

Estrategias psicológicas en la motivación del paciente periodontal

Tejerina Lobo JM^a, Pérez Alvarez M, Echeverría García JJ: Estrategias psicológicas en la motivación del paciente periodontal. Archivos de Odontología Estomatología 1987; 3: 245-252.

José M.^a Tejerina Lobo¹
Marino Pérez Alvarez²
Jose Javier Echeverría
García³

¹Prof. Encargado de Curso, Escuela de Estomatología de Oviedo.

²Prof. Colaborador Dep. Psicología, Universidad de Oviedo.

³Prof. Encargado de Curso, Escuela de Estomatología de Barcelona.

Resumen. El control de la placa bacteriana es fundamental para evitar la aparición de enfermedad periodontal. La eliminación adecuada de la placa exige la cooperación del paciente día tras día, lo que supone una ardua labor al alcance sólo de escasos individuos. En este trabajo se describen diferentes tácticas tendientes a modificar el comportamiento del paciente de manera tal que el control de la placa se convierta en un hábito más por parte del paciente, minimizando de esta manera las posibilidades de aparición de la enfermedad.

Palabras clave: Higiene Oral - Motivación - Paciente periodontal.

Aceptado para publicación: Junio 87.

Correspondencia:

Dr. José M.^a Tejerina Lobo,
P.^o de Begoña 24, 6.^o,
33205 Gijón (Asturias)

Abstract

Plaque control is of paramount importance in the avoidance of periodontal disease. However, only a minority of patients can adequately obtain a minimum level of bacterial plaque compatible with gingival and periodontal health. In this paper, different approaches are presented which, from a psychological standpoint, tend to change the behaviour of the patient in order to improve and keep high standards of oral health, thus minimizing the chances for the onset of new disease.

Key words: Oral hygiene - Motivation - Periodontal patient.

Introducción

Como es conocido, la placa dental es un factor etiológico de la caries, la gingivitis y la enfermedad periodontal destructiva.

Teniendo en cuenta la naturaleza de la placa dental, la cooperación activa y duradera del paciente es necesaria en el tratamiento y la prevención de estas enfermedades. Ello supone la realización de determinados hábitos higiénicos tendentes a su eliminación mecánica, dado que otros procedimientos («dietas detergentes», control químico) no cumplen satisfactoriamente con el propósito clínico que se persigue. Los

hábitos requeridos incluyen el cepillado de los dientes (de acuerdo con técnicas específicas) y limpiezas interdetales por medio de hilos de seda u otros utensilios adecuados (cintas, cepillos interproximales, paliños).

La frecuencia ideal se cifra en tres veces diarias o una vez después de cada comida y siempre al acostarse. Sin embargo, puede ser suficiente una vez diaria, (una vez cada dos días sería válida, si la remoción fuese total, pero ello difícilmente se consigue fuera del laboratorio). Cada limpieza consume unos cinco minutos con amplia destreza y diez o más con menos habilidad.

La tarea del dentista y/o de la higienista dental, una vez aplicado un tratamiento restaurativo, es educar e instaurar en el paciente los autocuidados oportunos y, en todo caso, promover hábitos higiénicos de acuerdo con criterios preventivos primarios (Gjerme, 1982). Por tanto, el clínico tiene que asumir compromisos más sistemáticos que la recomendación o la «prescripción». De ahí que la acción profesional incluya la educación del paciente, como un proceder programado y no incidental (Berdon, 1970).

1. Limitaciones de la educación

La educación supone informar al paciente de la naturaleza de la enfermedad, etiología, procesos y ma-

neras de controlarla, así como formar en los cuidados que conducen a su prevención y persuadir («motivar») acerca de su importancia. Ello viene exigido, además, por el hecho de que el conocimiento periodontal es escaso y sus correspondientes prácticas de salud bucal están descuidadas en la población general (Bakdash y Keenan, 1982).

Los programas educativos, incluyendo explicación directa y entrega de información escrita, en efecto, aumentan los conocimientos sobre la enfermedad y la «conciencia» de su importancia. Sin embargo, no se traducen en prácticas higiénicas duraderas (Robinson, Mobley y Pointer, 1967; Bakdash y Keenan, 1978). Se han ensayado algunos recursos adicionales. Así, los anuncios en TV dirigidos a promover visitas preventivas (Bakdash, Lange y McMillan, 1983), solamente influyeron en que un 10 % estuviera dispuesto a visitar al dentista, a pesar de que la mayoría de la población recordaba el contenido del mensaje. Por su parte, el recurso de avisar por teléfono recordando las visitas periódicas de un programa de higiene periodontal, tuvo el siguiente impacto: el 16 % cumplió con el régimen recomendado, el 49 % lo siguió erráticamente y el 34 % no respondió (Wilson y col., 1984).

