

La motivación del paciente como alternativa para la prevención de las alteraciones gingivo periodontales.

Indice

- 1. Introduccion**
- 2. Objetivos De La Investigacion**
- 3. Consideraciones generales con relación a la etiología de la enfermedad periodontal**
- 4. Significación de la motivación en la prevención de las enfermedades periodontales.**
- 5. La motivación. Consideraciones previas**
- 6. Teorías que explican el proceso de motivación**
- 7. Variables relacionadas con el proceso motivacional**
- 8. Lineamientos para un programa de prevención de la enfermedad y restitución de la salud periodontal**
- 9. Conclusiones**
- 10. Literatura Citada Y Consultada**

1. Introduccion

Las enfermedades periodontales constituyen una de las alteraciones de la cavidad bucal más prevalentes en el ámbito mundial y su prevención depende más de la motivación del paciente para la ejecución de comportamientos adecuados de cuidado bucal que de la aplicación de tecnología clínica³⁷.

Esta consideración involucra a los profesionales de la Odontología y específicamente al Periodoncista en una responsabilidad, motivar al paciente, para que asuma la salud periodontal como un valor. El odontólogo debe inducir a las personas para que contribuyan con su esfuerzo al logro de este objetivo. Este es el desafío de la motivación y una parte necesaria en la práctica de la odontología consiste en dilucidar las condiciones bajo las que se puede motivar a las personas.

Ahora bien," la motivación es un concepto genérico que designa variables que no pueden ser inferidas directamente de los estímulos externos, pero que influyen en la dirección, intensidad y coordinación de los modos de comportamiento aislados que conducen a alcanzar determinadas metas; es el conjunto de factores innatos (biológicos) y aprendidos (cognoscitivos, afectivos y sociales) que inician, sostienen o detienen la conducta"²².

Según Fourcarde R. (1977)¹², la motivación constituye la base del desencadenamiento y mantenimiento de las actividades y comportamientos que determinan las conductas humanas. La motivación pone al organismo en movimiento, lo dirige. Los estímulos exteriores solamente adquieren, en último análisis, su poder directivo en virtud de una exigencia impulsora y selectiva inherente a la motivación misma.

Especifica, Flores Carmen T. (1994)¹¹ que la motivación es algo dinámico, que genera cambios en las personas, que toma en cuenta la historia personal y su experiencia, que puede atribuirse a estímulos externos pero también hay reacciones provocadas por estímulos internos. El fenómeno no se manifiesta de la misma manera, distintas personas reaccionan diferente ante los mismos impulsos, se puede decir, que se manifiesta de una forma muy personal y selectiva. La autora considera que la motivación es un proceso dinámico en el cual el individuo orienta sus acciones hacia la satisfacción de las necesidades generadas por un estímulo concreto y, al conseguirlo experimenta una serie de sentimientos gratificantes.

Lo expuesto orienta a considerar que las posibilidades de motivar a un paciente se incrementarán cuando el odontólogo conoce sus necesidades con relación a la salud, sus creencias y expectativas, y, reconoce que las personas actúan conforme a sus propios intereses, definidos éstos por sus necesidades. Motivar para que se asuma la salud como un valor, requiere que los pacientes puedan satisfacer sus necesidades al aplicar normas para la prevención de las enfermedades y restitución de la salud periodontal.

López V. Néstor (1997)¹⁸, señala que "el núcleo de cualquier programa preventivo de las alteraciones gingivo-periodontales, es la fase de limpieza de los dientes, en la que al individuo se le instruye con relación a las técnicas de control de la placa bacteriana y motiva para que las aplique todos los días. El control de la placa es la única medida eficaz para prevenir las enfermedades periodontales y mantener una higiene bucal adecuada, la única forma de controlar la formación de placa".

Ahora bien, el cepillado dental es una actividad diaria practicada regularmente por la mayoría de la población mundial. Smith AJ & Striffer DF (1963)³⁹, reseñan que el 86% de los norteamericanos del sexo masculino y el 98% del sexo femenino, se cepillan los dientes al menos una vez al día. Scheihman A. (1970)³⁸, informa resultados similares en Inglaterra. Blinkhorn A. (1978)¹, encontró que el cepillado de los dientes es parte del proceso de socialización primaria del niño, y las madres son un elemento fundamental en el establecimiento del hábito; pero de las madres estudiadas, solamente, el 20% había recibido instrucciones profesionales acerca de cómo cuidar los dientes de sus niños.

Por otra parte, las investigaciones indican que dos terceras partes de los pacientes que abandonan los programas preventivos, lo hacen en los primeros noventa días⁴² y que una vez que la instrucción profesional termina los efectos no continúan y los pacientes en sus visitas posteriores de chequeo periódico 2 ó 3 meses después, regresan con niveles de placa dental iguales o peores que los observados antes de las instrucciones de higiene bucal³⁷.

Asimismo, existe evidencia que las personas son capaces de alterar su comportamiento sin necesidad de asistencia profesional. Schacter S.(1982)³⁶. reseñó que es común observar cambios de conducta a largo plazo en fumadores, obesos y drogadictos, cuando los individuos se encontraban automotivados. Luego de varios intentos los individuos fueron exitosos en cambiar la conducta por sí mismos.

Surgen en consecuencia las siguientes interrogantes: ¿Por qué fallan los programas de control de placa? ¿Por qué se dificultan los cambios de hábito?, y más aún ¿Por qué no se mantiene en el tiempo los cambios logrados?.

Seif R. Tomás (1997)³⁷, enumera 9 problemas, relacionados directamente con el paciente, que minimizan la efectividad de los programas de control de placa, a saber:

Los programas de control de placa comienzan demasiado temprano en el plan de tratamiento.

El control de placa comienza sin que el paciente se sienta dueño de su problema.

Ausencia de acercamiento personalizado en el programa preventivo.

Se asumen razones erróneas con relación a las fallas del paciente en su control de placa.

Los viejos hábitos son automáticos

Se asume que el paciente tiene suficiente destreza para una adecuada higiene bucal.

Se trata de enseñar demasiadas cosas, demasiado rápido.

No existe un adecuado seguimiento al programa preventivo.

Las actividades preventivas muchas veces no se ofrecen a quienes más las necesitan.

Analizando cada uno de estos problemas se identifica que se obvian un conjunto de factores relacionados directa o indirectamente con el proceso motivacional cuyo reconocimiento podría contribuir al éxito de estas actividades. Así, en los programas preventivos:

Se desconocen los hábitos de higiene bucal del paciente

No se determina si el paciente siente que tiene un problema y si siente deseos de solucionarlo en ese momento.

No se personaliza el mensaje y por consiguiente la información que se suministra no es relevante para el problema específico del paciente.

Se tiende a pensar que el paciente no sabe como utilizar los aditamentos de higiene bucal o no entiende la importancia de hacerlo.

La mayoría de las veces se inician las instrucciones de higiene sin evaluar los procedimientos que el paciente utiliza.

Se trata de enseñar al paciente a cepillarse, correctamente, los dientes en una sola sesión.

No se tiene un sistema adecuado de recordatorio en la consulta.

Los programas de control de placa se ofrecen más a pacientes sanos que a pacientes enfermos.

En síntesis, un programa motivacional para prevenir o restaurar la salud gingivo-periodontal deberá sustentarse en el conocimiento de la persona, generando interés, demostrando preocupación, escuchando y facilitando información. Cuando existe una discrepancia entre la actuación deseada del paciente y la actuación real se trata por lo general de fallas en el proceso de motivación que imposibilitan establecer y mantener un hábito a largo plazo.

Ahora bien, cepillarse y usar hilo dental diariamente, elimina la placa y el detrito alimenticio en los dientes, interrumpiendo el proceso de la enfermedad periodontal. Sin embargo, más de la mitad de todas las personas mayores de 18 años tienen al menos los estadios iniciales de la periodontopatía y después de los 35 años, tres de cuatro adultos son afectados por la enfermedad. Pero las periodontopatías pueden ocurrir en cualquier edad, los jóvenes y niños de cinco o seis años pueden tener signos de esta enfermedad²⁸.

Con relación a la prevalencia de estas enfermedades en Venezuela, el Estudio por la Planificación Integral de la Odontología (1968)²⁴, determinó en el 45% de la población entre 7 y 14 años algún signo de enfermedad periodontal que se agrava a medida que avanza la edad. Morón Alexis, Vanegas William & Salazar Carmen R. (1986)²⁶, informan como resultado de estudio realizado en el Área Metropolitana del Distrito Maracaibo una prevalencia de 54,53%, presentándose la enfermedad en forma leve en los grupos de 15 a 19 años y severa después de los 65. Los resultados publicados por el Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA)⁶ en 1987 corroboran que las lesiones periodontales "se profundizan o afianzan con más frecuencia en personas o grupos en las que el medio actúa favoreciendo su aparición, manifestándose en los estratos más bajos el porcentaje mayor de enfermedad periodontal. Asimismo, indica FUNDACREDESA que "en sujetos entre 7 y 40 años del sexo masculino, los niveles de enfermedad son mayor, predominando en la zona urbana de la región centro-occidental, nor-oriental y metropolitana. En las áreas rurales predominó en la región centro-occidental y zuliana. Otros estudios epidemiológicos realizados en el estado Zulia: Una aproximación a la caracterización del perfil epidemiológico bucal de El Guanábano, Distrito Bolívar (1988)¹⁵ y Proyecto Rinconada. Diseño e implementación del nivel de atención primaria (1989)³⁵, reportan resultados similares a los obtenidos por Morón & Col., en el Área Metropolitana de Maracaibo en 1986. Más recientemente los hallazgos de investigaciones no epidemiológicas, verifican que el escenario no se ha modificado, significativamente, en las dos últimas décadas; así, Mavare Jacobo (1989)²³, estudia un grupo de 66 individuos en el Municipio Sucre, estado Zulia e identifica un 39,39% (26) de casos con alteraciones periodontales, en éstos se diagnosticó: enfermedad periodontal destructiva (16 casos), gingivitis simple (6 casos) y comienzo de enfermedad periodontal destructiva (4 casos).

Refiere Estupiñan-Day Saskia (1995)⁸, Asesora Regional de Salud Oral de la Organización Pan Americana de Salud (OPS), que para cambiar el perfil epidemiológico y sus factores determinantes, los países de América Latina y el Caribe se han valido de una red organizada para la prestación de servicios curativos de salud bucodental, con la participación del sector público, principalmente, y el sector privado. No obstante, estos servicios pueden ser inadecuados para atender las cambiantes necesidades de las comunidades. En muchos países de América Latina y el Caribe, los servicios públicos de salud bucodental están mal organizados, disponen de pocos recursos y carecen de personal suficiente. Una atención de calidad sólo se puede obtener en las zonas urbanas a costos elevados. Por otro lado, aunque los proveedores privados quizás son más accesibles, su respuesta al problema es más bien curativa y generalmente tienen acceso a los servicios dentales privados los grupos de más altos ingresos económicos.

Por consiguiente, señala Estupiñan-Day, la Organización Pan Americana de la Salud (OPS) para promover el mejoramiento de las condiciones de salud bucodental en los países de las Américas y ayudarlos a desarrollar servicios accesibles, eficaces y sostenibles; define, las estrategias siguientes:

- a) Promover programas preventivos nacionales de salud bucodental destinados a reducir la incidencia de caries y periodontopatías.
- b) Fortalecer la integración sostenible de los servicios de salud bucodental a los sistemas locales de salud (SILOS).
- c) Sugerir la formación de recursos humanos apropiados para atender las necesidades y nuevas direcciones de los programas de salud bucodental en la región.
- d) Apoyar la formulación de políticas sobre educación, así como los programas de comunicación orientados a mejorar el proceso decisorio y concienciar a la comunidad con respecto a las caries, las periodontopatías, y prácticas preventivas.

Es innegable la significación asignada por la OPS a la prevención de las enfermedades bucodentales, estableciendo como fundamento de esta acción la educación, la comunicación y la concienciación de la comunidad. Naturalmente, para el éxito de las actividades involucradas en estos procesos, la motivación de cada persona será de significativa importancia.

Lo expuesto justifica la búsqueda de una alternativa que posibilite cambios conductuales, a largo plazo, en el paciente con relación a prevención y curación de las enfermedades periodontales. Una alternativa que sustentada en la persona, en los atributos que conforman su ser, pensar y actuar, le motive, le impulse sostenidamente hacia el logro de mejores condiciones de salud bucal.

2. Objetivos De La Investigacion

Objetivo General

Fundamentado en los principios que explican la conducta que puede asumir el hombre en situaciones específicas y que determinan su éxito o fracaso, formular los lineamientos para un programa de motivación individual que facilite al odontólogo la ejecución en el consultorio de actividades para la prevención de la enfermedad y restitución de la salud periodontal.

Objetivos Específicos

Describir la etiología de la enfermedad periodontal y la significación de la prevención para su control y tratamiento.

Describir las teorías motivacionales

Identificar en las teorías motivacionales las variables a considerar en un programa para la prevención y restitución de la salud periodontal.

3. Consideraciones generales con relación a la etiología de la enfermedad periodontal

Por enfermedades periodontales se entienden un conjunto de procesos inflamatorios que afectan el periodonto, es decir, al conjunto de tejidos que rodean al diente causando la destrucción del hueso y provocando la pérdida de la dentición³¹. El concepto enfermedad periodontal es amplio y en principio incorpora todas las condiciones clínico-patológicas relacionadas con la gingiva, ligamento periodontal, cemento dental y hueso alveolar. La afección y destrucción de estos tejidos de soporte dental denominados, generalmente, periodonto, traería como consecuencia una disminución paulatina de la función dental y su posterior pérdida total³⁴.

Básicamente las enfermedades periodontales se dividen en gingivitis y periodontitis, teniendo a su vez, cada una de ellas, varias subclasificaciones con distinta gravedad. Las enfermedades periodontales son la causa más importante de pérdida dental en adultos, afectando a tres de cuatro personas en algún momento de sus vidas³¹.

La gingivitis es la inflamación de la encía sin destrucción del hueso y por lo tanto reversible. Se caracteriza por enrojecimiento y sangrado fácil de la encía. El tratamiento de este proceso, por otra parte sencillo, es muy importante pues puede evitar la progresión a periodontitis, donde hay daños irreversibles en las encías y estructuras de soporte del diente. La progresión de la enfermedad sin tratar, hace que los dientes se vuelvan móviles, pudiendo caerse o ser extraídos. Los signos más típicos de la enfermedad periodontal son³¹:

Encías enrojecidas, inflamadas o dolorosas
 Sangrado al cepillarse o espontáneo.
 Retracción de las encías y sensibilidad al frío
 Mal aliento persistente

Movilidad de dientes
Desplazamiento de dientes y cambios en la mordida
Flemones dolorosos de repetición en las encías

La enfermedad periodontal es de causa bacteriana, producida por el acumulo de placa bacteriana, una capa pegajosa e incolora que se forma constantemente y se adhiere al diente en contacto con la encía. Una higiene bucal diaria meticulosa, es esencial tanto para prevenir como para tratar la enfermedad. Además de la placa bacteriana pueden actuar cofactores alterando la respuesta del organismo, como son: el tabaco, la dieta, el estrés y enfermedades que afecten el sistema inmune³¹.

