸⁾, aumentando la probabilidad de que los individuos adhieran a las conductas favorables a la salud.

Locus de control

Rotter desarrolló el concepto de locus de control en los años '50, tomando como referencia la teoría del aprendizaje social⁽¹⁹⁾. Este constructo señala que existe un locus de control interno; es decir, la creencia de que se es capaz de influir en las cosas que le suceden tanto a uno mismo como al entorno; y un locus de control externo; es decir, la creencia de que lo que nos sucede y lo que pasa a nuestro alrededor no se puede influenciar.

Rotter señala que sujetos con distintos locus de control asumen los aprendizajes de distinta manera; por ejemplo, un individuo con locus de control interno se siente capaz de modificar su accionar al adquirir nuevos conocimientos, a diferencia de quien tiene un locus externo. Los sujetos que tienen locus de control interno pueden asimilar los nuevos conocimientos como formas que efectivamente los ayuden a provocar cambios, a diferencia de aquellos que tienen locus de control externo.

En la década de 1970, Wallston et al.⁽²⁰⁾ aplicaron la teoría de Rotter en el área de la salud, señalando que el locus de control interno existe cuando el individuo siente que sus acciones determinan el estado de su salud, y el locus de control externo ocurre cuando el individuo percibe que otros controlan sus decisiones en salud y su estado de salud. Es decir las posibilidades de cambio y bienestar dependen de terceros (p. ej., el destino, la suerte, Dios, los

profesionales de la salud u otros agentes sociales influyentes). Investigaciones sobre locus de control en el área de la odontología señalan que el locus de control puede predecir la salud dental en los niños. De acuerdo a los resultados, niños de madres con locus de control externo tienen mayor probabilidad de desarrollar caries. Otros estudios muestran que intervenciones preventivas destinadas a educar a la población respecto a la importancia de mantener una higiene oral adecuada y que exigen una participación activa del beneficiario, entregan resultados más exitosos en sujetos que tienen locus de control interno en comparación con los que tienen locus de control externo⁽²¹⁾. Sin embargo, otras investigaciones han encontrado escasa asociación entre locus de control interno de las madres, estado de salud oral de sus niños, y el uso de servicios preventivos⁽²²⁾. Esta teoría sigue siendo perfeccionada para su uso en diferentes poblaciones y condiciones.

Sentido de coherencia

El concepto del sentido de coherencia tiene su origen en la teoría salutogénica

desarrollada por Antonovsky⁽²³⁾, cuya premisa central es que resulta más útil estudiar la salud que la enfermedad. Se refiere a este método como salutogénesis o sea, los comienzos o génesis de la salud. La salutogénesis define la salud en términos de un continuo entre salud (estado de bien-estar) y enfermedad (estado de mal-estar), y busca explicar los factores que promueven la salud en vez de aquellos asociados con la modificación del riesgo de sufrir determinadas enfermedades.

El sentido de coherencia es un constructo que intenta dar cuenta de la relación entre el estrés y la salud. Se define como una orientación general que expresa la medida en la que el individuo dispone de un sentimiento duradero de confianza en que (1) los estímulos internos y externos son predecibles y explicables; (2) se dispone de los recursos necesarios para resolver las demandas que se desprenden de tales estímulos; y (3) estas demandas pueden ser entendidas como desafíos personales que ameritan realizar esfuerzos para su solución⁽²⁴⁾. El sentido de coherencia está vinculado con la auto-estima y con la percepción de

control sobre los eventos vitales. Desde esta perspectiva, mientras más fuerte sea el sentido de coherencia de una persona, más adecuadamente podrá manejar los eventos estresores que enfrenta y, por lo tanto, más fácilmente podrá mantener su estado de salud. La investigación de Johnson⁽²⁵⁾ ha establecido la existencia de una relación significativa entre un alto sentido de coherencia y una buena salud y bienestar personal. En particular, se ha podido demostrar una correlación entre conductas relacionadas con la salud como hábitos alimentarios y sentido de coherencia⁽²⁶⁾. A pesar de que el sentido de coherencia ha sido estudiado en diversos ámbitos de la salud en general, en el área de la salud oral las investigaciones llevadas a cabo al respecto son aún escasas.

El estudio de Freire et al.(2001) indica que el sentido de coherencia tiende a aumentar la conciencia de los sujetos respecto de su salud oral. Además, muestra que en adolescentes un mayor sentido de coherencia está asociado a una menor probabilidad de requerir atención dental cuando se presentan problemas de salud y a una mayor probabilidad de asistir a controles dentales.

Conclusiones

En el modelo cognitivo-conductual aplicado a las conductas en salud existen múltiples variables relevantes, las que son investigadas separadamente por distintos investigadores, utilizando instrumentos de medición diferenciados para cada caso.

El uso de variables cognitivas y conductuales permite diseñar intervenciones que modifiquen las actitudes y prácticas de salud de los individuos y, con ello, contribuya a promover la salud oral.

Sin embargo, se observa que estas variables están estrechamente relacionadas entre sí, siendo difícil diferenciarlas con claridad. Es el caso del locus de control y la auto-eficacia, donde ambas se centran en la creencia de la persona de ser capaz de controlar los eventos que influyen en su salud. También, se relacionan estrechamente el locus de control y el sentido de coherencia, ya que mientras

más fuerte es esto último, mejor es el manejo de los eventos estresores. Esto hace necesario profundizar en el estudio de las relaciones entre las variables descritas para llegar a establecer un modelo más integrador que permita predecir con mayor certeza la probabilidad de adherencia del paciente a una conducta preventiva en particular. Una integración de este tipo fue realizada por Rosenstock en 1988 al incorporar la variable de auto-eficacia en el modelo original de creencias en salud.