De hecho, la escasa adherencia a los regímenes dentales es un problema reconocido (Geboy e Ingersoll, 1983). Algunos factores que pueden codeterminar el incumplimiento se han tratado de identificar en la relación clínico-paciente. En particular, parece ser que un médico explicador y «preocupado» por el paciente (tal como es percibido por éste), tiene que ver con la cooperación en el tratamiento. Por su parte, el paciente satisfecho con la relación clínica y menos ansioso es más cumplidor (Pettit y Hons, 1983), condiciones que dependen del comportamiento del dentista (Corah, O'Shea y Bissell, 1986). En cuanto a las dimensiones de personalidad, no se han encontrado más que correlaciones mínimas (Galgut y col., 1987), de las que no se puede concluir nada relevante. Por demás, la cooperación con el tratamiento puede ser susceptible de múltiples condiciones, en el sentido de que diversos procedimientos tengan distinto éxito con pacientes diferentes, lo que sugiere el desarrollo de varios métodos y su aplicación al paciente «apropiado» (Chambers, 1972). Todas estas consideraciones, aún siendo importantes, dejan la situación en el estado inicial, pues no queda claro si las características de la relación facilitan el cumplimiento o es al revés y, en todo caso, no se sabe de qué dependen o cómo se pueden manejar tales factores para, así, (si es el caso) mejorar el seguimiento del tratamiento.

Esta situación decepcionante, y la escasa efectividad práctica de los procedimientos educativos, incluyendo estrategias de material escrito, propaganda y avisos telefónicos, quizá se deban, principalmente, a las características de los hábitos a instaurar, cifradas

en los aspectos siguientes:

1) Las prácticas higiénicas requeridas son distintas, en alguna medida, a los hábitos ya establecidos para el mismo propósito, de manera que la conducta consolidada compite con la nueva. Como es conocido, modificar un hábito dado es más difícil que instaurar uno nuevo.

2) Relacionado con lo anterior, la incorporación de nuevos hábitos higiénicos resulta, probablemente, gravoso para el estilo y rutina de vida del paciente. En la medida en que los espacios diarios ya están ocupados, resulta más difícil «hacer sitio» para nuevas rutinas, un problema que no es exclusivamente de «minutos», sino de condiciones ambientales que lo permitan.

3) Las consecuencias positivas en relación con los hábitos higiénicos están muy distanciadas de su realización diaria. En efecto, si se exceptúa el alivio de la gingivitis, la salud dental es un efecto a tan largo plazo, que en términos psicológicos carece de funcionalidad para fortalecer una práctica «aquí y ahora», una y otra vez. Está bien establecido en psicología que los determinantes más decisivos en el desarrollo y mantenimiento de las conductas son sus consecuencias positivas, tangibles y relativamente puntuales y sistemáticas; que el paciente perciba que lo que hace «ahora» tiene efectos positivos «ya».

4) Por otra parte, los efectos negativos por no hacerlo están, igualmente, distantes del momento de la omisión, de manera que el «castigo» carece de función en la instigación de la conducta deseable.

Consiguientemente, la implantación de los hábitos higiénicos adecuados en los adultos requiere de procedimientos más formales, basados en los principios y tácticas del análisis y modificación de conducta. A continuación, se refieren algunas investigaciones dentro de esta lógica.

2. Sugerencias desde la modificación de conducta

Una de las estrategias acordes con los presupuestos anteriores está en proporcionar feedback respecto del cumplimiento con las instrucciones de autocuidado. Un trabajo con adultos (Glavind, Zemmer y Altström, 1983), consistió en proporcionar instrucción en higiene oral mediante un manual de auto-educación en casa, según tres condiciones de feedback (prueba de cepillado, puntuación abierta y feedback mínimo). Un grupo de control fue provisto solamente con un prospecto con la técnica de Bass y el uso de palillos higiénicos. El feedback, proporcionado por el clínico,

se atenía a la puntuación en placa y sangrado gingival. Después de tres meses, las puntuaciones en placa de los dos primeros grupos se habían reducido más (27 % y 22 %) que la de otros (35 %). El sangrado gingival fue similarmente rebajado en los cuatro programas (del 55 % al 17 %). Siete meses más tarde, las mejoras se mantenían por igual en todos los grupos. Es decir, la mejoría se mantuvo, independientemente de las características específicas de los procedimientos, lo que sugiere un efecto inespecífico derivado, quizá, de la atención general.

Otro trabajo (Baab y Weinstein, 1986) se ha interesado en evaluar la efectividad de la autoinspección de la placa, en relación con la monitorización tradicional por parte del clínico, en pacientes recientemente sometidos a tratamiento periodontal. El programa de autoinspección (basado en los índices de placa estándar) fue tan efectivo como la monitorización profesional. El aspecto a destacar es que el paciente puede asumir las tareas del profesional con una efectividad similar.