Los factores etiológicos de la enfermedad periodontal han sido clasificados en locales y sistémicos. Los factores locales son los que se encuentran en el medio ambiente inmediato al periodonto, en tanto que los sistémicos derivan del estado general de salud del paciente. Los factores locales causan inflamación, principal proceso patológico de la enfermedad periodontal, los factores sistémicos regulan la reacción de los tejidos a los factores locales, de modo que el efecto de los irritantes locales puede resultar agravado por condiciones sistémicas desfavorables¹⁶.

La placa bacteriana, como factor local, es necesaria para el inicio de la enfermedad. Sin embargo, una cantidad pequeña pero variable de placa, puede ser controlada por los mecanismos de defensa del organismo, resultando un equilibrio entre agresión y defensa. Este equilibrio puede romperse bien por aumento de la cantidad de placa, la virulencia de las bacterias y la reducción de la capacidad defensiva del organismo³

La patogenia de la gingivitis presenta tres etapas: inicial, temprana y establecida. La lesión inicial corresponde a una inflamación aguda que puede ser inducida experimentalmente al aplicarse extractos de placa bacteriana sobre la encía normal. La lesión temprana se caracteriza por infiltrado celular linfóide que se ve en los sitios de reacciones de hipersensibilidad mediada por células y puede inducirse al aplicar antígenos purificados de contacto a los tejidos gingivales sensibilizados previamente. A medida que la condición empeora, las lesiones establecidas pueden permanecer estables por tiempo indefinido o retroceder²⁹.

Las manifestaciones clínicas de la gingivitis son fenómenos episódicos caracterizados por brotes discontinuos de inflamación aguda. La mayoría de las lesiones son transitorias o persistentes pero no progresivas. La pérdida de los niveles de inserción puede, preceder a la pérdida del hueso alveolar, sin las manifestaciones de una gingivitis concurrente o precursora. Por otro lado, las evidencias indican que algunas de las lesiones de gingivitis pueden, y en efecto lo hacen, progresar a periodontitis^{3,16}.

A partir de los trabajos de Løe H. (1963)¹⁷, se asigna significativa importancia a la profilaxis en el tratamiento periodontal. La eliminación de la placa bacteriana, el cálculo dental, las pigmentaciones y películas de la superficie dental. Así, raspadores, curetas y ultrasonido, entre otras modalidades, para aumentar la queratinización de la encía y reducir la inflamación, se han generalizado en la consulta odontológica. En el hogar, el cepillo dental, el agua a presión y el uso de productos químicos con efecto antiplaca; son complementos en el tratamiento odontológico para evitar la recurrencia de la alteración periodontal tratada.

No obstante, los avances en el tratamiento de las alteraciones periodontales, el conocimiento científico de su etiología y la respuesta de la enfermedad a las modalidades terapéuticas, se enfatiza que para su prevención lo fundamental es mantener el ambiente bucal limpio para evitar la proliferación de bacterias patógenas que producen trastornos en los tejidos de soporte y conservar la capacidad de defensa del huésped a través de la adecuada salud física y mental¹⁴.

La enfermedad periodontal, en contra de viejas creencias, no es ni incurable ni irremediable, pudiendo tratarse hoy en día con éxito, aunque es muy importante detectarla en sus fases más precoces para evitar tratamientos complejos. La enseñanza efectiva de un cepillado meticuloso con empleo rutinario de seda dental y un programa de visitas periódicas al dentista, son las medidas preventivas más eficaces para el control de estas enfermedades³¹.

4. Significación de la motivación en la prevención de las enfermedades periodontales.

Hay cuatro principios básicos a tener en consideración para la prevención de las enfermedades periodontales:

- a) Las enfermedades periodontales son enfermedades infecciosas de origen bacteriano
- b) Hay una estrecha relación entre enfermedades periodontales y placa bacteriana
- c) Si se practica una limpieza bucal efectiva, se puede prevenir y controlar las enfermedades periodontales
- d) La medida preventiva más eficaz para prevenir las enfermedades periodontales es la cuidadosa remoción mecánica de la placa bacteriana¹⁸.

Sustentado en estos principios, López Villarroel Néstor (1995)¹⁸ señala que el eje de cualquier programa preventivo de enfermedades periodontales, es la fase de limpieza de los dientes, en la que se enseñan al individuo las técnicas de control de placa y se le motiva para que las aplique todos los días.

La remoción de la placa debe efectuarse diariamente por cada individuo, y debe ser complementada por profilaxis profesional periódica. Esto significa que la prevención de las enfermedades periodontales va a depender de la conducta de cada persona, conducta que está determinada por la motivación que tenga en salud bucal¹⁸.

En la enseñanza de los procedimientos preventivos que evitan la formación de placa se debe motivar, educar y entrenar al paciente en el uso de técnicas de control de placa bacteriana¹⁸.

Motivar es combinar la entrega de información con la exhortación a hacer lo correcto. Motivar es reconocer un deseo o una necesidad que hace al individuo actuar. El éxito de los programas preventivos en periodoncia está relacionado en gran parte con la motivación de las personas para buscar cuidados permanentes para su salud bucal⁷. La persona debe saber que es posible prevenir las enfermedades bucales, por lo que el odontólogo debe entregarle la información necesaria y adecuada¹⁸.

Para lograr la motivación de una persona para mantener o recuperar su salud, esta persona debe sentir que es susceptible de enfermar. Y debe estar consciente que la falta de cuidado o tratamiento puede tener serias consecuencias, y por lo tanto deberá priorizarlas con relación a cosas que quiera hacer o comprar¹⁸.

El odontólogo debe persuadir al paciente a conducirse de modo que pueda alcanzar su meta: esto es la salud bucal. La meta de la salud bucal debe ser valorada y percibida por la persona como alcanzable con el cambio de conducta. Debe convencerse que la inversión de tiempo y dinero en cuidados de su salud puede prevenir o disminuir la posibilidad de perder sus dientes. La persona debe convencerse que es necesario y ventajoso practicar medidas preventivas para mantener la salud o disminuir el riesgo de enfermar¹⁸.

Se debe despertar una actitud positiva hacia la conservación de la salud bucal sin producir ansiedad o temor, enfatizando los beneficios que se derivan de mantener los dientes y encía sanas, más que los perjuicios que pueden ocurrir. Las técnicas de motivación basadas en amenazas y en el miedo da resultados impredecibles. Algunas personas pueden reaccionar positivamente, otras, con baja autoestima reaccionan negativamente¹⁸.

Para conseguir una actitud positiva para mantener la salud, la persona debe estar convencida del beneficio que obtendrá con la práctica de los cuidados preventivos, y debe sentir satisfacción derivada de la práctica de cuidados preventivos. Satisfacciones tales como:

- Psicológicas: prevenir lesiones dolorosas
- Emocionales: boca agradable, fresca, sin molestias para comer
- Estéticas: verse bien, atractivo, joven
- Sociales: bien aceptado por otros, sin mal aliento
- Económicas: evitar costos de tratamiento por enfermedades totalmente posibles de prevenir

En este mismo orden de ideas; Seif R. Tomás (1997) señala que aunque resulta absurdo, existe una gran cantidad de profesionales que dan más importancia a la intervención clínica que a las medidas

preventivas y el fracaso al tratar de cambiar la conducta de cuidados dentales es vista, en general, como culpa del paciente por una falla de <<cumplimiento>> con los regímenes preventivos³⁷.

El término <<cumplimiento>>, señala el autor, tiene de hecho, cierto contenido peyorativo e implica que los profesionales de la salud esperan obediencia y aceptación de sus instrucciones por parte de los pacientes. Se trata de un modelo de relación odontólogo-paciente de tipo autoritario, vertical. El profesional da las instrucciones, el paciente debe cumplirlas. La conducta propuesta al paciente es pasiva, sumisa. Las conductas previas o actuales del paciente con relación a su auto-cuidado en el hogar no son por lo general indagadas³⁷.

Seif R., propone seis fases esenciales para el diseño de un programa preventivo, refiriendo la 4ta. y 5ta fase al cambio conductual y reforzamiento de las nuevas conductas. En la 6ta. fase, cuando se evalúa el programa, reconoce la motivación como uno de los elementos que contribuyen al éxito o fracaso de los programas preventivos y diferencia la motivación en: externa e interna.

La manera clásica de motivar a los pacientes es proporcionando información de las consecuencias positivas o negativas que se generan a partir de determinada conducta. Esta forma de motivación externa tiene que ver con la información, interés y preocupación del profesional de la salud para con el paciente. La motivación externa es útil únicamente en situaciones en las que el paciente carece de información y no conoce ni entiende la naturaleza de su enfermedad. En estos casos, la información por sí misma no lleva a cambios de conducta estables en el tiempo³⁷.

La motivación interna refiere el verdadero deseo o disposición de la persona en cambiar su conducta y sus potencialidades para poder intentar y realizar el cambio. Un individuo internamente motivado es un buen candidato para un programa preventivo; más aún, si tiene un historial de logros y metas en su haber, ya que es una persona acostumbrada a luchar para alcanzar sus metas³⁷.

En síntesis, el odontólogo debe considerar la motivación como una herramienta fundamental para que el paciente logre cambiar su conducta con relación a salud periodontal e integre a su personalidad como un hábito de la vida diaria, la ejecución permanente de los procedimientos que le garantizan mantener un ambiente bucal libre saludable. Para esto, es necesario que el paciente entienda su problema y se sienta responsable del mismo. Sin esta motivación, es muy poco lo que se puede hacer para evitar la enfermedad.

Ahora bien, la motivación es un proceso dinámico que genera cambios en las personas. Una energía que dirige el comportamiento de las personas en direcciones específicas e integra factores biológicos, cognitivos y sociales. Por consiguiente, para lograr el cambio de conducta es imprescindible identificar en el programa preventivo las variables motivacionales que analizadas como un todo e identificadas sus relaciones con patrones de conductas adquiridos pueden ser redimensionados con la finalidad de lograr mejoras en la situación de salud periodontal del paciente.

Si se pretende cambiar el curso de un determinado proceso de morbilidad mediado por la conducta de las personas, no basta saber que su comportamiento puede derivar en pérdida de salud. Hay que saber por qué se comportan como lo hacen y cómo puede sustituirse su conducta. Esta es la base para el éxito de los programas preventivos.

5. La motivación. Consideraciones previas

La motivación es un proceso dinámico, los estados motivacionales están en continuo flujo, en un estado de crecimiento y declive perpetuo. Muchos motivos se ciñen a un proceso cíclico de cuatro etapas: a) anticipación, b) activación y dirección, c) conducta activa y retroalimentación (feedback) del rendimiento y c) resultado³².

En la fase de anticipación, el individuo tiene alguna expectativa de la emergencia y satisfacción de un motivo. Esta expectativa se caracteriza por un estado de privación y deseo de conseguir una meta. Durante la fase de activación y dirección, el motivo es activado por un estímulo intrínseco o extrínseco. El motivo, a su vez, legitima la conducta que surge a continuación. Durante la conducta activa y el feedback del rendimiento, el individuo participa en conductas dirigidas que le permiten aproximarse a un objeto-meta deseable o distanciarse de un objeto-meta aversivo. Mediante los esfuerzos de enfrentamiento y la resultante retroalimentación de éxito o fracaso, el individuo evalúa la efectividad de

la conducta dirigida. En la fase de resultado, el individuo vive las consecuencias de la satisfacción del motivo (si el motivo no está satisfecho, entonces persistirá la conducta)³².

Este proceso se puede aplicar a modo ilustrativo, al miedo a hablar en público. Antes del acontecimiento, la persona ve la conferencia como una amenaza personal y se imagina todas las cosas que le pueden salir mal. Ver el público (un estímulo externo) provoca un principio de miedo. Como respuesta al miedo, la persona exhibe tendencias de evitación y probablemente intentará salirse de la situación. Suponiendo que no puede evitar la conferencia, la persona realiza conductas verbales y no verbales que provocarán el aplauso o el desinterés del público. Si la retroalimentación del rendimiento es favorable, el miedo se disipará seguramente. Si el feedback es negativo, persistirá el miedo y el ponente seguirá mostrando respuestas de enfrentamiento³².

Cuando la conducta está motivada por fuerzas intrínsecas (por ejemplo, fatiga, curiosidad) está auto-regulada. Cuando la motivan fuerzas extrínsecas (por ejemplo, dinero, halagos) está regulada por el ambiente³².

La motivación regulada por el ambiente es generalmente una consecuencia artificial y extrínseca de una conducta³². En el caso de un paciente, algunos motivadores extrínsecos podrían ser: mejor apariencia física, relacionarse mejor con otras personas, los elogios de la familia y el odontólogo. Cada uno de estos motivadores extrínsecos es una consecuencia socialmente fabricada que no tienen nada que ver con el acto de mantener una adecuada salud periodontal. Por lo tanto, aspectos del ambiente aportan la motivación para realizar o no la conducta³².

La motivación auto-regulada generalmente surge de intereses, necesidades y reacciones personales al propio comportamiento. Para el trabajador, las reacciones propias de su trabajo pueden incluir sentimientos de competencia o maestría. Si la evaluación de la competencia personal produce unos sentimientos tan positivos, éstos pueden convertirse en motivadores intrínsecos para seguir trabajando. Se puede comer por una necesidad de hambre y organizar fiestas con los amigos por una necesidad de afiliación. En cada uno de estos ejemplos hay agentes internos que aportan la motivación necesaria para realizar o no la conducta³².

Los motivos humanos se ha organizado basándose en modelos jerárquicos. Así, algunos modelos cumplen funciones básicas y de supervivencia mientras que otros tienen funciones superiores orientadas hacia el crecimiento. A modo de ejemplo, la clásica jerarquía de necesidades de Abraham Maslow (1943) incluye necesidades fisiológicas, de seguridad, pertenencia, valoración y autorealización. Las necesidades fisiológicas y de seguridad atienden a las necesidades de supervivencia más básicas, mientras que las necesidades de autorealización atienden a necesidades orientadas hacia el crecimiento. La jerarquía de Maslow es positiva en el sentido que constituye una integración teórica de necesidades que de otro modo no estarían relacionadas. Para Maslow, las necesidades fisiológicas dominan la motivación humana en cuanto que la satisfacción de estas necesidades de seguridad emerja, energicen y dirijan la conducta. A su vez, la gratificación de las necesidades de supervivencia y seguridad permiten que emerjan las necesidades de pertenencia (o amor)³².

Buck Ross (1985) propone un modelo más actualizado de los sistemas motivacionales humanos. Para Buck, existen cinco grandes sistemas de motivación/emoción: instintos, pulsiones primarias, pulsiones adquiridas, emociones y motivación de competencia. Para Buck, los instintos y pulsiones primarias generalmente atienden las necesidades básicas de supervivencia del individuo. Las pulsiones adquiridas, las emociones y la motivación de competencia, generalmente sirven a las necesidades de adaptación y crecimiento. Conjuntamente, los cinco sistemas dotan al individuo de un juego de completo de estructuras internas para afrontar de forma efectiva las complejas exigencias del ambiente. Cada sistema tiene un propósito especial³².

No siempre somos conscientes de la base motivacional de nuestra conducta. Los motivos humanos pueden ser evidentes o no tan evidentes, comprensibles o inexplicables, conscientes o inconscientes. Este principio sirve para señalar que los motivos de la conducta humana no siempre son inmediatamente aparentes.

