



Educación para la conservación de la salud bucal

Nataly Bolaños Saavedra*

* Cirujano Dentista, FES Iztacala.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad.¹ Debe reorientarse en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo de su comportamiento y de las enfermedades que de éste se derivan; asimismo, ha de facilitar y ayudar a comprender toda la cadena causal que ocasiona su conducta y apoyar la transformación de la realidad social que induce, viabiliza y promueve estilos de vida perjudiciales para la salud.²

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una acción continua y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable.³ Forma parte de la ciencia preventiva y está relacionada con la promoción de la salud que se sustenta en medidas preventivas que actúan en la protección de la salud, pero se diferencia de éstas en que es salud positiva (mejoramiento de la salud) y no sólo su conservación.⁴

Los objetivos básicos de la educación para la salud son estudiar y desarrollar procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores que tienden a crear en los individuos conductas favorables para su salud.

Se considera que son cuatro los principios básicos de la educación para la salud y que sirven de guía para la acción del personal de salud:⁵ 1) los receptores de la educación para la salud no son pasivos, sino sujetos activos en la relación educativa; 2) la

educación para la salud no es una simple transmisión de información científica, sino una auténtica intervención en la cultura de los individuos, ya que incide en sus conocimientos, valores y comportamientos; 3) la educación para la salud forma parte de la dinámica cultural; y 4) se debe modificar el prejuicio que comúnmente se presenta en el personal de salud al creer que los conocimientos, valores y estilos de vida de la población (que no tienen sustento científico) representan un obstáculo en la intervención educativa.

La comunicación es el eslabón principal para lograr el éxito en la educación para la salud. Es un proceso de interacción e intercambio de información, donde una parte pretende influir en ideas, costumbres y actitudes de los demás, o intenta modificar al otro. Es inherente a la condición humana e influye mutuamente en el comportamiento humano a partir de la capacidad simbólica del hombre. Ésta puede ser directa o indirecta y tiene función informativa, afectiva y reguladora. Los aspectos que facilitan el éxito de la comunicación son habla, apariencia, olor, movimiento y ambiente.^{6,7}

Un factor que interviene en la comunicación por parte del que emite es la convicción de la necesidad de educar, deseo de ejecutar la acción educativa, habilidad en la selección de la técnica educativa y prestigio ante los demás. El mensaje debe ser atrayente, con lenguaje fácil, basado en la experiencia, asequible emocionalmente y no establecer conflictos con la actitud de los demás y debe incluir argumentos agradables y positivos más que negativos.⁷

La educación para la salud cobra un significado particularmente importante en los niveles de prevención. Es la encargada, a través de sus diferentes técnicas, de modificar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos o estilos de vida favorecedores para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable. Por tanto, esta educación se caracteriza por aplicar técnicas que serán seleccionadas de acuerdo con la temática que sea de interés tratar y con las características del público. La educación para la salud no es un fin, sino un medio eficaz de aprendizaje a través del cual el individuo y la colectividad in-

Citar como: Bolaños SN. Educación para la conservación de la salud bucal. Rev Odont Mex. 2020; 24 (4): 228-232.

© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam

corporan una serie de conocimientos y posteriormente se establecen los cambios de conducta.

Se ha señalado anteriormente que la educación para la salud ayuda a las personas a tomar decisiones juiciosas sobre su salud y la calidad de vida de su comunidad. Para ello, la información que se brinda debe ser concisa y presentada de manera comprensible, debe llamar la atención de las personas, motivarlas y fomentar su participación, generando así mayor conciencia de los problemas de salud a los que se enfrentan.⁸

Es decir, tenemos que hacer uso de una «metodología participativa», entendiéndose ésta como un «proceso educativo basado en la interacción y reflexión que conlleve al cambio y al mejoramiento consciente de las condiciones de vida». Por tal motivo, la educación para la salud cuenta con diversos métodos para llegar a la población, algunos de los cuales se tienen que emplear si queremos aplicar una «metodología participativa».⁹

La OMS clasifica estos métodos en dos grandes grupos con base en la relación que se establece entre el educador y el educando:¹⁰

1. Los métodos bidireccionales son aquéllos en los que existe un intercambio activo entre el educador y el educando (la educación individual: el diálogo; en la educación grupal: la discusión grupal.)
2. Los métodos unidireccionales, donde el receptor del mensaje no tiene la posibilidad de responder o solicitar aclaraciones sobre el contenido (un mensaje de salud bucal transmitido por los medios masivos de comunicación radio, televisión, periódicos, etcétera).