Estas estrategias basadas en el feedback, sea proporcionado por el clínico o por el propio paciente, aún siendo relativamente interesantes, en términos psicológicos, resultan, sin embargo, débiles en el sostenimiento duradero del hábito. Es decir, aún tratándose del manejo de las consecuencias inmediatas para el control de la conducta, la mera información del resultado puede ser insuficiente para «motivar» a muchos pacientes. Según esto, podría ser necesario el uso de «consecuencias» contingentes dependientes del logro higiénico más poderosas que el feedback informativo.

Un trabajo representativo de esta línea es el de Iwata y Becksfort (1981), tratando de comparar los efectos de un programa de educación en higiene bucal ya en marcha, con el mismo programa más reforzamiento contingente respecto del estado dental logrado, tomando como criterio el nivel de placa. Un grupo recibió un programa educativo, previsto para tres sesiones, que constaba de lo siguiente: En la primera visita, información sobre los efectos destructivos de la placa y la importancia preventiva de su control, así como de los medios para conseguirlo, exploración, limpieza y provisión de tabletas reveladoras para casa. Con la segunda y tercera visitas, instrucción en higiene oral, práctica guiada y feedback en cepillado y uso de hilo dental. Eran posibles visitas adicionales para mejorar los aprendizajes incorrectos.

El otro grupo recibió el programa educativo anterior más reforzamiento contingente, que consistió en una reducción de los honorarios según el logro. Así, el 20 % de placa suponía una reducción del 10 %, y el 10 % de placa una reducción del 25 % del coste de la visita.

De los 17 pacientes del segundo grupo, 15 lograron conseguir un 10 % de placa y los otros dos, el 20 %, mientras que los 14 del programa educativo

solo, únicamente uno obtuvo el 10 % de placa y dos el 20 % (con más visitas). Estas diferencias se mantuvieron a los seis meses.

Este estudio muestra que el reforzamiento contingente basado en el coste económico surte efectos en el mantenimiento de un buen control de placa (en los niveles clínicos óptimos). Ahora bien, este recurso no es el único posible. Más bien ilustra la lógica de un procedimiento de modificación de conducta mediante el manejo contingente de consecuencias (significativas para el sujeto). Pero estas consecuencias podrían ser de otro tipo, por ejemplo, de carácter social (atención y aprobación por parte de otras personas significativas para el paciente), o autoaplicadas de acuerdo a algún sistema de autorreforzamiento. Evidencia confirmatoria de estas sugerencias puede apreciarse en investigaciones similares con adolescentes (Sogaard y ot., 1987) y niños (Dahlquist y Gil, 1986), donde los profesores y los padres cumplían funciones significativas en el «soporte social» de la mejoría de los sujetos. Por lo demás, existe abundante evidencia disponible en otros ámbitos de la modificación de conducta. De todos modos, aunque la reducción contingente del coste monetario no sea el único recurso de motivación (pues muchos pacientes no están suficientemente «motivados» para seguir tratamientos gratuitos), no se ha de ocultar que el coste económico personal de los servicios de odontología puede suponer una barrera importante para muchos pacientes. (Decir que los autocuidados les resultarían, precisamente, mucho más económicos, psicológicamente no es funcional, porque la conducta no está siempre determinada por la «lógica racional»).

En base a lo previamente expuesto y de acuerdo con las características de la conducta en cuestión, se va a proponer un sistema de modificación de conducta, especialmente diseñado para pacientes adultos en la consulta periodontal. El interés de la propuesta se sitúa en el contexto del paciente con enfermedad, de modo que sus posibles beneficios tienen un carácter preventivo secundario para pacientes individuales, en el mejor de los supuestos. Se asume que las prácticas higiénicas de prevención primaria pasan por cambios institucionales dados en la educación temprana (de acuerdo con los criterios de una educación preocupada por la enseñanza de autocuidados de salud). Ahora bien, el paciente adulto ya dado no puede esperar estas soluciones. Los criterios y estrategias siguientes quizá pueden ser de alguna ayuda para el clínico y el paciente en estas circunstancias. Consta de cinco puntos y refiere diversas técnicas alternativas.

3. Criterios y estrategias para la práctica clínica (con adultos)

Hay disponibles una variedad de estrategias para

mejorar el cumplimiento de los tratamientos y de las recomendaciones preventivas (Becker y Maiman, 1980; Pérez Alvarez y Martínez Camino, 1984), algunas de las cuales tienen un ámbito apropiado de aplicación en odontología (Weinstein, 1982; Geboy e Ingersoll, 1983). A continuación se enumeran algunas de tales técnicas y los criterios para su uso.