Expresiones de Motivación. La motivación, como la inteligencia, no es fácilmente observable. La motivación se infiere observando sus manifestaciones. Así, para inferir si un individuo está hambriento

miramos si come más rápidamente de lo habitual, si mastica vigorosamente y se olvida de las convenciones sociales al comer³².

Afortunadamente, se sabe mucho sobre los antecedentes que dan lugar a las condiciones motivacionales. Ya que se conocen los antecedentes a muchos estados motivacionales, no siempre se está en la postura incierta de inferir la motivación del comportamiento. En otras palabras se puede asegurar que después de 72 horas sin comer, la persona tendrá hambre; después de interferirle una meta importante la persona estará frustrada; y después de ganar una competencia la persona se sentirá competente. La privación de comida lleva al hambre, la interferencia en una meta a la frustración y los mensajes objetivos de efectividad llevan a evaluaciones de competencia. Sólo en el caso que se desconozcan estas condiciones antecedentes existe la necesidad de inferir los estados motivacionales de la conducta. Asumiendo que se desconocen las condiciones antecedentes, hay tres categorías de actividad que expresan la motivación: conducta abierta, fisiología y auto-informe.

Conducta Abierta. Seis factores de la conducta pueden ser indicativos de la presencia e intensidad de una emoción:

Latencia, es el tiempo que tarda en producirse una respuesta tras la exposición a un estímulo. Como regla general, a menor latencia de respuesta, mayor la intensidad de emoción inferida.

Persistencia, es el intervalo de tiempo entre el comienzo de una respuesta y su cese. La persistencia de la respuesta es proporcional a la intensidad del motivo de esa conducta.

Elección o preferencia, sitúa al individuo frente a dos estímulos y le pide que participe voluntariamente en uno u otro. Generalmente, las personas disponen de varias opciones de conducta de las que escogen una.

Amplitud, es la intensidad de respuesta de un individuo ante un estímulo. Cuanto más intensa es la conducta, mayor será la fuerza del motivo inferido.

Probabilidad de respuesta. Se refiere a las ocasiones en las que se produce una respuesta dirigida hacia una meta en proporción al número de oportunidades de que se dé la respuesta.

Expresiones faciales y corporales comunican, en parte, los aspectos emocionales de la conducta. Una sonrisa, los cambios de posición, las expresiones faciales, comunican la presencia e intensidad de los motivos y emociones.

Estos seis aspectos de la conducta ofrecen datos observables de los que se puede inferir la motivación. Cuando la conducta tiene una latencia corta, una persistencia larga, una probabilidad de producirse, es intensa, e incluye expresividad facial o de gestos, entonces existen datos a partir de los cuales se puede inferir un motivo relativamente intenso. Cuando la conducta tiene una latencia larga, poca persistencia, baja probabilidad de producirse, no es intensa e incluye poca expresividad facial y de gestos, o si el individuo persigue un objeto-meta alternativo, entonces se puede inferir la ausencia de un motivo, o al menos uno bastante débil³².

Otra manera de evaluar la motivación es pedirle a la persona un auto-informe de su nivel de motivación. Esto se puede hacer en una entrevista o mediante un cuestionario. La ventaja de los cuestionarios es que son fáciles de administrar, permiten recabar la información exacta, y le dan a la persona que responde varias opciones de respuesta a una pregunta concreta. Sin embargo, las personas pueden distorsionar sus auto-informes deliberadamente para dar puntuaciones socialmente deseables y desconocer sus propios motivos³².

Las medidas conductuales y de auto-informe permiten tener una base objetiva de la que inferir la fuerza del motivo. Desgraciadamente, hay una frecuente falta de concordancia entre medidas de auto-informe y medidas conductuales. De otro modo, lo que las personas dicen que son sus motivos a menudo no son lo que sus expresiones conductuales indican que son. Debido a esta discrepancia se suele hacer mayor uso de las medidas conductuales y fisiológicas que de medidas de auto-informe³².

La investigación en motivación abarca cinco grandes campos. Cada campo estudia distintos determinantes causales de la conducta.

Motivación fisiológica. La perspectiva fisiológica representa el punto de vista biológico dentro del campo de la motivación y explora cómo los sistemas nervioso y endocrino incide en los motivos y las emociones. El análisis fisiológico presta mucha atención a cómo el cuerpo se prepara para la acción,

cómo produce sensaciones de placer y dolor y cómo regula los sistemas internos para preservar la salud y la supervivencia³².

Motivación Extrínseca e Intrínseca. El estudio de la motivación extrínseca introduce la perspectiva conductista al estudio de la motivación. El conductismo no niega que la conducta tenga causas internas, pero sus defensores consideran que las causas fundamentales de la conducta se encuentran fuera y no dentro de la persona. El estudio de la motivación intrínseca ha evolucionado casi a contra corriente con el enfoque conductista. Los partidarios de este enfoque proponen que los seres humanos son inherentemente activos e intrínsecamente motivados. Para explicar por qué las personas realizan ciertas conductas cuando las recompensas y castigos extrínsecos son mínimos, los teóricos de la motivación intrínseca hablan de la importancia de necesidades psicológicas tales como la competencia y la curiosidad³².

Motivación cognitiva. El enfoque de la cognición en motivación se asemeja a las perspectivas fisiológicas y motivación intrínseca. De acuerdo con la perspectiva cognitiva, lo que determina la emoción son los pensamientos y procesos mentales³².

Diferencias individuales. El enfoque de personalidad reconoce que la gente comparte una gran variedad de motivos comunes (hambre, por ejemplo) pero también señala la existencia de diferencias individuales entre los motivos específicos³².

Actualmente no se busca una causa única de la conducta sino que la investigación se limita al estudio de las bases motivacionales de los cinco sistemas independientes (e interactivos) de motivación fisiológica, motivación intrínseca y extrínseca, motivación cognitiva y diferencias individuales.

Orígenes del Concepto Motivación

El concepto motivación se remonta a los antiguos griegos -Sócrates, Platón y Aristóteles. Platón creía en un alma organizada de forma jerárquica con elementos nutricios, sensitivos y racionales. Para Aristóteles, las partes nutricias y sensitivas estaban relacionadas con el cuerpo y eran de naturaleza motivacional, aportando los motivos de crecimiento corporal y quietud (nutritivos) y experiencias sensoriales como placer y dolor (sensitivos). Juntas, estas dos partes formaban las bases de la fuerza motivacional e impulsiva. Al postular la existencia de un alma tripartita y jerárquica, los antiguos griegos presentaron la primera explicación teórica de la actividad motivada: los deseos del cuerpo, los placeres y sufrimientos de los sentidos y los esfuerzos de voluntad³².

En la era moderna, René Descartes impulsó una distinción entre los aspectos pasivos y activos de la motivación. Para Descartes, el cuerpo era un agente pasivo de la motivación mientras que la voluntad era el agente activo. El cuerpo no era más que una entidad física y mecanicista que poseía motivos nutricios y reaccionaba al ambiente externo a través de los sentidos, los reflejos y la fisiología. Si se quería entender los motivos corporales, era necesario un análisis fisiológico. La mente era una entidad espiritual no-material y pensante con una voluntad resuelta. Si se quería entender los motivos resolutivos, era necesario hacer un análisis de la voluntad³². Igual que sus predecesores, Descartes creía que los motivos podían emerger tanto del cuerpo como de la voluntad. La voluntad era el motor que iniciaba y dirigía la acción, decidiendo si actuar y qué hacer mientras se actuaba. Al asignarle a la voluntad poderes absolutos de motivación, Descartes le dio a la filosofía la primera gran teoría de la motivación: la voluntad. Ahora bien, para comprender la esencia de la motivación se invirtió una gran cantidad de energía filosófica en el estudio de la voluntad; llegándose, sin embargo, a la conclusión que la voluntad era una propiedad poco entendida de la mente que emergía de algún lugar del conjunto de experiencias e introspección repleta de motivos e intenciones³².

En suma, llegó a ser tan difícil explicar la voluntad como la motivación que supuestamente generaba. Por lo tanto, la nueva ciencia de la psicología optó por buscar un principio motivacional sustitutivo que fuera menos ambiguo y más mecanicista. Este principio surgió en el campo de la fisiología y la biología³².

Las teorías de Lamarck y Darwin sobre la evolución de las especies son un antecedente para la explicación del proceso motivacional. Lamarck consideró que una gran modificación en el ambiente de una especie animal daría por resultado la necesidad de un cambio en esa especie. Esta necesidad de

cambio, producida por sentimientos internos, causaría en el animal la formación de nuevos hábitos para ajustarse a su nuevo ambiente¹¹.

Charles Darwin (1859, 1872), propuso para explicar la conducta no aprendida y automatizada, la idea del instinto. El instinto podía explicar, de dónde venían las fuerzas motivacionales³². A través de sus trabajos Darwin señala que el hombre está sujeto a numerosas variaciones determinadas por las mismas causas, reguladas y transmitidas conforme a las mismas leyes generales que rigen a los animales inferiores. Así, tiende a multiplicarse de una forma acelerada para que su descendencia esté necesariamente sometida a una lucha por la sobrevivencia y, por consiguiente, a la selección natural. Confirma esto el hecho que la evolución se produce porque cada vez más el hombre sigue actuando ante situaciones desconocidas que lo mueven a encontrar nuevas formas de adaptarse al ambiente que lo rodea¹¹.

Para Darwin el hombre tiene el poder de adaptar sus hábitos a nuevas condiciones de existencia. Al desarrollar las cualidades intelectuales y orales que lo distinguen de los animales inferiores, el hombre ha debido ser muy susceptible de modificar su estructura corporal por la selección natural o por otros medios, para mantener una armonía con un universo que cambia continuamente. Los seres vivos se mantienen en permanente encuentro con nuevas emociones ante los continuos cambios del medio que los rodea y al quedar satisfechos, inmediatamente aparecen otros motivos a los cuales dirigir su atención y planificar nuevas acciones para la satisfacción de estos motivos. Estos cambios parecen ser una constante a lo largo de la vida¹¹.

Los planteamientos de Lamarck y Darwin, permitieron reorientar las investigaciones biológicas y las psicológicas centrándolas en la observación sistemática y la experimentación. La influencia de Darwin en la psicología se evidencia en las obras de James W. (1890), McDougall (1908), Thorndike (1898) Freud (1915) y Hull C. (1943). James y McDougall, centraron su atención en la fuerza motivadora de los instintos. Thorndike E., fundamentó el proceso motivacional en el aprendizaje, Freud, estudió las fuerzas inconscientes que impulsan el comportamiento y Hull el hábito y la pulsión como los principales determinantes de la conducta¹¹.

Maslow A.H. (1943), estudia las necesidades humanas asignándole relevancia a las necesidades fisiológicas. El organismo permanecerá en un estado de tensión hasta tanto estas necesidades estén satisfechas y una vez que se ha logrado aparecen otras que pueden dominar al organismo más que el hambre y el sueño. Para Maslow, el organismo está dominado por las necesidades insatisfechas¹¹.

Para Clark R.A. (1949), Atkinson (1974) y McClelland (1978), la base de la motivación no está en un impulso sino en el restablecimiento de un cambio en la situación afectiva actual. Todas las tendencias de acercamiento o evitación son aprendidas. El sujeto aprende a acercarse cuando determinada clave desencadena una anticipación de efecto positivo, lo contrario sucede en la evitación. Estos autores dan un lugar relevante a las necesidades sociales, debido a la interacción entre las personas y al hecho que para satisfacer las necesidades se necesita del contacto con los otros¹¹.

En 1958, Woodworth sostiene la idea que gran parte de la conducta humana parece estar dirigida a producir efectos sobre el ambiente, sin que esto reporte la satisfacción de alguna necesidad orgánica¹¹.

White R. W. (1959), introduce el término competencia que se refiere a la capacidad de un organismo para interactuar efectivamente con su ambiente. Relacionando las condiciones del hombre con su capacidad para aprender, considera importante tratar la competencia como un elemento motivacional, por cuanto la motivación necesaria para alcanzar la competencia, no se puede derivar enteramente de fuentes de energía conceptualizadas como impulsos o instintos¹¹.

En 1961, Allport G.W., centra sus estudios en una concepción del hombre que lo diferencia en algunas de sus motivaciones de los demás animales de la escala zoológica y utiliza el término necesidad para diferenciar los motivos básicos y las motivaciones inalterables pero desplazables¹¹.

Deci E.L. (1985), reelabora el concepto necesidad de competencia como motivación intrínseca, explicando que las condiciones motivadas internamente son aquellas que la persona ejecuta para sentirse autodeterminada y competente.

Lo expuesto muestra como ha evolucionado la concepción del proceso motivacional, desde la perspectiva puramente homeostática del equilibrio del hombre con la naturaleza hasta el principio de interacción del ser humano, no sólo con su ambiente sino con las demás personas que lo rodean. Por consiguiente, la motivación no puede asumirse como un fenómeno aislado, la motivación forma parte de un todo, es un estado constante, inacabable, fluctuante y complejo. Es una característica universal, presente en todos los seres vivos¹¹.

Definiciones del Concepto Motivación

McClelland (1974), citado por Flores Carmen T. (1994)¹¹, expresa que la motivación está constituida por las múltiples expectativas o asociaciones que se forman y crecen alrededor de las experiencias afectivas; por lo tanto, en las experiencias infantiles que llegaron a integrar la personalidad del individuo, se encontrará la raíz profunda, el origen determinante de las diferentes formas de conducta mediante las cuales se satisface el impulso dado por la motivación.

Fourcarde R. (1977)¹², define la motivación como la base del desencadenamiento y mantenimiento de las actividades y comportamientos que determinan las conductas humanas.

Para Nuttin, citado por Fourcarde R. (1977)¹², la motivación pone al organismo en movimiento, lo dirige. Los estímulos exteriores solamente adquieren, en último análisis, su poder directivo en virtud de una exigencia impulsora y selectiva inherente a la motivación misma.

Mankeliunas, M. (1991)²², considera que la motivación es un concepto genérico que designa a las variables que no pueden ser inferidas directamente de los estímulos externos, pero que influyen en la dirección, intensidad y coordinación de los modos de comportamiento aislados que conducen a alcanzar determinadas metas; es el conjunto de factores innatos (biológicos) y aprendidos (cognoscitivos, afectivos y sociales) que inician o detienen la conducta.

Burk Ignacio (1993)². Subjetivamente el hombre experimenta las motivaciones comportamentales como ganas, apetencias, deseos, intereses y compulsiones emocionales. En general, se está motivado cuando algún estado afectivo apremia al individuo a realizar o evitar una cierta conducta. Por supuesto, en los estados anímicos motivantes del hombre hay también ingredientes intelectuales. La motivación tal y como se experimenta subjetivamente, suele ser una conjugación de pensamiento razonador e impulsante afectividad.

Farcug Carlos (1994)⁹. Motivación es todo aquello capaz de empujar la existencia humana hacia el futuro, aunque la meta esté lejana y no se vea o se halla perdido la perspectiva y el camino por donde encontrarla.

6. Teorías que explican el proceso de motivación

Hacia finales del siglo pasado, los psicólogos tendían a explicar el comportamiento motivado atribuyéndolo a los instintos, tendencias innatas a comportarse de cierto modo en presencia del estímulo adecuado. En 1890, William James sugería que el comportamiento humano puede explicarse en función de instintos como la rivalidad, el temor, la curiosidad, el amor, la vergüenza y el resentimiento⁵.