La propuesta de Salleras, quien plantea otra clasificación organizando los métodos en dos grandes grupos: directos e indirectos con base en la relación de cercanía o distancia en tiempo y/o espacio entre el educador y el educando.¹⁰

En los métodos directos existe un contacto directo entre el educador y el educando a través del diálogo. Esta comunicación puede ser bidireccional empleada en la educación individual o grupal con o sin apoyo de medios auxiliares audiovisuales.^{11,12}

En los métodos indirectos existe una distancia en tiempo y/o espacio entre el educador y el educando y se hace uso de la palabra hablada, escrita o la imagen a través de algún medio técnico (medio de comunicación). Se utilizan para transmitir información a un gran número de personas. Sin embargo, para Smyth y Fernández, debido a que no existe un intercambio de información en estos métodos, tienen poca capacidad de modificar conductas.¹²

Existen tres diferentes niveles de acción de la educación para la salud:¹³ 1) nivel masivo que es la intervención que se utiliza cuando es necesario cambiar conductas o actitudes muy arraigadas en la población en general; 2) nivel grupal, dirigida a grupos homogéneos de personas para abordar determinados problemas o aspectos de su salud como el grupo materno-infantil, niños, adolescentes, pacientes especiales, etc.; y 3) nivel individual, donde la intervención es dirigida sólo a una persona para abordar un problema o aspecto determinado de su salud.

La educación para la salud cuenta con seis campos de acción: la familia, la escuela, la comunidad, el trabajo, el consultorio y las universidades.¹⁴⁻¹⁷ Se educa en salud a la familia, considerando la edad de cada uno de los miembros, ya que tienen necesidades educativas diferentes de acuerdo con las distintas etapas de su vida.¹⁵ La escuela es el ambiente perfecto para educar en salud, ya que los estudiantes son niños y adolescentes que atraviesan etapas en las que es más fácil adoptar nuevos comportamientos.¹⁵ En la comunidad, las agrupaciones de vecinos, líderes de la comunidad, medios de comunicación, centros de salud y consultorios particulares participan a través de los programas de salud para inculcar hábitos positivos, motivar el abandono de conductas nocivas e incentivar a los pobladores a tomar parte activamente en la toma de decisiones que afecten a la salud de su comunidad.¹⁶ Respecto al medio laboral, es razonable surjan programas de educación para la salud relacionados directamente con los métodos de prevención frente a los riesgos del trabajo, pero también programas para cuidar mejor la salud en general de los trabajadores.¹⁶ Es de especial importancia para el presente escrito el hecho de que el personal de salud en el consultorio educa diariamente a la población al explicar a cada paciente los cuidados que debe tener para su salud, las medidas preventivas frente a diferentes enfermedades o los alimentos adecuados para una dieta saludable. En otras palabras, los profesionales en sus consultas privadas son también «educadores sanitarios activos».¹⁷ También se puede incorporar la temática de la educación para la salud al ámbito académico o universitario con la finalidad de que los estudiantes valoren el cuidado de su salud y se fortalezca la participación de todos los miembros de la comunidad universitaria en la construcción social de la salud.¹⁷

La educación para la salud en odontología es una combinación de experiencias planeadas de enseñanza y aprendizaje diseñadas para propiciar acciones voluntarias que conducen a la salud bucal. Orienta a la persona a cuidar y valorar sus estructuras bucales

mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos, evitando situaciones y comportamientos de riesgo.^{18,19}

En conclusión, la educación para la conservación de la salud bucal es una función social, contribuye a la conservación del grupo humano haciendo que la persona cuide y valore su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de comportamientos saludables. Todas las teorías y modelos de educación para la conservación de la salud bucal son importantes. Podemos combinarlos para llegar de mejor manera a nuestra población objetivo y lograr el fin deseado. La educación para la conservación de la salud bucal en países en vías de desarrollo como el nuestro es fundamental debido a la alta incidencia de enfermedades en la cavidad bucal entre las que resalta la caries dental y la enfermedad periodontal. Su objetivo debe ser disminuir los factores de riesgo de tipo conductual. La educación para la conservación de la salud bucal contribuye de manera favorable en la formación profesional de los estudiantes universitarios, ya que refuerza sus conocimientos sobre salud bucal, los ayuda a comprender la realidad del otro y a desarrollar actitudes de comunicación para llegar a los demás, alcanzando con ello las competencias que todo odontólogo debe tener.

Editorial

Education for the preservation of oral health

Nataly Bolaños Saavedra*

* Cirujano Dentista, FES Iztacala.