1. *Averiguar algún interés puntual del paciente.* Una vez cumplida la «rutina» clínica relativa al diagnóstico y (posiblemente) tratamiento restaurativo e información, se trata de identificar algún interés inmediatamente tangible que pueda fortalecer la práctica higiénica diaria. El énfasis se pondría en efectos actuales y frecuentes resultantes de la higiene. Para cada paciente puede ser relativamente distinto y no estar suficientemente formalizado. Una situación particularmente fortalecedora (reforzante) de la limpieza requerida es el alivio de la gingivitis, al ser puntual y sistemático (contingente) su efecto saludable (en los casos de inflamación apreciable). Sin embargo, una vez lograda la curación, se está en la situación general, si bien habría quedado patente la conexión «higiene oral»-«curación de la inflamación».

Algunos efectos puntualmente fortalecedores de la práctica pueden ser la apariencia estética de la boca, el contacto próximo (relativo, por ejemplo, al olor), la propia comodidad («frescor», «sabor agradable»). En todo caso, lo que se destaca es una consecuencia frecuente y puntual que fortalezca una práctica duradera. El propósito clínico principal puede ser la salud dental y, obviamente, en función de la conveniencia del paciente que, con seguridad, está interesado en ello. Pero esta razonabilidad es demasiado abstracta (lejana y probabilística) para que cumpla la función psicológica de «motivar» para hacer algo «aquí y ahora», una y otra vez.

De acuerdo con esto, el clínico no debería exhibir exclusivamente las razones de la salud, sino que, aún como estrategia, acudiría a «motivos» más tangibles y puntuales (también interesantes). En este sentido, su protocolo de entrevista clínica incluiría preguntas para averiguar estos efectos para un paciente determinado. Igualmente, dispondría de un «muestreo» de consecuencias reforzantes (corrientes en otros pacientes), a fin de facilitar la averiguación de motivos, que podrían no ser apreciados en las preguntas abiertas.

De esta manera, se evitarían posibles «errores tácticos» en la clínica, como el de suponer que la «salud bucal» y la integridad dental a largo plazo debieran ser suficientes para el seguimiento de las recomendaciones. Otro error relativamente salvable es el de la prescripción estándar, como si todo paciente tuviera las mismas motivaciones respecto al mantenimiento de la salud.

2. *Determinar los usos del paciente.* Se trata de cono-

cer con exactitud la práctica higiénica que tiene establecida el paciente. El método obvio es preguntar, de acuerdo con un protocolo de entrevista que indague sobre la manera, frecuencia, duración, utensilios, etc. Otro recurso que permite una determinación más aproximada de algunos «parámetros» puede ser el auto-registro. Consistiría en una «ficha» diseñada para registrar (fácilmente) durante una semana, aproximadamente, una serie de criterios, como la duración, frecuencia, zonas más atendidas, que de otra manera pudiera estar desfigurado por lo que «cree» el paciente, (por ejemplo, puede creer que le ocupa más tiempo o que es más exhaustivo que lo que realmente ocurre). De todos modos, la observación directa es el método más válido: el paciente hace una demostración en presencia del clínico de cómo lo hace él habitualmente. En este punto, puede ser conveniente hacer comprobaciones con disoluciones reveladoras, ya que generalmente el paciente cree que ya lo hace adecuadamente.

La determinación precisa de los hábitos higiénicos del paciente es importante por tres razones. La primera, porque, al conocer estos hábitos, el profesional puede apoyarse en ellos para mejorarlos, lo que es interesante porque así aparece ante el paciente como «agente gratificador» y le sitúa en la perspectiva de lo posible. Esta consideración evitaría el efecto del «castigo médico». Con cierta frecuencia, el clínico critica (o prohíbe) las costumbres del paciente a fin de «concienciarlo» y/o no aprecia expresamente aspectos de los que el paciente espera alguna atención, (lo que, psicológicamente, es una frustración). La segunda, porque permite aprovechar hábitos higiénicos ya existentes, lo que tiene interés tanto por contar con algo útil y establecido, como porque, de no ser así, el hábito anterior competiría (ventajosamente) con el nuevo. Finalmente, se establecerían objetivos más realistas. Si se tiene en cuenta el punto de partida, los objetivos clínicos se pueden atender a una lógica posibilista. Estas consideraciones evitarían el abismo entre el estado inicial del paciente y el deseable clínicamente, lo que da lugar, quizá, a no intentarlo siquiera o a la «frustración» por estar tan alejado de lo ideal.