De acuerdo con la teoría instintiva de la motivación, los seres humanos y los animales nacen dotados de diversos conjuntos de comportamientos preprogramados, esenciales para la supervivencia. Estos instintos proporcionan la energía que canaliza el comportamiento en la dirección adecuada. Así, el sexo se podría explicar como una respuesta ante un instinto de reproducción, y se podría considerar que la conducta exploratoria obedece al instinto de examinar el territorio propio¹⁰.

Treinta años después, se habían identificado miles de instintos humanos, y los psicólogos empezaron a buscar una mejor elucidación del comportamiento por que todas las explicaciones basadas en los instintos no lograban dilucidar por qué un patrón específico de comportamiento, y no otro, surge en una especie determinada. Además, la variedad y complejidad del comportamiento

humano, gran parte del cual es aprendido, son difíciles de explicar si los instintos constituyen la principal fuerza motivacional¹⁰.

Una visión alternativa de la motivación afirma que las necesidades del organismo (necesidad de alimento o agua) da lugar a un estado de tensión o excitación llamado impulso (hambre o sed). Según la teoría de la reducción de pulsiones, el comportamiento motivado es un intento por reducir un estado de tensión desagradable y devolver al organismo a un estado de homeóstasis o equilibrio⁵.

Una pulsión es una tensión motivacional, o excitación, que energiza el comportamiento con el fin de satisfacer alguna necesidad. Gran cantidad de pulsiones básicas, llamadas pulsiones primarias como el hambre, la sed, el sueño y el sexo, se relacionan con necesidades biológicas del cuerpo o de la especie en su conjunto. Las pulsiones primarias contrastan con las pulsiones secundarias, mediante las cuales no se satisface ninguna necesidad biológica evidente. En las pulsiones secundarias las necesidades se generan por medio de las experiencias previas y el aprendizaje¹⁰.

Generalmente se trata de satisfacer una pulsión primaria mediante la reducción de la necesidad que le subyace. La razón de ese comportamiento es la homeóstasis, un fenómeno básico de motivación que subyace a las pulsiones primarias. La homeóstasis es la conservación de un nivel óptimo de funcionamiento biológico interno por medio de la compensación de las desviaciones del estado interno normal y equilibrado de un organismo. Aunque no todos los comportamientos biológicos que se relacionan con la motivación encajan en un modelo homeostático -el comportamiento sexual es un ejemplo- la mayoría de las necesidades fundamentales de la vida, incluyendo el hambre, la sed y el sueño se explican razonablemente por medio de este modelo¹⁰.

Hull C. L. (1943, 1952), el principal representante de esta concepción teórica, elaboró una ecuación para definir la motivación y propuso que la acción multiplicativa entre la Fuerza del Hábito (H) y la Pulsión (P) determinaba el grado Potencial de Excitación (PE) o motivación adquirida para producir un determinado comportamiento, así:

Pero la reducción del impulso no explica todos los comportamientos motivados. Por ejemplo, si se está aburrido, se desea una actividad que incremente la tensión y la excitación. Pareciera que el organismo busca un estado óptimo de excitación; si ésta es demasiado alta, se intenta reducirla; si es demasiado baja, se trata de incrementarla⁵.

Por otra parte, ciertos comportamientos no parecen ser desencadenados por estados internos de ningún tipo; los objetos del medio (llamados incentivos) también motivan el comportamiento⁵.

La búsqueda de emociones y la curiosidad son sólo dos clases de comportamientos que suscitan dudas sobre la teoría motivacional de reducción de pulsiones. En ambos casos, en lugar de tratar de reducir una pulsión subyacente, los seres humanos parecen estar motivados para aumentar su nivel general de estimulación y actividad. Con el fin de explicar este fenómeno se han elaborado teorías alternativas a la de reducción de pulsiones¹⁰.

Las teorías de la excitación tratan de explicar el comportamiento en el que la meta es la conservación o el aumento de la excitación (Berlyne, 1967; Brehm & Self, 1989). De acuerdo con la teoría de la excitación, el hombre trata de conservar un determinado nivel de estimulación y actividad. Si el nivel de estimulación y actividad aumenta en forma excesiva se intentará reducirlo. Pero el modelo de la excitación también sugiere una cosa muy distinta al modelo de reducción de pulsiones: si los niveles de estimulación y actividad son muy bajos, se tratará de aumentarlos buscando estimulación¹⁰.

Según esta teoría, existe un nivel óptimo de excitación para el desempeño de tareas. Es recomendable un nivel más alto de excitación para tareas cotidianas sencillas que para tareas más complejas. Es como si la excitación obstaculizara la producción de respuestas adecuadas ante tareas complejas, en tanto que facilita un mejor desempeño en tareas sencillas. Por otra parte, tanto las tareas complejas como las sencillas se afectan cuando el nivel de excitación es demasiado alto. En este caso, la excitación distrae y produce ansiedad, por lo que repercute negativamente en el desempeño independientemente de la complejidad de la tarea¹⁰.

La teoría de los incentivos trata de explicar por qué el comportamiento no siempre está motivado por una necesidad interna, tal como el deseo de reducir las pulsiones o conservar un óptimo nivel de excitación. En lugar de centrarse en factores internos, la teoría de los incentivos explica la motivación con base en la naturaleza de los estímulos externos, los incentivos que dirigen y energizan al comportamiento. Desde esta perspectiva, la naturaleza de los estímulos externos en gran medida, explica la motivación de las personas¹⁰.

Aunque esta teoría explica por qué se puede sucumbir ante un incentivo (un postre apetitoso) a pesar que no haya claves internas (hambre), parece ser insuficiente para proporcionar una explicación completa de la motivación, puesto que los organismos tratan de satisfacer sus necesidades incluso cuando no hay incentivos presentes. A consecuencia, muchos psicólogos consideran que las pulsiones internas trabajan en conjunto con los incentivos externos para impulsar y atraer el comportamiento, respectivamente. Por lo tanto, las pulsiones y los incentivos pueden funcionar conjuntamente para motivar el comportamiento¹⁰.

La teoría de la motivación por procesos opuestos (Salomon & Corbit, 1974) trata de explicar la motivación que subyace a fenómenos tales como la adicción a las drogas y las reacciones fisiológicas y emocionales que se producen como resultado de situaciones extremas de peligro¹⁰.

De acuerdo con la teoría de los procesos opuestos, los estímulos que en un principio originan incremento de la excitación, después producen lo contrario, una reacción de calma del sistema nervioso, en tanto que los estímulos que en un principio producen disminución de la excitación, más tarde provocan un aumento de la misma¹⁰.

Las teorías cognitivas de la motivación se centran en el papel que desempeñan los pensamientos, las expectativas y la comprensión del mundo. Según una de ellas, la teoría de expectativas y valor, dos tipos de cogniciones subyacen al comportamiento. La primera es la expectativa que cierto comportamiento permitirá alcanzar una meta determinada, y la segunda es la comprensión del valor que tiene esa meta (Tolman, 1959). Si la expectativa y el valor son altos se estará motivado para actuar diligentemente; pero si cualquiera de estos factores es bajo, la motivación será relativamente inferior¹⁰.

Las teorías cognitivas de la motivación hacen una distinción entre la motivación intrínseca y la motivación extrínseca. La motivación intrínseca impulsa a participar en una actividad para el gozo propio y no por alguna recompensa tangible que se pueda derivar de ella. En contraste, la motivación extrínseca provoca la acción por una recompensa tangible¹⁰.

De acuerdo con algunas investigaciones relativas a ambos tipos de motivación, se es más capaz de perseverar, de esforzarse y realizar trabajos de mejor calidad cuando la motivación para una tarea es intrínseca (Lepper, 1983; Deci & Ryan, 1985). Además, algunos psicólogos sugieren que ofrecer recompensas para obtener el comportamiento deseado puede provocar un decremento de la motivación intrínseca y un aumento de la extrínseca. Tales investigaciones destacan la importancia de impulsar la motivación intrínseca e indican que el otorgamiento de recompensas extrínsecas puede minar el esfuerzo y la calidad del desempeño.

El modelo de motivación de Tolman E. C. (1923), contiene tres conceptos básicos:

El sistema de necesidades

La matriz convicción-valor

El espacio del comportamiento inmediato y concreto

Tolman distingue entre matriz modal y matriz activada. La matriz modal convicción-valor contienen las experiencias de situaciones anteriores. La matriz activada es el resultado de los impulsos específicos desencadenados en el momento y los estímulos que obran. Las condiciones de pulsión y estímulo determinan la magnitud momentánea de las necesidades y por ende de los objetivos definitivos. El espacio concreto de comportamiento se compone de los objetos del medio percibidos en forma inmediata, recordados y esperados, junto con sus valencias positivas y negativas; así como las relaciones situacionales, percibidas y esperadas, de esos objetos entre sí y con el sí mismo del sujeto del comportamiento¹¹.

Los experimentos de Tolman permitieron clarificar el concepto aprendizaje. Al aprender una secuencia de actos que conducen a una meta, el sujeto sigue los signos que marcan la ruta de conducta que lleva al significado o meta. Los términos significado y meta se refiere al reforzamiento. Los principios del modelo de Tolman se mantienen vigentes en la concepción moderna de la motivación¹¹.

El modelo de Maslow: la ordenación de las necesidades motivacionales, considera que las diversas necesidades motivacionales están ordenadas en una jerarquía, a la vez que sostiene que antes que se puedan satisfacer necesidades más complejas y de orden más elevado, es preciso satisfacer determinadas necesidades primarias (Maslow, 1954). El modelo se puede conceptualizar como una pirámide en la que las necesidades primarias se encuentran ubicadas en la base mientras que las de mayor nivel se ubican en la parte superior. Para que una necesidad específica se active, y por lo tanto, dirija el comportamiento de una persona, es preciso haber satisfecho las necesidades básicas de la jerarquía¹⁰.

Las necesidades básicas son las descritas, anteriormente, como pulsiones primarias: necesidad de agua, alimento, sueño, sexo. Con el fin de ascender por la jerarquía, una persona debe haber satisfecho estas necesidades fisiológicas básicas. En el siguiente escalón jerárquico se encuentran las necesidades de seguridad; Maslow sostiene que las personas necesitan de un ambiente seguro a fin de funcionar con efectividad. Las necesidades fisiológicas y de seguridad conforman las necesidades de orden inferior¹⁰.

Solamente cuando han sido satisfechas las necesidades básicas de orden inferior puede una persona considerar la satisfacción de las necesidades de orden superior, que consisten en el amor y la pertenencia, la estima y la autorrealización. Las necesidades de amor y pertenencia incluyen la necesidad de obtener y dar afecto y contribuir como miembro en algún grupo o asociación. Cubiertas estas necesidades, la persona busca estima. Según Maslow, la estima se refiere a la necesidad de desarrollar un sentido de valía personal al saber que otros están conscientes de su capacidad y valor¹⁰.

Una vez que estas cuatro categorías de necesidades han sido cubiertas, la persona está lista para buscar la necesidad de más alto nivel: la autorrealización. La autorrealización es un estado de satisfacción consigo mismo en el que las personas desarrollan su máximo potencial¹⁰. No se refiere al respeto de los demás ni a su opinión sobre la persona, sino más bien a lo que la persona desea ser. La gente difiere en la importancia que concede a la autorrealización de su conducta, pero en cierta medida todos están motivados para vivir conforme a lo que sea necesario para su crecimiento personal. Los que logran la autorrealización óptica, dice Maslow, se consideran a sí mismos como seres íntegros, no como parcelas de hambre, miedo, ambición y dependencia⁵.

Las investigaciones no han logrado confirmar la ordenación específica de las etapas de la teoría de Maslow, y han puesto de manifiesto las dificultades existentes para medir objetivamente la autorrealización (Haymes, Green & Quinto, 1984; Weiss, 1991; Neher, 1991). No obstante, el modelo de Maslow es importante en dos sentidos: destaca la complejidad de las necesidades humanas y subraya el hecho que si las necesidades básicas no están satisfechas, las personas mostrarán una relativa indiferencia ante las necesidades de orden superior. Si las personas tienen hambre su primer interés será obtener alimentos, no se preocuparán por cosas tales como el amor y la autoestima¹⁰.

Sintetizando, muchos de estos enfoques son complementarios, y no contradictorio, y a menudo es útil emplear varias teorías simultáneamente con el fin de comprender un sistema motivacional determinado¹⁰.

En tanto que el hambre, la sed y el sexo se encuentran entre las pulsiones más poderosas de la vida cotidiana, también estamos motivados por potentes pulsiones secundarias que no cuentan con un fundamento biológico claro (Geen, 1984; McClelland, 1985).

Según McClelland, la motivación estaría constituida por grupos de expectativas o asociaciones que se forman y crecen alrededor de las experiencias afectivas; de ahí que en las redes asociativas de las experiencias infantiles que llegaron a integrarse a la personalidad del individuo, se encontrará la raíz profunda, el origen determinante de las diferentes formas de conducta en las cuales, finalmente, se satisface el impulso dado por la motivación¹¹.

La explicación de McClelland se ubica dentro de las motivaciones humanas y específicamente en el campo de las motivaciones sociales; él aplicó sus hallazgos a la interpretación del desarrollo económico, trabajando en países con culturas y religiones diferentes. McClelland centra su teoría en el estudio de tres motivaciones sociales que él considera relevantes¹¹:

La necesidad de logro: esforzarse por tener éxito

La necesidad de afiliación: esforzarse por tener amigos

La necesidad de poder: esforzarse por causar impacto en los demás

La necesidad de logro es una característica aprendida y estable en la que la satisfacción se obtiene cuando se alcanza y se conserva un nivel de excelencia (McClelland, Atkinson, Clark & Lowell, 1953). Las personas con una amplia necesidad de logro buscan situaciones en las que puedan competir contra algún parámetro y probarse a sí mismas que son exitosas. Pero no eligen sus retos indiscriminadamente; tienden a evitar las situaciones en las que obtendrían el éxito con demasiada facilidad o en las que el éxito parece poco probable. En lugar de ello, las personas que tienen una alta motivación de logro tienden a elegir tareas de dificultad intermedia¹⁰.

En contraste, las personas con una baja motivación de logro tienden a ser motivadas, principalmente, por el deseo de evitar el fracaso. Como resultado de ello, buscan tareas sencillas, asegurándose que no fracasarán, o tareas tan difíciles para las cuales el fracaso no tiene implicaciones negativas, puesto que prácticamente todo el mundo fracasaría en ellas. Las personas que tienen terror al fracaso se alejarán de las tareas de dificultad intermedia, puesto que pueden fracasar en aquello donde otros han triunfado (Atkinson & Feather, 1966)¹⁰.

Para medir la necesidad de logro de una persona la técnica que se utiliza con más frecuencia es la Prueba de Apercepción Temática (Thematic Apperception Test) (TAT). En esta prueba, se muestra a las personas una serie de imágenes ambiguas y se les pide que escriban una historia que describa lo que ocurre, quienes son los personajes, qué produjo esa situación, qué es lo que piensan o desean los personajes y qué es lo que ocurrirá después. Luego se utiliza un sistema general de calificación para determinar la cantidad de imaginación relativa al logro contenida en la historia escrita por los entrevistados¹⁰.