En Chile, los modelos utilizados con mayor frecuencia para explicar el riesgo de enfermedades bucales más prevalentes (caries y enfermedad periodontal) consideran generalmente solo las variables biológicas. Si en odontología, como muestran los estudios internacionales, la prevención o control de las enfermedades bucales depende tanto de las conductas preventivas practica-

das por los pacientes como de los tratamientos preventivos efectuados por el profesional, entonces para los estudios de riesgo se deberían utilizar modelos multidimensionales que consideren variables tanto psicológicas como biológicas. Sin embargo, los modelos multidimensionales, particularmente aquellos que toman en consideración ambos tipos de variables, no han sido muy utilizados en el estudio de las enfermedades bucales.

En consecuencia, otra de las áreas relevantes para la investigación futura es la investigación de la capacidad de predicción de riesgo de enfermedades bucales de distintos modelos multidimensionales creados para este efecto.

CORRESPONDENCIA AUTOR

Avda. Santa María 571. Recoleta.
Santiago, Chile. cmisrach@uchile.cl

Referencias Bibliográficas

1. Green, L. Kreuter, M. Deeds, S & Palridge, K. "Health Education Planning: A Diagnostic Approach". Mayfield Publishing. Palo Alto, California. 1980.
2. Litt, M., Reisine, S. & Tinanoff, N. "Multidimensional causal model of dental caries development in low-income preschool children". Public Health Reports, 1995, 110 (5), 607-617
3. Hollister, C. & Anema, M. "Health behavior models and oral health: A review". Journal of Dental Hygiene. 2004. 3: 1-8.
4. Artículo "Kurt Lewin", Enciclopedia electrónica Wikipedia (http://es.wikipedia.org/wiki/kurt_lewin).
5. Rosenstock, I. M. "Historical origins of the Health Belief Model". En Becker. M. H. & Thorofare; NJ. (Edits). The Health Belief Model and Personal Health Behaviour. Charles B. Slack, New Jersey, 1974.
6. Misrachi, C. "Estrategias y métodos para la promoción de la salud". Publicaciones Redes, Red Chilena de Proyectos Sociales. Documento 4, 1993.
7. Rosenstock, I., Stretcher, V. & Becker, M. "Social learning theory and the health belief model". Health Education Quarterly. 1988, 15 : 175-183.
8. Egger, -G. Spark, R. & Lawson, J. "Health Promotion Strategies and Methods". Mc-Graw-Hill. Australia. 1990.
9. C.M. Pine; P.M. Me Goldrick; G. Burnside; M.M. Curnow; R.K. Chesters; J. Nicholson and E. Huntington "An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children". International Dental Journal. 2000, 50; 312 - 323.
10. Bandura, A. "Social Learning Theory". Englewood Cliffs, Prentice Hall. 1977.
11. Reisine, S. & Litt, M. "Social and psychological theories and their use for dental practice". Int. Dent. J. 1993. 43, 279-287.
12. Skaret, E., Kvale, G. & Raadal, M. "General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway". Scandinavian Journal of Psychology. 2003. 44, 331-337.
13. Syrjala, A., Knuuttila, M. & Syrjala, L. "Self-efficacy perceptions in oral health behaviour". Acta Odontol Scand. 2001. 59, 1-6.
14. Syrjala, A., Knecht, M. & Knuuttila, M. "Dental self-efficacy as a determinant to oral health behavior, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients". Journal Of Clinical Periodontology. 1999. 26, 616-621.
15. Kiyak, H. "Measuring psychosocial variables that predict older persons' oral health behaviour". Gerodontology. 1996. 132, 69-75.
16. Manning, M. & Wright, T. "Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth". Journal of Personality and Social Psychology. 1983. 45, 421-431.
17. Litt, M., Nye, C & Shafer, D. "Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control". Journal of Dental Research. 1993. 72, 1237-1243.
18. Stewart, J., Wolfe, G., Maeder, L. & Hartz, G. "Changes in dental knowledge and self-efficacy scores following interventions to change oral hygiene behaviour". Patient Educ. Couns. 1996. 27, 269-277.
19. Rotter, J. "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement". Psychological Monographs, 1966, 8.
20. Wallston, B. Wallston, K. Kaplan, G. & Maides, S. "Development and validation of the health locus of control scale". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1976, 44, 580-585.
21. Galgut P.N.; Waite M.; Pokropek; Barnt G.J. "The relationship between the multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal programme" J.I of Clinic Period. 1987; Vol 14: 171-175
22. Amen, M. Clark, V. "The influence of mothers' health beliefs on the use of child health care services and mothers' perception of child health status". Issues Compr Pediatr Nurs 2001, 243, 153-163.
23. Antonovsky, A. "Health, Stress, and Coping". London: Jossey-Bass, 1979.
24. Freiré, M., Sheiham, A. & Hardy, R. "Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours". Community Dent Oral Epidemiol. 2001. 29, 204-212.
25. Johnson, M. "Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of "active" self-esteem and coping". British Journal of Health Psychology. 2004. 9, 419-432.
26. Larsson, G. & Setterlind, S. "Work load/work control and health: Moderating effects of heredity, self-image, coping, and health behaviour". International Journal of Health Sciences. 1990. 1-2, 79-88.