3. *Entrenamiento en el autocuidado necesario.* Teniendo en cuenta lo anterior, la instrucción en la higiene requerida debe pasar por tres etapas. En primer lugar, el moldeado de la práctica a instaurar, que puede ser en vivo (una demostración del instructor o de otra persona) sobre una arcada dentaria y en vídeo. Después, ensayo por parte del paciente, pero guiado por el instructor, de acuerdo con feedback puntual y criterios reforzantes. A continuación (aunque no necesariamente en la misma sesión), la ejecución independiente por parte del paciente, de manera que se evalúe el resultado final. Resultaría conveniente aquí el uso de soluciones reveladoras, a fin de disponer de un

feedback inmediato.

El entrenamiento (práctico) así concebido, se hace inevitable dada la conocida inefectividad de las explicaciones verbales, no sólo para motivar, sino para instruir. Se ha confiado demasiado en la explicación y prescripciones como criterios informativos y de tratamiento. Aunque el paciente refiera que entiende, que sabe y puede hacerlo, esto no garantiza en modo alguno los resultados de la enseñanza.

4. Negociar los cambios a introducir. Este criterio se atiene a la consideración del paciente como un agente activo (y no como meramente receptor de recomendaciones). Obviamente, no se asume que la relación clínico-paciente sea simétrica, pero en coherencia con los requerimientos de una participación activa del paciente hay aspectos que deben ser «negociados». Esto viene exigido por la naturaleza y dificultades de las conductas que condicionan o determinan el tratamiento, que, obviamente, deberían modificarse de acuerdo con el contexto y características del paciente. Tal planteamiento, referido a la higiene bucal podría plantearse de la siguiente manera:

Por una parte, puede ser conveniente para algunos pacientes convenir un período de perfeccionamiento y/o posponer el tiempo de inicio de la práctica requerida. Esto resulta apropiado para ciertos pacientes a los que puedan «asustar» los cambios que deben introducirse o bien cuando les afecta alguna circunstancia más urgente (problemas familiares, financieros, de trabajo). Buscar con el paciente el ritmo y/o momento de empezar puede ser apropiado, si se tiene en cuenta la posibilidad de no obtener ninguna colaboración.

Por otra parte, como es bien conocido, diferentes procedimientos de higiene oral pueden conseguir los mismos resultados, de manera que el paciente puede elegir o «autodiseñar» aquél que le resulte más aceptable. Asimismo, el estilo negociador puede ser conveniente para ayudar en la búsqueda de los momentos más factibles y la frecuencia más viable. Estas ayudas no tienen sólo un carácter de mostrar interés por el paciente, sino el muy concreto de buscar soluciones. Es un problema del clínico el que el paciente pueda cumplir el tratamiento.

De esta manera, se evitan los frecuentes errores de empezar «ahora, ya» y de hacer recomendaciones estándar (ajenas a ciertos pacientes).

5. Estrategias especiales. Aún contando con los puntos anteriores y la «voluntad» del paciente, la implantación duradera no es un proceso automático. A continuación se enumeran algunos procedimientos de modificación de conducta, que han sido útiles en otros ámbitos clínicos y que, quizás, pueden servir en odontología:

Estímulos discriminativos. Es un recurso muy elemental a base de «señales» dispuestas en sitios estra-

tégicos para indicar la realización de la limpieza correspondiente. Puede ser una «instrucción» puesta en el espejo del baño u otro sitio «llamativo», de modo que funcione como recordatorio sugerente en el lugar y momento oportunos.

Otro recurso puede consistir en intercalar la limpieza bucal entre, antes, o después, de una actividad sistemática, ya dada en la vida rutinaria (comer, acostarse, leer, ver la TV, salir). Se trataría de hacer un espacio en el tiempo ya programado, sirviéndose de las actividades preexistentes como recordatorio.

Moldeamiento. Es una estrategia consistente en las aproximaciones sucesivas a la meta final. De esta manera una conducta nueva se desarrolla gradualmente a partir de sus componentes ya dados o logrados. Supóngase un paciente, cuyos usos higiénicos están muy alejados de la práctica clínica requerida y con habilidades y disponibilidades limitadas. Por ejemplo, su cepillado puede ser una vez al día, ocuparle 30 segundos y afectar sólo las caras vestibulares de los dientes anteriores. El primer paso (durante una semana o dos) podría ser cepillarse durante un minuto, hacerlo dos veces al día y/o incluir otras zonas. El siguiente, podría incluir el hilo de seda para algunos dientes más accesibles. Así, en varias etapas, se podría lograr un criterio deseable, el clínico tendría la oportunidad de reforzar el comportamiento y el paciente podría llegar a dominar una técnica inicialmente utópica.