Helmreich y Spence (1978) utilizan un cuestionario de auto-informe llamado Escala de Orientación Laboral y Familiar (EOLF) para analizar la motivación del logro. Encontraron que hay tres aspectos diferentes, pero interrelacionados, del comportamiento orientado a los logros: orientación laboral, que es el deseo de trabajar mucho y bien; el dominio, que es la preferencia por las empresas difíciles y que plantean retos con énfasis en el mejoramiento del desempeño anterior, y la competitividad, el goce de poner a prueba las propias aptitudes frente a otros. Los autores, identificaron además que los individuos cuyos resultados en dominio y trabajo son altos, obtienen puntuaciones bajas en competitividad; lo que evidencia el efecto contraproducente de la competitividad en el logro, y, aunque no se ha encontrado una explicación definitiva para este fenómeno, los investigadores suponen que las personas muy competitivas podrían estar demasiado preocupadas por ganar, lo que los distrae de las medidas necesarias y adecuadas para conseguir sus objetivos. O quizás, la abrumadora necesidad de éxito contribuye a provocar una excitación demasiado elevada para que el rendimiento sea óptimo en tareas complejas⁵.

La mayoría de las personas tiene necesidad de afiliación, es decir, preocupación por establecer y conservar las relaciones con otras personas. Las personas que tienen grandes necesidades de afiliación son especialmente sensibles a las relaciones con los demás. Tienen deseos de estar con los amigos la mayor parte del tiempo, y su propensión a estar solas es inferior a la de las personas que tienen menos necesidades de afiliación¹⁰. La necesidad de afiliación se suscita cuando la persona se siente amenazada o en peligro, cuando desea ser felicitada por un logro, cuando está temerosa o angustiada⁵.

Rofe (1984), citado por Carr(1992)⁵, propone como explicación a la necesidad de afiliación que las personas buscan compañía o soledad dependiendo de los beneficios que esperan obtener de estar con otras personas y tratarán de juntarse con alguien que no se enfrente a los mismos problemas. Rofe,

Hoffman & Lewin (1985), citados por Carr (1992)⁵ identificaron que quienes sufrían de enfermedades graves preferían la compañía de personas sanas a estar solos o con otros pacientes graves.

En cualquier caso, es obvio que el comportamiento de afiliación, como la mayor parte de los comportamientos, es el resultado de una sutil interacción de factores personales tanto internos como externos⁵.

La necesidad de poder, una tendencia que busca tener impacto, control o influencia en los demás, y ser visto como un individuo poderoso, representa otro tipo de motivación. Las personas con una gran necesidad de poder tienen más probabilidades de pertenecer a organizaciones y ejercer cargos directivos que quienes tienen poca necesidad de poder. Entre los géneros, la existencia de la necesidad de poder se manifiesta de muy diferentes maneras. Los hombres que tienen grandes necesidades de poder tienden a mostrar altos niveles de agresividad y a participar en deportes competitivos. En contraste, las mujeres demuestran sus necesidades de poder de modo más moderado, congruente con las restricciones sociales tradicionales con relación al comportamiento de las mujeres. Las mujeres con grandes necesidades de poder tienen más probabilidades que los hombres de canalizar sus necesidades de un modo más responsable socialmente¹⁰.

Ubicado en esta corriente de pensamiento, Atkinson J. W. (1974) centra sus estudios en los motivos de la gente con relación al desempeño. Su modelo se puede resumir en lo siguiente¹¹:

Para este autor, la motivación al logro está dada por la tendencia a la búsqueda del éxito menos la tendencia a evitar el fracaso. Parte del principio que el Motivo para Alcanzar el Éxito (Me), que el individuo lleva consigo de una situación a otra, se combina con dos influencias situacionales importantes. Por un lado la fuerza de expectativas o la Probabilidad de Éxito (Pe) y por el otro el valor Incentivo para el Éxito de una actividad particular (Ie). Este motivo hacia el éxito es medido con el Test de Apercepción Temática (TAT). La tendencia hacia el éxito se expresa en la fórmula siguiente¹¹:

(Me) es una característica relativamente general y estable de una persona en cualquier situación conductual. Los valores de Pe y Ie dependen de las experiencias anteriores (individuales) en situaciones específicas a las que él aporta¹¹.

En adición a la búsqueda del éxito, existe una tendencia para evitar el fracaso (Tef). El motivo para evitar el fracaso (Mef) puede ser concebido como la capacidad para reaccionar con vergüenza y dificultad ante el fracaso: cuando la persona sabe que será evaluada y el fracaso es una posibilidad, el resultado será de ansiedad y tenderá a retirarse de la situación¹¹.

La probabilidad de fracaso (Pf) es fuerte cuando la expectativa o probabilidad de éxito (Pe) es débil y viceversa. Se asume que la probabilidad de éxito (Pe) más la probabilidad de fracaso (Pf) es igual a 1¹¹.

Si la tendencia hacia el éxito (Te) es mayor que la tendencia a evitar el fracaso (Tef), la persona realizará la acción, mientras que si Tef es mayor que Te, la persona evitará la situación que exige la conducta de logro¹¹.

Weiner B. (1986). Modelo Atribucional de la Motivación. Para Weiner la manera como las personas suelen atribuirse la responsabilidad por los hechos en los que participan, guarda mucha relación con la conducta de logro. Los elementos más representativos del modelo son los siguientes:

El modelo plantea que las causas del éxito o fracaso, frecuentemente, son:

- la habilidad
- el esfuerzo
- la dificultad de la tarea
- la suerte

Estas causas se agrupan en dos dimensiones:
Locus, la causa se ubica dentro o fuera del individuo
Estabilidad, con el tiempo la causa cambia o no

Cada una de las dimensiones tiene implicaciones psicológicas importantes. Cuando el éxito o el fracaso son atribuidos a causas internas, las reacciones afectivas son mayores, no ocurriendo así cuando los factores externos son percibidos como agentes causales. Además, Weiner plantea que la percepción de la estabilidad de los factores causales determina, en parte, los cambios en las expectativas de éxito después del éxito o fracaso. Es posible que los sujetos perciban mayores probabilidades de ocurrencia de hechos agradables o desagradables en eventos futuros, cuando las causas son atribuidas a factores estables que cuando son factores inestables¹¹.

Las teorías que intentan explicar el proceso motivacional, presentan elementos de convergencias y divergencias que expresan, en su esencia, que la motivación es un proceso dinámico y complejo que depende tanto de factores internos como externos, que en un contexto y espacio determinado pueden afectar la conducta del individuo¹¹.

Así, en la teoría de Hull y el modelo de Atkinson, se identifican convergencias con relación a las conductas de acercamiento y evitación. Ambos autores plantean que las experiencias positivas refuerzan las conductas hacia esos estímulos, mientras que las negativas generan conductas aversivas o de rechazo¹¹.

Se identifica igualmente en las distintas corrientes que todas parten del principio de interacción ser-medio, es decir, la búsqueda del equilibrio de la situación interna del organismo con su entorno. Así, al explicar lo que le sucede al individuo en su interacción con lo que le rodea, Tolman considera el aprendizaje como la adquisición de expectativas o conocimientos del medio, Atkinson se refiere a las expectativas como el grupo de asociaciones que se forman en torno a las experiencias vividas, y McClelland describe la relación que se establece entre los individuos y las demás personas que los rodean.

7. Variables relacionadas con el proceso motivacional

Flores Carmen T. (1994)¹¹, extrae de las teorías y modelos motivacionales un conjunto de variables relacionadas con el proceso motivacional, las cuales clasifica en: variables de la personalidad, variables motivacionales y variables del área productiva. Se definen estas variables y sus características por su significación para programas cuyo objetivo sea el logro de cambios conductuales en el individuo y la permanencia de los mismos en el tiempo.

VARIABLES DE LA PERSONALIDAD: Autoestima y Autoconocimiento.

Autoestima: Se define como la valoración que las personas tienen de sí mismas. La autoestima es la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de los sucesivos contactos, conformando una totalidad que se denomina el sí mismo. La autoestima puede ser considerada como la gran conductora del organismo hacia su armonía final: el crecimiento y la vida¹¹.

Para el proceso motivacional es tan importante la identificación que consigo misma tiene la persona, que Allport (1970) plantea que el sentido de identidad de sí mismo es un fenómeno sorprendente, aún cuando los cambios son evidencia de crecimiento y vida; la identidad de sí mismo continúa, aunque se sepa que el resto de la personalidad ha cambiado¹¹.

El ser humano a medida que se desarrolla, va recopilando un sin número de experiencias y sentimientos de valoración o desvalorización, que le van a permitir elaborar un concepto de sí mismo acorde con la experiencia que le halla tocado vivir. Al respecto, Satir (1975) expresa que los sentimientos de aprecio sólo pueden florecer en una atmósfera donde las diferencias individuales sean apreciadas, los errores tolerados, las reglas flexibles y la comunicación franca. Estos sentimientos son aprendidos y pueden ser sustituidos por otros que provean mayor satisfacción¹¹.

En el proceso de formación de la personalidad, se reconoce cada vez más la importancia de la autoestima, tanto en lo que se refiere al comportamiento individual como en las relaciones interpersonales. Considerada uno de los principales constructos de la conducta humana, es tema de

numerosos investigadores quienes han brindado aportes significativos, encontrando a James W. (1884), Mead (1934), Rosemberg (1973), Coopersmith (1976), Satir (1981) y Barroso (1987), citados por Méndez C. & col. (1997)²⁷.

James W. (1884), sostiene que los valores y aspiraciones tienen un rol esencial en la forma como los individuos se ven a sí mismos, si las realizaciones coinciden con las aspiraciones, el resultado será una alta autoestima, si hay divergencias entonces la visión de sí mismo será pobre⁵.

Mead (1934), ofrece la clave en la formación de la autoestima, cuando refiere que el valor que una persona tiene de sí misma depende del valor y el respeto que personas significativas le han otorgado²⁷.

Horney (1945), refiere que la imagen de sí mismo con relación a las capacidades y metas, puede favorecer la autoestima, siendo determinante la evaluación que el individuo hace de sí mismo²⁷.

Rosemberg (1973), considera la autoetima como un constructo global que tiene que ver con la valoración y los sentimientos de satisfacción que experimenta el individuo hacia el mismo; del mismo modo, presenta una escala bifactorial que evalúa los aspectos cognitivos y afectivos de la autoestima.

Coopersmith (1976), la define como la evaluación que el individuo hace de sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso²⁷.

Los autores coinciden que la autoestima es el reflejo que la persona tiene de sí mismo. Esta necesidad se describe como una exigencia interior que experimenta el individuo de sentirse valioso, digno de respeto no sólo ante sí mismo, sino también ante los demás²⁷.

Satir (1981), presenta innovaciones importantes en las relaciones interpersonales como medio para estimular el desarrollo humano y señala, que la autovaloración es vital para el organismo²⁷.

Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim, citados por Méndez (1997)²⁷, afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, es decir, la plena expresión de sí mismo.

Barroso (1987), citado por Méndez (1997)²⁷, considera que la autoestima es la fuerza que organiza, da sentido y dirección a cuatro procesos fundamentales para el desarrollo como persona: ubicación, identificación, selección y socialización. Cualquier cambio en el sentir con respecto a sí mismo, es suficiente para producir alteraciones en la organización y funcionamiento del organismo como sistema; por lo tanto la autoestima es responsable de la salud y bienestar.

Salas (1994) define la autoestima como un juicio que las personas hacen basadas en las creencias que poseen acerca de su autoevaluación cognitiva y afectiva y refleja la actitud positiva o negativa que asume sobre sí mismo, la cual es expresada en forma conductual e influye en las diferentes áreas de la experiencia personal, familiar y social²⁷.

En Venezuela, estudios realizados por Barroso (1991), citado por Méndez Carmen, Perozo Jaitza & Sandoval Aída (1997)²⁷, sobre la autoestima del venezolano, refiere que el 80% de la población, independientemente de su estrato social, carece de una conciencia definida de sí mismo, ignora sus necesidades, se considera importante si son de tal partido, si pertenece al grupo de turno ya sea económico, militar, social o político; por lo tanto, orientan su energía hacia el otro; a complacer, agradar, adular y a satisfacer expectativas ajenas, viven de lo inmediato y a través de la propia descalificación se sienten valorizados. Por lo tanto, este 80% es marginal, entendiéndolo como la actitud que paraliza las ilusiones, mata los procesos de crecimiento e impide utilizar el potencial que se posee.

Romero (1991)³³, Flores (1994)¹¹, reportan que la motivación más destacada en la mayoría de la población venezolana es la motivación de poder. Es tan marcada esta tendencia, que tanto en el ámbito gubernamental como en la población general, las reacciones ante situaciones de presión son expresadas con hechos de violencia.

Autoconocimiento: Refiere la opinión que tiene la persona acerca de sí mismo. Se evidencia a través de comentarios orales y escritos que relaciona con su manera de conducirse ante situaciones que tienen que ver con el quehacer intelectual, material y emocional. La variable autoconocimiento se asocia con la variable autoestima, ya que en la medida que las personas se valoran y aprecian a sí mismas, en esa medida están abiertas a reconocer sus virtudes y fallas, sin que sentimientos de subestimación sesguen la situación real y objetiva que los ocupa en un momento específico de sus vidas¹¹.

Esta variable integra la dimensión personal y permite al investigador detectar en cuál de las áreas: intelectual, emocional y material, funciona mejor la persona o si hay alguna disminuida o elevada, no permitiendo que el sujeto actúe con fluidez¹¹.

Si el individuo se concientiza con relación a los factores que están interfiriendo su actividad, en lo personal, social y laboral, podrá transformarlos en acciones que le produzcan mayor satisfacción para su estabilidad personal, en los proyectos que emprenda y en el reconocimiento de las personas de su entorno¹¹.

Variables del Area Motivacional: Locus de Control, Necesidad de Logro, Azar, Grado de Elaboración Lingüística, Orientación temporal, Diferimiento de la Recompensa.

Locus de Control: El concepto locus de control o control de reforzamiento interno versus externo se enmarca en la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter(1966). En esta teoría se explica la conducta humana en términos de una continua interacción entre los determinantes cognitivos, conductuales y ambientales¹¹.

El control de reforzamiento interno implica que se tiene control sobre los hechos personales importantes, es decir, se experimenta el mundo estructurado y predecible. Un control de reforzamiento externo, implica que los eventos personales importantes están controlados por circunstancias ajenas al individuo, tales como el azar, el destino u otras personas¹¹.

La Teoría del Aprendizaje Social expresa que se pueden distinguir tres tipos de individuos:

Individuos Internos, los que creen que el mundo es ordenado y sienten que tienen control sobre los acontecimientos que les suceden

Individuos Externos Defensivos, los que creen que el mundo es ordenado, pero otras personas, a las que consideran más poderosas, son las que tienen control sobre sus acciones

Individuos Externos Congruentes o Pasivos, creen que el mundo es desordenado y ni ellos ni nadie puede hacer nada para cambiarlo, y que por lo tanto dependen de la suerte, el azar o el destino¹¹.

Estas características han sido relacionadas con el concepto de alienación y desesperanza aprendida. El primero plantea la incapacidad del individuo para controlar su destino. La desesperanza aprendida (Cronick, 1986) es el resultado conductual de la condición ambiental de no-control, el individuo percibe que no tiene posibilidades de controlar el ambiente y se producen respuestas desesperanzadoras que incluyen: la pasividad, las deficiencias motivacionales, cognitivas y la pérdida de la autoestima¹¹.