Health education has been defined by the World Health Organization as promoting, organizing, and guiding educational processes aimed at influencing the health-related knowledge, attitudes, and practices of the individual and the community.¹ Health education should be reoriented in the sense of conveying information that explicitly makes the individual responsible for his or her behavior and the diseases that result from it. It must be reoriented in the sense of transmitting information that explicitly makes individuals responsible for their behavior and the diseases that result from it; it must also facilitate and help them to understand the whole causal chain that causes their behavior and support the transformation of the social reality that induces, makes viable and promotes lifestyles that are harmful to health.²

Health education enables the individual to acquire a sustained and shared responsibility for identifying and solving major health problems. It is characterized by continuous, active, and organized activities that make participation conscious and responsible.³ It is part of preventive science and is related to health promotion, which is based on preventive measures that act on health protection, but differs from these in that it is positive health (health enhancement) and not just health preservation.⁴

The basic objectives of health education are to study and develop processes of transmission of knowledge, attitudes, and values aimed at creating in individual's behaviors favorable to their health.

Four basic principles of health education are considered to guide the action of health personnel:⁵

- 1) the recipients of Health Education are not passive, but active subjects in the educational relationship;
- 2) Health Education is not a simple transmission of scientific information, but an authentic intervention in the culture of individuals as it has an impact on their knowledge, values, and behavior;
- 3) Health Education is part of the cultural dynamics; and
- 4) the prejudice that is commonly present in health personnel should be modified by believing that the knowledge, values, and lifestyles of the population (which have no scientific basis) represent an obstacle in the educational intervention.

Communication is the main link to success in health education. It is a process of interaction and exchange of information, where one party tries to influence the ideas, habits, and attitudes of others or tries to modify the other. It is inherent to the human condition and mutually influences human behavior based on human symbolic capacity. It can be direct or indirect and has informative, affective, and regulative functions. Aspects that facilitate successful communication are speech, appearance, smell, movement, and environment.^{6,7}

A factor involved in communication on the part of the health personal is the conviction of the need to educate, desire to carry out the educational activities, skill in the selection of the educational technique, and prestige in the eyes of others. The message should be appealing, with easy language, based on experience, emotionally accessible and not conflict with the attitude of others, as well as include first pleasant and positive arguments, than negative ones.⁷

Health education takes on a particularly important significance at the preventive level. It is in charge, through its different techniques, of modifying behavior, establishing healthy lifestyles, creating favorable ways or lifestyles so that people can enjoy a healthy life.

This education, therefore, is characterized by the use of techniques for its application, which will be selected according to the subject of interest and the characteristics of the audience. Health education is not an end, but an effective means of learning, where the individual and the community incorporate a series of knowledge and subsequently establish behavioral changes.

It has been noted above that Health Education helps people to make informed decisions about their health and the quality of life in their community. To do this, the information provided must be concise and presented understandably, it must attract the attention of the audience, motivate them and encourage their participation, thus generating greater awareness of the health issues they face.⁸

In other words, we have to make use of a «participatory methodology», which is understood as an «educational process based on interaction and reflection that leads to change, to the conscious improvement of living conditions». Health Education, therefore, has a variety of methods to reach the population, some of which must be used if a «participatory methodology»⁹ is to be applied.

The WHO classifies these methods into two main groups based on the relationship established between the educator and the learner:¹⁰

1. Bidirectional methods, those in which there is an active exchange between the educator and the learner. (Individual education: dialogue; in group education: group discussion).
2. Unidirectional methods, the receiver of the message cannot discuss or ask for clarification of the content (an oral health message transmitted by the mass media, radio, television, newspapers, etc.).

The proposal of Salleras¹⁰ organizing the methods into two large groups: direct and indirect, based on the relationship of proximity or distance in time and/or space between the educator and the learner.

In direct methods, there is direct contact between the educator and the learner through dialogue. This communication can be bidirectional, used in individual or group education with or without the support of audiovisual aids.^{11,12}

In indirect methods, there is a distance in time and/or space between the educator and the learner, and use is made of the spoken or written word or image through some technical means (media). They are used to transmit information to a large number of people. However, for Smyth and Fernandez, because there is no exchange of information in these methods, they have little capacity to modify behavior.¹²

There are three different levels of action of Health Education:¹³ 1) mass level, which is the intervention used when it is necessary to change deeply rooted behaviors or attitudes of the general population; 2) group level, aimed at homogeneous groups of people to address certain problems or aspects of their health, such as mother and child groups, children, adolescents, special patients, etc.; and 3) individual level, where the intervention is aimed only at one person to address a particular problem or aspect of their health.