Encadenamiento. De acuerdo con que la conducta diaria rutinaria forma cadenas de hábitos, se sugiere que una actividad (relativamente) nueva sería más fácilmente implantable al vincularla sistemáticamente al curso establecido. Se trataría de incluir la limpieza requerida entre rutinas existentes, de un modo sistemáticamente diseñado. Ya no sería decir que se haría, por ejemplo, por la mañana, después de comer al medio día y por la noche. Habría que definir una cadena más o menos rutinaria, de modo que el futuro hábito se «encadene» a algo anterior y/o posterior que sea facilitatorio. Por ejemplo, si una de las múltiples «cadenas» posibles es comer-tomar café-ir al lavabo y ver la TV, la práctica requerida puede intercalarse entre «ir al lavabo y ver la TV». La clave del proceso está en aprovechar que la conducta anterior del eslabón facilita la que se quiere implantar y que la siguiente funcione como fortalecedora. En este sentido, la conducta subsiguiente, que habría de ser frecuente y gratificante, se haría dependiente de que ocurriese la que es poco frecuente y relativamente incómoda, pero que se desea incrementar, (por ejemplo, cepillado y seda dental). Según esta estrategia, la realización de la conducta subsecuente se hace depender de la anterior a incrementar. En el ejemplo anterior, ver la TV a esa hora (como siempre), dependería de que previamente el paciente hubiera llevado a cabo la limpieza oral. De esta manera, la conducta antecedente facilita la nueva y la siguiente «tira» de ella.

Contingencias de reforzamiento social. Esta estrategia se basa en la «aplicación» sistemática del apoyo de otras personas por los logros en una tarea que está en desarrollo. Personas significativas del ámbito del paciente estarían al tanto de la frecuencia y tipo de higiene a implantar, respecto de la cual proporcionarían atenciones diferenciadas. Estas atenciones pueden ser desde elogios y referencias expresas al logro, hasta ayudas y gratificaciones. La clave es que la atención dispensada sea contingente con la práctica del paciente, esto es, los «apoyos» de otros dependen de la conducta del paciente, de modo que si ésta no ocurre (de la manera que razonablemente se ha diseñado), entonces la otra persona no presta la «atención» correspondiente. Por ejemplo, el marido elogia y se interesa por la higiene de su mujer y colabora en una tarea doméstica en dependencia (quizá al mismo tiempo) de que ella cumpla la tarea (clínica). Ambos pueden comprometerse en actividades conjuntas, a condición de la actividad higiénica previamente realizada. Aquí el reforzamiento sería mutuo.

Un aspecto a considerar es que el reforzamiento habría de ser frecuente en las etapas iniciales y más variado después. Es decir, no es el caso de que el reforzamiento así diseñado tenga que ocurrir siempre para el mantenimiento a largo plazo, sino de vez en cuando.

El clínico puede ser un agente reforzante muy significativo. El feedback que proporcione, así como el interés y elogios contingentemente dispensados suelen ser influyentes en el mantenimiento del tratamiento. Ya se ha visto anteriormente que la reducción de los honorarios es un poderoso reforzador (fortalecedor) de una práctica eficaz.

Contrato de contingencias. Se ha enfatizado la importancia del reforzamiento contingente de otras personas para el desarrollo de las conductas de un individuo, en particular cuando las rutinas y el ambiente ya están programados de otra manera. En este sentido, otras personas colaboran con apoyos que tratan de fortalecer la conducta deseable (inicialmente deficitaria). Es decir, la conducta que se desea mejorar va seguida de efectos reforzados provistos por otras personas. Pues bien, este apoyo puede estar formalizado en unas reglas que describen las maneras de responder otras personas, en función de las conductas de un individuo determinado. Es decir, se puede establecer un acuerdo negociado en el que se especifiquen las consecuencias positivas que dispensarán otras personas en dependencia de que se dé la conducta deseada. Eventualmente, se definirían también las consecuencias negativas por su omisión u otras conductas indeseables. Consiguientemente, no está en presencia de un contrato de contingencias.

Las claves técnicas están en especificar claramente la conducta requerida, su frecuencia y (si hace al caso) el o los momentos de ocurrencia, por ejemplo, cepillado e hilo dental una vez al día antes de acos-

tarse. Así mismo, los reforzamientos positivos contingentes con su cumplimiento, por ejemplo, una colaboración en determinada tarea por parte de la otra persona. El efecto positivo proporcionado conviene que sea inmediato a la conducta requerida, pero puede ser acumulativo en «puntos», de modo que dados unos criterios, el reforzamiento puede ser diferido.