Romero (1983), citado Por Flores C.T. (1994)¹¹, señala que la variable internalidad-externalidad puede conceptualizarse como motivacional, tanto en la dimensión direccional (selección de metas) como en la dimensión energizante (iniciación y mantenimiento de la conducta en dirección de la meta seleccionada).

Necesidad de Logro: La necesidad de logro ha sido definida como una variable motivacional asociada a conductas de búsqueda del éxito, utilización máxima de las potencialidades, fijación de metas realistas y establecimiento de niveles de excelencia cada vez más altos. McClelland, Rindlesbacher & Decharms (1955), realizaron una investigación en grupos de irlandeses, protestantes, judíos, italianos y católicos para verificar cómo las experiencias infantiles, la cultura y religión influyen en el desarrollo económico de los pueblos. El estudio pudo comprobar que la religión y cultura son medios de socialización que determinan la conducta productiva del hombre y por consiguiente su motivación al logro¹¹.

En los grupos las motivaciones sociales pueden asumir formas diferenciadas. La autodeterminación puede materializarse en el área afectiva, el deseo de competencia puede

evidenciarse en la motivación de poder, en la forma de control y gobierno de otras personas. Pero también la motivación puede expresarse a través del logro¹¹.

La motivación al logro es un patrón de pensamientos y sensaciones que se asocia con la planificación y el esfuerzo en la consecución de una meta de excelencia. La motivación al logro es un proceso de planeamiento y esfuerzos hacia el progreso y la excelencia, tratando de realizar algo único en su género, teniendo siempre una relación comparativa con lo ejecutado anteriormente¹¹.

Salom (1986), citado por Flores C. T. (1984)¹¹, señala que uno de los componentes claves en la definición de la necesidad de logro es el de metas realistas, metas controlables, entendidas éstas como logros alcanzables por cuanto dependen del esfuerzo, trabajo y dedicación de las personas. Una meta de logro es una meta de desarrollo y crecimiento individual, una meta cuya recompensa es el éxito mismo.

Azar: Representa la solución mágica que el individuo busca para enfrentar los problemas personales, familiares, económicos y sociales que lo afectan. El azar puede llegar a formar parte de la estructura psíquica cotidiana y por ende de la idiosincrasia de una sociedad en particular. De esta manera, el azar, pierde su connotación recreativa y de alguna manera crea en las personas la fantasía de ganancias fáciles y rápidas para la solución de sus problemas económicos¹¹.

Esta variable está muy asociada a la conducta motivacional del venezolano. En nuestro país es relevante la dependencia de los juegos de azar producto de la publicidad a través de los medios de comunicación social y testimonios familiares que se transmiten de una generación a otra¹¹.

Carías R. (1983)⁴, señala que el juego en Venezuela representa un factor de adaptación en la situación socioeconómica y social de un país de asalariados y dependientes, quienes no pueden resistir la enorme publicidad desplegada que promete la adquisición fácil de dinero para la obtención de algunos bienes necesarios: vivienda, vehículo, entre otros. El venezolano no vislumbra mejora sustancial en su condición de vida en un nuevo orden de cosas para la colectividad, sino a través de sueños individuales. El juego viene a ser un escape en una sociedad que estimula el gasto y limita el ingreso.

La excesiva dependencia del azar obstaculiza la conducta personal y profesional, no permite reorientar las acciones hacia áreas más precisas y estables e impide que se asuma que el control y el logro están dentro y no fuera de la persona¹¹.

Grado de Elaboración Lingüística: Es el conjunto de estrategias lingüísticas que un hablante tiene a su disposición para utilizarlas en cualquier situación psicolingüística¹¹.

El grado de elaboración lingüística (GEL) refiere una gradación en un continuo lingüístico que va de baja a alta elaboración y dentro del cual el hablante puede moverse. De acuerdo con la disponibilidad lingüística que tiene un individuo para entender cada situación, las personas se clasifican: en alta y baja elaboración lingüística¹¹.

Morales M. (1986)²⁵, considera que el grado de elaboración lingüística es una variable que tiene un aspecto cognitivo como trasmisor-receptor de conocimientos. En el modelo teórico que propone se concibe el GEL como una señal que condiciona la imagen que los oyentes se forman del hablante. Esa imagen le es devuelta al hablante y colabora con la formación de su autoconcepto, lo cual puede impulsarle o no a la acción.

Orientación Temporal. Tiene relación con la percepción que el individuo hace del tiempo, asumiéndose que si la percepción está proyectada hacia el futuro se planificará y preverán obstáculos. Esto tiene relación con conductas de autorrealización y superación personal¹¹.

Diferimiento de la Recompensa. Es la capacidad que tiene el individuo para descartar una recompensa inmediata, pero pequeña, y elegir una mayor, pero más lejana en el tiempo. En Venezuela, el patrón de actuación general es preferir la recompensa inmediata, aunque esto signifique que se sacrifican beneficios a más largo plazo¹¹.

Variables del Area Productiva: Cooperación, Participación, Calidad

Cooperación. Se refiere al grado de compromiso que manifiestan las personas ante un objetivo común. En la cooperación los grupos son responsables de la meta propuesta y todos se esfuerzan y trabajan mancomunadamente para conseguirla¹¹.

Los grupos cooperativos se caracterizan porque la comunicación es abierta, se da en dos direcciones, hay expresión libre de las ideas y emociones. La participación y el liderazgo se distribuyen entre todos los miembros del grupo; los procedimientos para la toma de decisiones se sincronizan con la situación; se usa el consenso para las decisiones importantes y enfatiza la discusión¹¹.

La cooperación es una variable a considerar y trabajar en los grupos del campo laboral, educativo y social.

Participación. Cuando las personas sienten que son factores importantes en una organización o grupo y que su opinión y aporte son considerado en las decisiones, los efectos son productivos y beneficiosos. La participación disminuye la resistencia al cambio, proporcionando un sentimiento de pertenencia¹¹.

El concepto de participación no sólo es utilizado en el sector laboral, en el educativo y salud también tiene importancia significativa. En el proceso motivacional, la participación activa de los miembros del grupo es imprescindible para la consecución de las metas planificadas¹¹.

Calidad. Refiere la propiedad o el conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. El concepto de calidad está relacionado con el de productividad y trabajo. La calidad marca el grado de productividad de un país y por lo tanto su grado de desarrollo¹¹.

El conjunto de variables descritas determinan el progreso y avance de los individuos en el ámbito personal y grupal. Si la estructura individual se centra en conductas de bajo logro, externalidad, baja elaboración lingüística, orientación temporal ubicada en el presente y en el pasado, el rendimiento será pobre e ineficaz lo que generará sentimientos de frustración y fracaso. Por el contrario, si la estructura personal se organiza en forma tal que estas conductas tengan dimensiones de alto logro, mejor elaboración lingüística, mayor control interno de las acciones, orientación temporal centrada en el presente pero con proyección hacia el futuro, se podrá disfrutar de sentimientos de satisfacción y efectividad y contribuir al desarrollo progresivo del entorno familiar y comunitario¹¹.

Los estudios realizados en Venezuela por McClelland & col. (1950,1974)²¹, reportan que la motivación de poder era relevante en el pueblo venezolano, tanto en el ámbito gubernamental como en las reacciones del pueblo a situaciones de presión, éstas últimas expresadas con hechos de violencia (huelgas, tomas, saqueos y muertes) que constituyen signos de la motivación al poder. Romero O. (1985)³³, señala que el norte de la sociedad venezolana es el poder, la política lo invade todo. El venezolano cree que todo se arregla desde el poder, que el Estado es Dios y por lo tanto, no aprecia que la solución está en el trabajo ordenado y productivo.

La motivación de afiliación y logro, aparece en segundo y tercer lugar, respectivamente. La motivación de afiliación en el venezolano se expresa en una marcada sensibilidad hacia las personas que lo rodean y las relaciones interpersonales dentro de los grupos en lo que participa. La motivación al logro tiende a ser más externa que interna, se ha aprendido a no responsabilizarse de las acciones, a ser pasivo ante los problemas y esperar, en la mayoría de los casos, que sean otras personas o instituciones las encargadas de darle solución a nuestros problemas. La sociedad venezolana es tolerante con el fracaso, el individuo aprende que el fracaso es normal, internaliza expectativas de fracaso²¹.

Son estas las variables de la personalidad a identificar en el paciente previo al inicio de cualquier actividad preventiva. La forma como se organizan puede ser un obstáculo o potencial para el éxito del programa.

8. Lineamientos para un programa de prevención de la enfermedad y restitución de la salud periodontal

El programa deberá tener como propósito fomentar y fortalecer conductas para que el paciente ejecute continua y permanentemente actividades que le permitan prevenir las alteraciones periodontales, restituir y mantener la salud bucal.

Objetivos

Identificar variables de la personalidad y del entorno social que puedan obstaculizar o contribuir al éxito de la actividad

Redimensionar las conductas personales que obstaculizan el éxito de las actividades ,Revisar los patrones de comportamiento adquiridos con relación a higiene bucal

Redimensionar los patrones de comportamiento adquirido para restituir o conservar la salud periodontal
Evaluar, a corto, mediano y largo plazo, los cambios conductuales del paciente con relación a su salud periodontal

Enfoque

A) Humanista: En el programa se considera al ser humano, como un todo dentro de su contexto integral. Se parte del supuesto que cada persona puede aprender a confiar en sí mismo, tomar sus propias decisiones y expresar sus sentimientos. Atenderá sus diferencias individuales y desarrollará la creatividad y espontaneidad.

B) Motivacional: Se estimulará la motivación al logro y se determinará previamente y después de la aplicación del estímulo.

Variables de la Personalidad a Trabajar

A) Autoestima: El conocimiento de cómo se percibe el sujeto con relación a actividades que tienen que ver con su condición física permitirá estimular el desarrollo de conductas vinculadas con su salud bucal.

En este aparte se debe señalar que las personas desarrollan su autoestima bajo cuatro factores principales que son:

El trato respetuoso de aceptación que el individuo recibe de personas significativas de su vida.

La historia de éxitos y posición que ha tenido en su vida

La interpretación que da a sus éxitos de acuerdo con sus valores y aspiraciones en las áreas de la vida que considera significativas

La manera personal de responder a factores que disminuyen la autoestima²⁷.

Alta Autoestima, posee la gente expresiva, asertiva, con éxito social, creativas, las que confían en sus propias percepciones y esperan que a sus esfuerzos sobrevenga el éxito, las que consideran el trabajo que realizan de alta calidad y tienen grandes expectativas en trabajos futuros, las que presentan gran respeto y orgullo de sí mismas y se mueven hacia metas realistas.

Media Autoestima, las personas son optimistas, expresivas, tienden a depender de la aceptación social, presentan un número de afirmaciones positivas pero son más moderados en sus expectativas y competencias que los de alta autoestima.

Baja Autoestima, las personas son desanimadas, deprimidas, aisladas, sin atractivos, incapaces de expresarse y defenderse; débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar el enfado de los demás, asumen una actitud negativa hacia sí mismos y carecen de recursos internos que les permitan canalizar o tolerar situaciones de ansiedad ²⁷.

La autoestima es el marco de referencia desde el cual el individuo se proyecta, la actitud personal ante cualquier reto o circunstancia y la posibilidad de optimizar los recursos para conferirle excelencia a todo quehacer²⁷. Esto evidencia la necesidad de considerar la autoestima del paciente en programas para la prevención, restitución y conservación de la salud periodontal. En las personas la autoestima será un factor que condicionará sus expectativas con relación a las acciones que emprendan con relación a su salud, la autoestima les permitirá mantener una conducta constante esperando que el resultado final sea el éxito.

B) Autoconocimiento: Identificar la valoración que se hace de sí mismo constituye un factor importante para el logro de conductas adecuadas para la restitución y conservación de la salud bucal. La persona que se valora y aprecia está más abierta a reconocer sus errores o fallas, ante situaciones

específicas, sin que esto les produzca sentimientos de subestimación o sobreestimación. En todos los casos, se deberá ser prudente al advertir al paciente con relación a las conductas habituales que le han conducido a la situación de salud actual, tratando siempre de reorientar y nunca imponer nuevos procedimientos.

C) Locus de control: El locus de control como se ha referido es el control que la persona tiene sobre los hechos importantes de su vida. El individuo con un elevado control de los acontecimientos de su vida diaria no busca explicaciones mágicas, ni atribuye lo que le puede estar sobreviniendo a otras personas. En los primeros contactos con el paciente, el odontólogo deberá identificar, cuando éste explique su problema actual de salud periodontal, a quien responsabiliza y cuanta incumbencia se asigna a sí mismo. Dependiendo de la responsabilidad que se asigne, así será el compromiso para la solución. Si el compromiso es débil la tarea será crear situaciones que le demuestren al paciente cómo todo lo que ha hecho le ha permitido mejorar su situación.

D) Necesidad de logro: Es la búsqueda del éxito, la utilización máxima de las potencialidades, fijación de metas realistas y definición de exigencias cada vez más altas. Son estas las características que identifican a las personas con una alta necesidad de logro. En el programa se deberá estimular esta necesidad, definiendo metas alcanzables a corto y largo plazo que exijan la aplicación de las fuerzas latentes del paciente.

E) Grado de elaboración lingüística. El lenguaje que el paciente emplea para referir su problema manifiesta la comprensión que tiene del mismo. Es un indicador que orientará al odontólogo en el vocabulario a utilizar y será una advertencia de lo logrado con el trabajo realizado.

F) Azar: Búsqueda de soluciones rápidas y fáciles. Se deberá identificar, el tiempo que el paciente está dispuesto a dedicar a su salud en la clínica y en el hogar y destacar que las normas para conservar la salud de las encías son relativamente fáciles de cumplir pero se requiere, por lo menos, diez minutos diarios para mantener la boca sana y visitar, como mínimo, dos veces al año a su dentista para un chequeo dental rutinario.

G) Orientación temporal: Se refiere a la percepción que el individuo tiene del tiempo. Si la percepción está orientada hacia el futuro implica planificación y previsión de obstáculos. Es una variable importante en la programación de actividades preventivas, especialmente para los casos con metas a mediano y largo plazo en los que es necesario visualizarles los beneficios que obtendrá y estimularle para que se de cuenta que sus acciones producirán consecuencias beneficiosas en el presente y se incrementarán en el futuro.

Técnicas a Aplicar

La entrevista como base del diagnóstico, valoración de la situación y finalización del proceso.

La observación como técnica para la identificación de cambios faciales, manuales y posturales.

La entrevista será la herramienta permanente desde el inicio del proceso hasta su culminación. Es el primer procedimiento para la recolección de información.

A1. Fases de la entrevista:

El inicio de la entrevista. Primer contacto con el paciente. La entrevista da lugar a que se produzca necesariamente una relación social entre entrevistado y entrevistador. Este primer contacto es de fundamental importancia, puesto que el paciente de acuerdo con la presencia, y apariencia del odontólogo y la experiencia que ha tenido de contactos con otros odontólogos se formará una imagen personal y social de éste. Esta imagen induce al paciente a elaborar determinadas expectativas y a esperar una determinada conducta del odontólogo. Asimismo adoptará una posición consecuente con la imagen formada y las expectativas creadas.

El odontólogo evitará suponer en el paciente conductas y opiniones similares a las de otras personas y considerando su posición preeminente en ningún momento impondrá al paciente sus opiniones.