Health Education has six fields of action: the family, the school, the community, the workplace, the clinic, and universities.¹⁴⁻¹⁷ The family is educated in health, considering the age of each of its members, as they have different educational needs according to the different stages of their lives.¹⁵ The school is the perfect environment for health education because the students are children and adolescents, who go through stages in which the adoption of new behaviors is easier.¹⁵ In the community, neighborhood groups, community leaders, the media, health centers, and private clinics participate through health programs to inculcate positive habits, motivate the abandonment of harmful behaviors and encourage people to actively participate in making decisions that affect the health of their community.¹⁶ Concerning the labor environment, it makes sense to develop Health Education programs directly related to methods of prevention of occupational hazards but also programs to take better care of the general health of workers.¹⁶ Of special importance for the present paper, in the doctor's office, health personnel are educating the population daily by explaining to each patient the care they should take for their health, the preventive measures against different diseases, or the appropriate foods for a healthy diet. In other words, professionals in their private practices are also «active health educators».¹⁷ Health Education can also be incorporated into the academic or university environment so that students value health care and the participation of all members of the university community in the social construction of health can be strengthened.¹⁷

Health Education in Dentistry is a combination of planned teaching and learning experiences designed to encourage voluntary actions that lead to oral health. It leads the individual to care for and value their oral structures through the assimilation, internalization, and practice of correct habits, avoiding risky situations and behavior.^{18,19}

In conclusion, oral health preservation education is a social function, contributing to the preservation of the human group by making the personal care for

and value his or her health through the assimilation, internalization, and practice of healthy behaviors. All theories and models of oral health maintenance education are important. We can make use of combinations of them to reach our target population and achieve the desired end. Oral health preservation education in developing countries such as ours is essential, due to the high incidence of diseases in the oral cavity including dental caries and periodontal disease. Its aim should be to reduce behavioral risk factors. Oral health preservation education contributes favorably to the professional training of university students, as it reinforces their knowledge of oral health, helps them to understand the reality of others, and to develop attitudes of communication in order to reach out to others, thus achieving the competencies that all dentists should have.

REFERENCIAS / REFERENCES

1. Choque Larrauri R. *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Lima, Perú: 2005. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
2. Quiñones Ybarría ME, Ferro Benítez PP, Martínez Canalejo H, Salamanca Villazón L, Felipe Torres S. Algunos factores coadyuvantes del bienestar del niño y su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2008; 45 (3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000300002&lng=es
3. Goiriena Gandarias de J, Gorricho Gil B. *El concepto de salud*. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. España: Trigo; 1998.
4. Taani DQ. Oral health in Jordan. *Int Dent J*. 2004; 54 (S6): 395-400.
5. Espinoza JR. *Salud Comunitaria: conceptos, métodos, herramientas*. Managua, Nicaragua: Acción Médica Cristiana; 2002.
6. Salud infantil. Etapas del desarrollo. <https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aipei-2011.pdf>
7. Lago Barney G. Las tecnologías de información y comunicación en el sistema de salud. *Univ Med Bogotá*. 2008; 49 (2): 151-154.
8. Organización Mundial de la Salud. *Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra: OPS/OMS; 1989.
9. Kroeger A, Luna R, compiladores. *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. 2a edición. México, D.F.: Editorial Pax; 1992.
10. Gonzáles A. *La promoción de la salud. Su implicación en odontología*. En: Rioboo R, editor. *Odontología preventiva y odontología comunitaria*. Madrid: Avances Médico Dentales; 2002. pp. 1299-1319.
11. Smyth E, Fernández C. *Educación para la salud. Principios, métodos y aplicaciones en salud oral*. En: Cuenca E, Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria*. Santo Domingo: SESPAS; 2005. pp. 452-469.
12. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. *Rev Educación y Desarrollo*. 2004; 1: 43-48.
13. Redondo P. *Introducción a la Educación para la Salud* [Internet]. San José: Universidad de Costa Rica; 2004. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
14. Ministerio de Salud. *Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de salud* [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
15. Ministerio de Salud. *Programa de promoción de la salud en las instituciones educativas – escuelas saludables* [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
16. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud: Glosario* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
17. Ministerio de Salud. *Promoviendo universidades saludables* [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
18. Arce M, Zamora A. *Guía metodológica para educar en salud*. Lima: Asociación Kallpa; 2001.
19. Harris N, Horowitz A. *Promoción de la salud oral en las escuelas*. En: Harris N, García-Godoy F. *Odontología preventiva primaria*. Madrid: Manual Moderno; 2005. pp. 371-400.

Correspondencia / Correspondence:
Nataly Bolaños Saavedra
E-mail: natalybs239@gmail.com