Es importante que el contrato esté formalizado por escrito, según un formato sencillo, disponible para rellenar los datos y condiciones concretas de una aplicación. La otra parte contratante puede ser un familiar del paciente u otra persona significativa y el clínico. Los aspectos a disposición del clínico según las condiciones de cumplimiento del paciente serían los honorarios y/o el tiempo de consulta dedicado. Es interesante sugerir que los honorarios del clínico serían susceptibles de tener una franja flexible que permitiera su variación según el progreso del paciente. Se trataría, aquí, de hacer un diseño económico-conductal, que mantuviera en equilibrio los ingresos del clínico y el interés motivante del paciente. Una variante está en el depósito monetario inicial por parte del paciente, que iría recuperando según un plan contractual de logros-reembolso (un dinero distinto de los honorarios). Los no-cumplimientos estarían penados con el destino de la cantidad correspondiente a una institución benéfica, por ejemplo.

El procedimiento del contrato es una estrategia conveniente para ayudar al paciente a iniciar cambios y a comprobar sus posibilidades, enseñar a otras personas cómo y qué tienen que hacer para colaborar y para mantener un cumplimiento duradero. Se concibe como una «prótesis conductal» cuyo destino es su desmantelamiento paulatino. El contrato de contingencias puede ser llevado con uno mismo, donde el paciente se compromete a sí mismo a hacer algo sujeto a ciertas condiciones autopropuestas que le ayudarían a conseguir el propósito.

Autocontrol. Las técnicas anteriores tienen ya un componente de autocontrol, por cuanto se dirigen a que el propio individuo se ayude a sí mismo en la promoción de un hábito deseable. De todos modos, existe un procedimiento de autocontrol con una entidad diferenciada, que tiene interés en este contexto. El perfil general de esta técnica es el siguiente.

El primer paso es la autoobservación. Relativo al control de placa, consistiría en observar la frecuencia y la eficacia del hábito establecido en remover la placa. Serían muy apropiadas las soluciones reveladoras y ya se ha visto que el paciente puede inspeccionar su propio nivel de acuerdo a los índices clínicos de medida. De esta manera se determina el nivel de partida que, junto con la técnica empleada y su frecuencia, constituyen la «línea inicial». Es interesante, igualmente, que estos datos sean registrados en protocolos o gráficos especialmente diseñados, del tipo de los ya existentes en la práctica periodontal. Si bien la autoob-

servación y el autorregistro así llevados pueden ser «motivadores», de todos modos carecen por sí mismos de funcionalidad para inducir cambios significativos.

El segundo paso es la autovaloración del nivel actual respecto a un criterio, en este caso el proporcionado por el clínico, de acuerdo con los «motivos» de preocupación del paciente. En este punto se establecen los objetivos y los cambios y se diseñan las estrategias para conseguirlos. En los objetivos se tendrían en cuenta los criterios referidos en los puntos anteriores, y las estrategias seguirían las líneas de las técnicas que se acaban de presentar.

El tercer componente es el autorreforzamiento. En la última técnica anteriormente citada, se ha enfatizado el reforzamiento contingente proporcionado por otras personas. Pues bien, aquí estaría dispensado por el propio paciente. Esto supone una programación que incluya la autoaplicación contingente de reforzadores (que fortalezcan la conducta inicialmente débil). El criterio general es la modificación de alguna condición ambiental que facilite la conducta deseable, de manera que una vez que ocurra, el individuo se autoproporcione algún reforzamiento contingente, previamente establecido.

Así pues, se introduciría algún cambio ambiental, por ejemplo, estímulos discriminativos, tarjetas de autorregistro bien visibles y/u otros arreglos convenientes (disponer de utensilios en el lugar de trabajo, levantarse antes o dejar preparado el día anterior parte del desayuno, decirlo a otras personas, el «encadenamiento»).

Los logros (que se irían registrando) serían «créditos» canjeables por algún efecto interesante para el paciente. El efecto autorreforzante más puntual y fácil de administrar es el autoelogio verbal. Pero, a veces, puede ser necesario el uso de refuerzos más tangibles y «potentes». El punto crítico está en autoadministrarse algo a condición de haber cumplido un determinado criterio. No autoproporcionárselo o privarse de algo existente, sería la contrapartida del no o mal seguimiento del programa. La clave está en que la relación sea contingente (si... entonces). Por ejemplo, el logro del 80 % de las veces previstas durante una semana de las pautas de higiene oral (con la efectividad requerida), según está registrado en el gráfico, se haría acreedor de «ir al cine» (autoregalarse algo, etc., etc.) La acumulación de «puntos» podría ser más a largo plazo, y el efecto canjeable de mayor valor; o bien puede hacerse a diario y, entonces, la relación condicional se referiría a un evento más cotidiano (tomar el café, ver la TV, etc., etc.). El efecto autoaplicado no necesariamente tiene que ser nuevo en la vida del paciente, sino que puede preexistir ya: el criterio está en la relación contingente. Consiguientemente, una versión formalizada del autocontrol incluye el «autocontrato conductal». Como se ha dicho, el procedimiento incluiría su propio desvanecimiento, en el sentido ya

señalado de prótesis conductal temporal.