El desarrollo de la entrevista: a) Indagación con relación a la descripción del problema y sus circunstancias, c) Exploración de las variables de la personalidad a trabajar b) Información con relación a otros problemas potenciales.

Cuando el paciente describa su problema de salud se le dejará en plena libertad para que exprese todas sus vivencias y se procurará identificar las manifestaciones conductuales que facilitarán u obstaculizarán su participación en actividades preventivas.

Culminación de la entrevista: La primera entrevista y las sucesivas deben culminar en un clima de cordialidad.

A2. Aspectos relevantes de la entrevista:

Las preguntas: Las preguntas en la entrevista inicial y sucesivas deberán ser formuladas sin la rigurosidad de un interrogatorio en el contexto de una conversación. El odontólogo debe evitar todo lo que implique crítica, sorpresa, aprobación o desaprobación en sus palabras o gestos. Es necesario que el paciente perciba que lo que dice interesa y es importante.

La relación odontólogo-paciente durante la entrevista, <<rapport>>: La personalidad del odontólogo, como se comunica y la identificación que logre con el paciente, son factores decisivos para el buen desarrollo de las entrevistas y el éxito en la educación del paciente.

Existen tres tipos de relaciones entre odontólogos y pacientes³⁷:

- a) Relación activa-pasiva: el odontólogo tiene toda la responsabilidad
- b) Relación de guía-cooperación: el paciente está dispuesto a seguir las recomendaciones del odontólogo
- c) Relación de mutua participación: el paciente y el odontólogo comparten la responsabilidad de optimizar la salud.

Es evidente que la relación de participación es la que deberá establecerse en cualquier programa preventivo.

El refuerzo durante las entrevistas: Como señala Seif T.³⁷, los elogios por parte del odontólogo y su equipo son importantes en el programa preventivo, pero es necesario agregar otros componentes para reforzar la conducta. Así, por ejemplo, el paciente puede registrar las veces que ha ejecutado rutinariamente la limpieza de sus dientes acorde con las instrucciones del odontólogo y obsequiarse por haberlo hecho durante unos días, una semana, un mes o más.

La frecuencia de los refuerzos deberá decrecer paulatinamente en el tiempo, particularmente una vez que la conducta objetivo ha sido alcanzada. La meta final será integrar los hábitos de salud bucal a la vida normal diaria del paciente haciéndolos habituales³⁷.

El uso de instrucciones: Se recomienda iniciar las instrucciones para control de placa cuando se tiene cierto conocimiento del paciente, en forma tal que el mensaje pueda ser personalizado³⁷. Además, en muchas ocasiones, el paciente necesita de repetidas visitas para entender su problema y enfocar su atención a las áreas de la boca que necesitan más cuidado en el hogar. Si se tiene la oportunidad de conocer al paciente previa a la introducción del programa, se podrán identificar sus costumbres y utilizarlas para el logro de las metas propuestas. Las instrucciones de higiene bucal y las indicaciones preventivas, en general, suelen ser más efectivas durante, y especialmente después del tratamiento restaurador o periodontal³⁷.

A3. Resultados de la entrevista: La realización de las entrevistas permitirá:

Seleccionar conductas claves

Identificar variables relevantes del ambiente actual relacionadas con el problema

Ordenar las conductas claves y variables relevantes

Seleccionar la o las conductas a modificar

Valorar los resultados: Logro de nuevas conductas con relación a salud periodontal, eliminación o disminución de visiones fatalistas o azarosas de la salud individual.

A4. Seguimiento

La evaluación de los resultados se centrará en aspectos tales como: responsabilidad frente a las nuevas conductas para la salud bucal determinadas por su locus de control (control personal interno y externo), utilización del lenguaje como instrumento de expresión de sus logros con relación a su salud periodontal y percepción de la significación del tiempo en la preservación de lo logrado. Se refuerzan los cambios positivos según la confianza del paciente con los resultados obtenidos.

La observación, es otra herramienta importante para la recolección de información con relación al paciente. La observación de lo que ocurre espontáneamente será directa utilizando los sentidos, especialmente la vista.

B1. Indicadores de la observación: Es aconsejable elegir los aspectos de mayor interés, los cuales deben ser memorizados por el odontólogo. Así por ejemplo se puede observar en las entrevistas si el paciente: aparece relajado, agresivo, tenso, si aprueba con gestos las indicaciones del odontólogo, cierra los ojos, si participa, pide opinión, rehusa participar, abandona el consultorio precipitadamente, habla apresuradamente, rechaza el examen clínico.

B2. Respuestas psicofisiológicas. Las expresiones psicofisiológicas son mensajes potentes de comunicación. A través de las expresiones emocionales se comunica de forma no verbal lo que no se comunica verbalmente. Las expresiones emocionales regulan la manera en que las demás personas reaccionan ante nosotros y pueden provocar reacciones conductuales específicas en otras personas. Además, facilitan las interacciones sociales y promueven la conducta prosocial³².

B3. La observación permitirá identificar la habilidad inicial y posterior a la aplicación de estímulos para el uso del cepillo e hilo dental.

Lo primero que se debe identificar en el paciente es la causa por la cual está fallando en el cuidado de su salud bucal. Para determinar la causa de la falla, Mager & Pipe²⁰, sugieren teñir la placa dental con sustancias reveladoras y luego de un hallazgo positivo, hacer dos preguntas al paciente:

¿Pudiese usted actuar de manera adecuada, por ejemplo, cepillar las superficies linguales inferiores, si realmente tuviese que hacerlo?

¿Pudiese usted hacerlo si su vida depende de ello?

Si el paciente no logra demostrar que puede remover con el cepillo la placa dental de estas superficies, entonces nos encontramos ante una falla de destreza.

Si el paciente logra demostrar una adecuada técnica al cepillar dichas superficies dentales, entonces nos encontramos, frente a una falta de deseo o motivación para hacerlo con regularidad.

Si se identifica falta de destreza, se personalizarán las instrucciones para que reorientándolo adquiera las habilidades necesarias.

El registro sobre sí mismo. Es una estrategia que permitirá determinar la intensidad de la necesidad de logro y explorar las motivaciones de poder y afiliación. Asimismo, permitirá indagar sobre la autoestima y la opinión que se tiene de sí mismo¹¹.

El odontólogo puede solicitar al paciente que exprese por escrito:

¿Cómo concibe su salud bucal?

¿Cómo la asocia a otros aspectos de su personalidad?

C1. Aplicados los estímulos podrá determinar a través de testimonios escritos:

¿Cómo reestructuró los mensajes negativos con relación a salud bucal?

¿Cómo relaciona la salud bucal con otros aspectos de su vida diaria?

¿Qué calificativos positivos en lugar de los negativos utiliza con relación a su salud bucal?

¿Qué sentimientos gratificantes experimenta con relación a los logros alcanzados en su salud periodontal?

¿Cómo imagina será su salud periodontal en un año, dos o más?

Su confianza en los procedimientos para prevención de la salud y curación de las enfermedades periodontales.

Su confianza en el odontólogo

Definición de Metas

Las metas constituirán los medios para consolidar el progreso hacia el logro de condiciones periodontales adecuadas. Deberán orientar hacia donde se quiere llegar y respaldarse con la comprensión y aceptación del paciente. La meta es un poderoso agente motivador porque contiene la definición de lo que se espera, estimula la persistencia y el vigor del comportamiento orientado al logro¹¹.

Previo a la definición de las metas se debería hacer un análisis exhaustivo de las habilidades y potencialidades que tiene cada paciente y las condiciones externas que favorecen el desarrollo y culminación del propósito. La meta debe ser algo más que un deseo del odontólogo y su paciente, debe estar acompañada de un firme deseo de los involucrados en proceso de conseguir lo que se ha definido. Por consiguiente es necesario:

- Identificar las metas a lograr
- Jerarquizarlas en orden de importancia
- Jerarquizarlas en función del tiempo: inmediatas y mediatas
- Precisar las acciones, del profesional, paciente o ambos, que se seguirán para la consecución de las metas: preparación de recursos motivacionales, realización de entrevistas, observación del paciente, ejecución de procedimientos preventivos en el consultorio, ejecución de procedimientos preventivos en el hogar, entre otros.
- Determinar el tiempo que se requiere para cada una de las acciones propuestas.

El componente emocional juega un papel importante en toda acción que emprenda el organismo. Por consiguiente es importante visualizar positivamente la realización de la meta y experimentar sensaciones agradables relacionadas con la culminación de la misma. El mantenimiento de esta energía positiva en función del trabajo a desarrollar, facilitará y disminuirá la resistencia del organismo para cumplir con el reto trazado. De igual manera, las expectativas de triunfo crearán en la persona una tendencia interna que lo mantendrá alerta y atento a las acciones pertinentes para obtener los propósitos previstos¹¹.

A través de la visualización, las personas pueden generar sentimientos positivos y de ejecución hacia algo que ellas se propongan. Se puede imaginar lo que se quiere, en este caso por ejemplo el bienestar de masticar los alimentos sin que se genere dolor o sangrado. Se puede solicitar al paciente que cierre los ojos, respire profundamente y disfrute de la sensación de bienestar que le produce realizar esta acción sin ningún tipo de malestar.

También es importante que la persona se prepare para enfrentar un posible fracaso pero teniendo presente que puede aprender de los obstáculos y superarlos, que el fracaso le permitirá prepararse de manera más objetiva para adoptar nuevos compromisos.

El Éxito del Proceso Motivacional

El paciente debe estar consciente que el éxito del proceso requiere, fundamentalmente, del esfuerzo. Odontólogo y paciente deben tener voluntad, perseverancia y trabajar para alcanzar las metas propuestas.

Para obtener el poder de la creencia en el triunfo, se deberá:

- Pensar siempre en el éxito, nunca en el fracaso
- Recordar que todos podemos triunfar y creer en el buen resultado de lo que se hace
- Mantener una auténtica actitud mental positiva
- Hallar para cada experiencia el marco de referencia más útil y convertirla en algo que la favorezca en vez de perjudicarla
- Eliminar del entorno los factores que tienden a desencadenar estados desagradables o decaimiento e instaurar estados positivos en nosotros mismos y en otros¹¹.

Recursos para el Proceso Motivacional

- Lectura y discusión de material de apoyo
- Demostraciones
- Ejercicios de aplicación de la técnica de cepillado y uso de hilo dental
- Discusión de videos

El Paciente. Sus Características

El paciente: edad, sexo, ingreso, grado de educación, profesión, intereses profesionales, valores, expectativas, posibilidad de tiempo durante el día para dedicarlo a su salud

Se deben identificar las características demográficas, culturales, sociales, psicológicas¹ y económicas del paciente; dado que las razones que pueden motivar a una persona a mantener su salud bucal pueden no ser las mismas en otra persona¹⁸. Además, la condición socioeconómica debe ser considerada para interpretar algunos de los rasgos que condicionan la conducta con relación a la salud bucal. En Venezuela el método más utilizado para determinar la estratificación social es el Graffar Modificado¹³ que define seis estratos sociales:

Clase Alta: conformada por la población que controla el poder económico y político. Su riqueza de carácter hereditario o adquirido deviene de su posición como grandes terratenientes, comerciantes y empresarios que dominan en el campo de la actividad privada. Su estilo y calidad de vida se manifiesta en alto y sofisticado consumo de electrodomésticos, automóviles, energía eléctrica y servicios de salud.

Clase Media Alta: constituida por medianos industriales y comerciantes, profesionales liberales y técnicos de alto nivel de especialización, políticos, militares y clérigos de alta jerarquía, gerentes, intelectuales y artistas cuya economía está vinculada a la clase alta.

Clase Media Baja: está conformada por técnicos medios, oficinistas, empleados de la administración pública y privada, obreros calificados de grandes empresas públicas y privadas, artesanos y pequeños comerciantes de la economía formal e informal de baja productividad.

Clase Obrera: integrada por obreros calificados o semicalificados, campesinos y jornaleros, que usualmente devengan salario mínimo. También pertenecen a este grupo los obreros que trabajan a destajo o por cuenta propia.

Clase Marginal: este grupo de la población experimenta niveles extremos de pobreza. No tiene ubicación en el aparato productivo. Tienen escasa participación en los beneficios socioeconómicos de las instituciones del estado.

Evaluación de los aspectos positivos y negativos de la situación actual de salud periodontal. Identificar los deseos y temores de la persona frente a su enfermedad. ¿Desea la persona, realmente, mantener sus dientes?, ¿Está dispuesta a asumir la responsabilidad de su salud periodontal?, ¿Desea cambiar algunos aspectos de su rutina de higiene bucal?

Es recomendable, antes de intentar motivar al paciente para que recupere o mantenga su salud bucal, identificar si existe en la persona interés por mantener sus dientes. En el supuesto, que la persona exprese desilusión o descontento por los resultados obtenidos después de haber invertido tiempo y dinero en el cuidado sus dientes; es necesario enfatizar las ventajas de mantener los dientes naturales y las limitaciones implícitas en el uso de prótesis¹⁸.

Es posible que el paciente no halla solicitado tratamiento oportunamente. Es necesario entonces, indagar las razones que explican esta conducta, que pueden ser: enfermedad sin diagnóstico oportuno, temor al tratamiento, temor al diagnóstico, déficit económico, falta de tiempo. El odontólogo debe recordar que una conducta crítica provocará en el paciente una posición defensiva negativa que obstaculizará la posibilidad de una buena relación y la comunicación con el paciente, la empatía con su ser y sentir es requisito indispensable para una buena relación odontólogo-paciente¹⁸.

Dadas las condiciones se puede iniciar el proceso de motivación.

Motivación del Paciente para Prevenir la Enfermedad, Recuperar y Mantener la Salud Bucal
En esta fase se deberá diferenciar entre informar y educar al paciente. La información con relación a las causas de la enfermedad y como prevenirla es una parte del proceso. Informar no es educar. El educar implica como meta el obtener un cambio de conducta¹⁸.

¹ En los párrafos anteriores se sugieren procedimientos para identificar características de la personalidad que pueden interferir o facilitar el cambio de conducta.

La información que se transmite al paciente deberá ser: exacta, comprensible y apropiada; utilizando recursos instruccionales adecuados a las características personales y psicológicas del paciente¹⁸. Se debe ir de lo simple a lo complejo, procurando siempre resaltar los beneficios a obtener cuando se aplica adecuadamente lo informado. U.S. Healthcare y el Centro Médico Cornell^{41,7}, proporcionan algunas recomendaciones relativas a la información que se debe proporcionar al paciente para motivarle a la conservación de su salud bucal. Se describen algunos de los tópicos propuestos sin que esto signifique que puedan ser utilizados indiscriminadamente, dado que el principio en el proceso motivacional es personalizar la información que se transmite.

¿Por qué es conveniente mantener la boca sana?. Manteniendo los dientes naturales podrá masticar con más comodidad y disfrutar de una mejor digestión. Tendrá una sonrisa sana, complemento natural de su imagen y podrá hablar con más comodidad que si llevara prótesis dentales. La correcta higiene bucal protege su salud, y le ahorra dinero. Mediante la prevención de sus problemas bucales, sus costes de tratamiento se reducirán drásticamente. El tiempo empleado para ello, supone alrededor de diez minutos. Con todos estos beneficios, la correcta higiene oral es parte esencial de una vida saludable.

¿Por qué son importantes las visitas regulares al dentista?. Es conveniente que visite a su dentista por lo menos dos veces al año para un chequeo bucal rutinario. El mantenimiento preventivo es la mejor manera de asegurarse que sus dientes y encías le duren toda la vida. En realidad, la inquietud de su dentista va más allá de sus dientes y encías. Como parte del examen bucal rutinario están vigilantes para los signos de advertencia de otros problemas de salud que pueden aparecer en la boca.

¿Por qué es importante cepillarse y usar hilo dental diariamente?. El cepillarse y usar hilo dental diariamente eliminan la placa y los restos alimenticios en los dientes, interrumpiendo el proceso de las enfermedades. Es recomendable usar un cepillo con dientes de nilón con cerdas suaves. También se recomienda que usted reemplace su cepillo dental aproximadamente cada seis a ocho semanas o cuando las cerdas parezcan usadas. Usted debe cepillarse por lo menos dos o tres veces al día por aproximadamente tres minutos. Es mejor cepillarse y usar el hilo dental después de cada comida. Usando el hilo dental después de cada comida extrae los alimentos entre los dientes y debajo de la encía.

¿Cómo debo cepillarme los dientes?. Empiece con un cepillo de filamentos suaves que le permita llegar a todos los dientes. Si los filamentos de su cepillo están torcidos o gastados, compre otro. Un cepillo en mal estado no limpiará adecuadamente sus dientes. Mueva con suavidad el cepillo varias veces mediante pequeños movimientos circulares. Aplique ligera presión para que los filamentos penetren entre los dientes, pero no use presión excesiva que le haga sentir molestias.

Después de cepillar las superficies externas de todos sus dientes, haga lo mismo con la cara interna de los dientes posteriores. Para limpiar las superficies internas de los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores, coloque el cepillo en posición vertical. Realice movimientos adelante y atrás sobre cada diente y la encía que lo rodea. Para limpiar la superficie de masticación realice pequeños movimientos circulares y laterales.

Debido a que el cepillo puede limpiar uno o dos dientes a la vez, cambie la posición del cepillo tantas veces como se precise para alcanzar y limpiar todas las superficies dentales (mírese en un espejo para asegurarse que lo hace correctamente). Después de cepillarse enjuáguese para eliminar los restos de placa y alimento desprendido.

Si tiene molestias al cepillarse o dudas con relación a cómo realiza el procedimiento, consulte nuevamente con su dentista.

¿Por qué es necesaria la limpieza profesional?. La limpieza profesional regular de los dientes ayuda a prevenir la enfermedad de las encías. Cepillándose y usando hilo dental diariamente elimina la placa y el cálculo temprano, pero una vez que la placa se ha endurecido, sólo puede ser extraída por un profesional. La enfermedad de las encías inicialmente no causa malestar, pero si no se trata temprano, algunos de los siguientes problemas pueden ocurrir: sangramiento, encías inflamadas o sensibles, encías que se apartan de los dientes, pus entre los dientes y las encías., mal aliento o mal sabor

persistente en la boca, dientes flojos separados y cambios en la manera en que sus dientes encajan cuando muerde.

Para lograr el cambio de conducta, la educación deberá ser personalizada, se ajustará lo que se enseña y como se enseña a las aspiraciones, valores, necesidades, edad, sexo, profesión y condición socioeconómica del paciente. El cambio conductual implica cambio de estilo de vida.

Las acciones que se realicen en esta fase deberán lograr reacciones, el paciente debe ser inducido a la acción. El profesional debe buscar las acciones motivadoras que utilizará para que el paciente reaccione. La motivación producirá una reacción en cadena que se iniciará con el deseo interno de satisfacer necesidades que dan lugar a la fijación de metas, que provocan acciones tendentes a su logro y por ende, a la satisfacción de esas necesidades.

Para lograr que el paciente cambie su conducta es necesario que el odontólogo valore la prevención, que rompa las barreras estructurales derivadas de su formación profesional que le inducen a pensar en terapia, reparación, restauración con poco énfasis en educación y prevención¹⁸.

Inicio del control de placa. Una vez que se ha obtenido información con relación al paciente y se percibe que éste ha concienzado su problema, es posible personalizar los mensajes e iniciarlo en el control de placa. Señala Seif T.³⁷, que en esta fase se debe ser medido para evitar que el paciente sienta que se critican sus hábitos de higiene y sus conocimientos preventivos.

Reforzar permanentemente la autoestima y los beneficios de mantener la salud periodontal.

Cuadros depresivos, efectos de la edad, razones psicológicas, cambios en la situación económica, son situaciones en la vida de la persona que pueden influir en la motivación para seguir una conducta conducente a mantener la salud bucal. Los beneficios de mantener la salud y la autoestima deben ser reforzados permanentemente en cada visita de control¹⁸.

Significación de la personalidad del odontólogo en el proceso de educación del paciente.

El factor más decisivo para que el paciente logre cepillarse correctamente sus dientes es la personalidad del instructor¹⁸. Muchos odontólogos le explican al paciente acerca de la prevención y el control de placa; pero no se dan cuenta que lo que dicen es menos importante que la forma en que lo dicen. Es precisamente esta forma la que define la comunicación odontólogo-paciente. Cuando el odontólogo es percibido frío, controlador, impersonal, cuando discrepa abiertamente con las opiniones del paciente, o cuando habla demasiado tiempo sin permitir la oportunidad de interactuar, las posibilidades apuntan hacia el fracaso³⁷. Si el odontólogo no es entusiasta o no cree en la eficacia de la prevención, el paciente se dará cuenta de inmediato.

Evaluación continua y registros de los logros con relación a cambios conductuales y condición de salud periodontal.

9. Conclusiones

La revisión de la literatura permite concluir:

En la prevención de las enfermedades y restitución de la salud periodontal es fundamental la participación del paciente y la ejecución de conductas adecuadas de cuidado bucal.

Para que se asuma la salud periodontal como un valor, el paciente debe estar motivado hacia el logro de mejores condiciones de salud bucal. Motivar para que se asuma la salud como un valor, requiere que se puedan satisfacer las necesidades al aplicar normas para la prevención de las enfermedades y restitución de la salud periodontal.

Las posibilidades de motivar al paciente se incrementan cuando el odontólogo conoce sus necesidades con relación a la salud, sus creencias y expectativas, y, reconoce que las personas actúan conforme a sus propios intereses, definidos éstos por sus necesidades.

Un programa motivacional debe sustentarse en el conocimiento de la persona, en los atributos que conforman su ser, pensar y actuar.

La motivación integra factores biológicos, cognitivos y sociales. Por consiguiente para lograr cambios de conducta es imprescindible identificar en el programa preventivo las variables motivacionales que analizadas como un todo e identificadas sus relaciones con patrones de conductas adquiridas pueden ser redimensionadas con la finalidad de lograr mejoras en la salud periodontal del paciente.

La estructuración de la personalidad determina el progreso y avance de los individuos en el ámbito individual y grupal. Si la estructura individual se centra en conductas de bajo logro, externalidad, baja elaboración lingüística, orientación temporal ubicada en el presente y el pasado, el rendimiento será pobre e ineficaz y generará sentimientos de frustración y fracaso. La estructuración de la personalidad puede ser un obstáculo o un potencial para el éxito del programa preventivo.

Identificar cómo se percibe el paciente con relación a actividades que tienen que ver con su condición física permitirá estimular el desarrollo de conductas vinculadas con su salud bucal

La autoestima es un factor que condiciona las expectativas del paciente en las acciones que emprenda asociadas con su salud. En concordancia con su grado de autoestima mantendrá una conducta constante, esperando que el resultado final sea el éxito.

El paciente debe estar consciente que el éxito del proceso requiere, fundamentalmente de su esfuerzo. Odontólogo paciente deben tener voluntad, perseverancia y trabajar para alcanzar las metas propuestas.

En el proceso se deberá diferenciar entre informar y educar. Informar es una parte del proceso. Educar implica como meta obtener un cambio de conducta.

La información que se transmite debe ser clara, exacta, adecuada y comprensible; utilizando recursos instruccionales acordes con las características personales y psicológicas del paciente. La información debe ser personalizada.

Para lograr que el paciente cambie su conducta, el odontólogo debe valorar la prevención, romper las barreras estructurales derivadas de su formación profesional que le induce a pensar en terapia, reparación, restauración con poco énfasis en la educación y prevención.

10. Literatura Citada Y Consultada

1. Blinkhorn A (1978). Influence of social norms on toothbrushing behaviour of preeschool children. *Comm Dent Oral Epidem.* 6:222-226
2. Burk Ignacio (1993). Psicología, un enfoque actual. Venezuela Caracas, Ediciones Insula. P. 148-160
3. Carranza F, Newman G (1998). Periodontología Clínica. 8va. Edición. McGraw Hill, American Editores S.A.
4. Carías R (1993). ¿Quiénes somos los venezolanos?. Segunda Edición Caracas. Edit. LES
5. Carr Leslie (1992). Psicología. Un nuevo enfoque. 7ma. Edición. México. PRENTICE-HALL. HISPANPAMERICANA, S.A. P. 432-457.
6. Centro de Estudios Biológicos sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA) (1987). Venezuela Tomo II. P. 60
7. Centro Médico Cornell (1996). Hoja informativa: Higiene bucal
8. Estupiñán-Day Saskia (1991). Editorial: Estrategia regional de salud bucodental para los años noventa. Washington DC. file://B:\Editoria.htm
9. Farcug Carlos (1994). Motivación, emoción, estímulo y deseo. España. Ediciones Narcea S.A
10. Feldman Robert S (1995). Psicología. Una Aplicación para Iberoamérica. México. McGraw-Hill. P. 304-337
11. Flores CT (1994). Motivación, una alternativa para el éxito. Caracas. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Libertador (FEDUPEL). P. 19-66, 75-162.
12. Fourcade R (1977). La Motivación en la Enseñanza. España. Ediciones Narcea S.A.,
13. Fundación "Centro de Estudios Biológicos sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana" (FUNDACREDESA). (1977). Caracas.
14. Genco R, Goldman H, Cohenn D (1990). Periodoncia Clínica. Primera Edición. Editorial Interamericana McGraw Hill
15. Hernández Nelson, Salazar Carmen Rosa (1987). Una aproximación a la caracterización del perfil epidemiológico bucal de El Guanábano, Distrito Bolívar. Venezuela. P. 45
16. Lindhe J (1992). Periodontología Clínica. 2da. edición. Editorial Médica Panamericana S.A.
17. Løe H (1981). Etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. Caracas. Revista CERON. Edic. Especial. P. 5-6

18. López V. Néstor (1998). Educación y motivación en el tratamiento y prevención de las enfermedades periodontales. www.dentalinet.et
19. Manfred Max-Neef (1997). Necesidades humanas. España. <http://www.deba.es/fl/pf-015.htm>
20. Mager RF, Pipe P (1970). Analyzing performance problems. Belmont CA: Fearon
21. McClelland D (1974). Informe sobre el perfil motivacional del venezolano. Caracas. Fundación Venezolana para el Desarrollo de Actividades Socioeconómicas (FUNDASE)
22. Mankeliunas M (1987). Psicología de la Motivación. Primera Edición.. México Edit. TRILLAS
23. Mavare Jacobo (1999). Balance oxidación / antioxidación tisular en las alteraciones gingivo-periodontales. Venezuela. P. 28
24. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1967). Estudio para la Planificación Integral de la Odontología. Caracas. Pág. 19
25. Morales M (1986). El grado de elaboración lingüística como instrumento de control psicosocial. Barquisimeto. Ponencia presentada en el Encuentro Venezolano sobre Motivación. Memorias EVEMO I.
26. Morón Alexis, Vanegas Wiliam, Salazar Carmen R (1987). Estudio del Perfil Epidemiológico Bucal del Area Metropolitana del Municipio Maracaibo.. Venezuela. P. 72
27. Méndez Carmen A, Perozo Jaitza, Sandoval Aída(1997). Características psicosociales del estudiante académicamente exitoso de las Facultades de Ingeniería y odontología. Venezuela. P. 18-39
28. Organización Pan Americana de la Salud (OPS) (1995). Odontología. Generalidades sobre el cuidado dental. USA.
29. Page RC, Schoroeder H (1981). Current status of the host response in chronic marginal periodontitis. J. Periodont. 52:477
30. Pratt F. Henry (1982). Diccionario de Sociología. México. Fondo de Cultura Económica
31. Remolina Ruiz Alberto (1996). Enfermedades Periodontales. Clínicas Dentales de Cantabria URL:<http://200.32.119.65/coi/periodontitis.htm>
32. Reeve Johnmarshall (1999). Motivación y emoción. España. McGraw-Hill. P. 2-25.
33. Romero O (1984). Desarrollo de Logro e Internalidad. Mérida Laboratorio de Psicología de la ULA.
34. Roth G, Calmes R (1981). Oral biology. Periodontal disease chapter. St. Louis, The C.V. Mosby Co.
35. Salazar Carmen Rosa, Morón Alexis (1988). Proyecto Rinconada. Diseño e implementación del nivel de atención primaria. Venezuela. P. 38
36. Schacter S (1982). Recidivism and self-care of smoking and obesity. Am Psychologist. 32:436-444
37. Seif R. Tomás (1997). Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. Colombia. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A. P. 317-330
38. Scheihman A (1970). Dental cleanliness and chronic periodontal disease. Br. Dental J. 129:413-4189
39. Smith AJ, Striffler DF (1963). The reported frequency of toothbrushing as related to the prevalence of dental caries in New México. Pub Health. 23:159-175
40. Universidad de Valencia. Facultad de Ciencias Biológicas. Módulo: Biología del Comportamiento (1997). España File://Bjindex.htm
41. U.S. Healthcare (1995). Cuidados generales de la cavidad oral
42. Weinstein P, Getz T, Milgrom P (1981). Oral self care. Strategies for preventive dentistry. University of Washington. P. 58-27

Resumen:

Fundamentado en los principios que explican la conducta que puede asumir el hombre en situaciones específicas y que determinan su éxito o fracaso; fue propósito de este estudio formular algunos lineamientos para un programa de prevención individual que facilite al odontólogo la ejecución en el consultorio de actividades para prevenir la enfermedad y restituir la salud periodontal. Así, utilizando las directrices de la investigación bibliográfica se recopilaron y analizaron documentos que exponen la significación de la motivación en cualquier programa preventivo de enfermedades periodontales, la importancia de los cambios conductuales y su reforzamiento para la ejecución rutinaria de los procedimientos que facilitan la remoción y eliminación de la placa bacteriana. Identificada la motivación como núcleo de los programas preventivos, se describen los orígenes de éste concepto, las principales teorías que explican el proceso motivacional y las variables relacionadas con el mismo. Las variables descritas se integran en los lineamientos del programa para prevención de la enfermedad y restitución de la salud periodontal, destacando la significación que puede llegar a tener en el éxito o fracaso de las acciones que con relación a la salud, específicamente salud periodontal, emprenda la persona. Del mismo modo, se especifica, entre otros, las técnicas a aplicar en la recolección de información con relación al paciente y su entorno, los recursos instruccionales necesarios para la actividad educativa, se destaca la importancia de definir las metas y las características de la información que se transmite.

Palabras claves: Alteraciones Gingivo Periodontales, Prevención, Motivación

Trabajo realizado y enviado por:

López Douglas A

Investigador Responsable

Salazar Carmen R

Gudiño Paz Mercedes

Co-Investigadores

carmenrosa@iamnet.com