La posibilidad de emplear esta técnica en grupo, para varios pacientes a la vez, además de suponer un aprovechamiento más rentable del tiempo del clínico y, posiblemente, ahorro de dinero para el paciente, puede ser interesante para la cooperación en sí, en virtud del efecto de las ayudas y compromisos entre los pacientes.

En términos generales, habría que subrayar que el cambio psicológico (para la reducción de hábitos inadecuados y el desarrollo de otros deseables) no es una cuestión de voluntad ni de estar concienciado. Relativo al ámbito de la salud, es razonable suponer que los pacientes tienen voluntad para mejorar condiciones de las que depende su bienestar, y está comprobado que tienen conciencia de ello y conocen lo que habría que hacer y los riesgos por no hacerlo. Pero ello no se traduce en cambios efectivos. Estos requieren de modificaciones del ambiente y de estrategias más formales que la mera «información-persuasión». Aquí se ha insinuado el criterio general y se han enumerado algunas técnicas que han mostrado su utilidad en otras áreas. Desde luego, se debería insistir en que los cambios tienen que proceder del ambiente para que operen en el individuo. El ambiente de la educación para la salud no es una instantánea dada en la consulta clínica. Tiene un carácter de práctica cultural implantada tanto en los sistemas educativos formales (la escuela) como en los informales (la familia), de acuerdo con los criterios de la prevención primaria, (cif. Frazier, 1978).

Lo que se ha presentado aquí son algunos de los recursos de los que puede disponer el estomatólogo para mejorar el comportamiento sanitario de sus pacientes. *Pero lo dicho respecto de los cambios en el paciente, exige, también, cambios en el profesional.* Es decir, el contexto clínico-sanitario forma parte del ambiente del paciente, de modo que los cambios en éste deben ir precedidos por cambios en aquél.

Ahora bien, los clínicos también son individuos, con modificaciones de conducta sujetas a las mismas «leyes psicológicas», a su vez diferentes de cambios ambientales previos. Ello remite a la propia formación profesional que dote de entrada al futuro clínico, no ya de la «sensibilidad», sino de los instrumentos y «rutinas» que las condiciones posteriores demandarán, (Sheiham, Gjerme, 1984).

Bibliografía

1. Baab D. y Weinstein P. Longitudinal evaluation of a self-inspection plaque index in periodontal recall patients. *J Clin Periodontol.* 1983; 13: 131-318.
2. Bakdash M. y Keenan K. An evaluation of the effectiveness of community preventive periodontal education. *J Periodontol* 1978; 49: 362-366.

3. Bakdash M. y Keenan K. Periodontal knowledge and oral health practices of Minnesotans. Northwest Dentistry. 1982; Marzo-Abril, 13-16.
4. Bakdash M., Lange A. y MacMillan D. The effect of a televised periodontal campaign on public periodontal awareness. J Periodontol. 1983; 10: 666-670.
5. Becker M. y Mairman L. Strategies for enhancing patient compliance. J Commun Health. 1980; 6: 113-135.
6. Berdon J. Education for prevention of periodontal disease. J Canad Dent Ass. 1970; 10: 382-383.
7. Chambers D. Susceptibility to preventive dental treatment. J Public Health. 1972; 33: 82-90.
8. Corah N., O'Shea R. y Bisell G. Relación dentista-paciente: Cómo percibe el paciente el comportamiento del dentista en cuanto a la satisfacción obtenida y el nivel de ansiedad. Arch Odonto-Estomatol. 1986; 2: 127-132.
9. Dahlquist, L. y Gil, K. Using parents to maintain improve dental flossing skills in children. J Appl Behav Anal. 1986; 19: 255-260.
10. Falvo D., Woehlke P. y Deichmann J. Relationship of physician behavior to patient compliance. Rev 185-188.
11. Frazier P. A new look at dental health education in community programa. Dent Hyg. 1978; 52: 176-185.
12. Galgut P., Waite I., Todd-Pokroped A. y Barnby G. The relationship between the multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal programme. J Clin Periodontol. 1987; 14: 171-175.
13. Geboy M. e Ingersoll B. Patient adherence to dental regimens. The Compendium of Continuing Education. 1983; 2: 185-189.
14. Gjermo, P.: Establishment of priorities in periodontal care. Text-book Public Health Aspects of Periodontal Disease. Asger Frandsen. Quintessence. Chicago 1984; pp. 317-324.
15. Glavind L., Zenner E. y Attström R. Evaluation of various feedback mechanism in relation to compliance by adult patients with oral home care instructions. J Clin Periodontol. 1983; 10: 57-68.
16. Iwata B. y Becksfort C. Behavioral research in preventive dentistry: educational and contingency management approaches to problem of patient compliance. J Appl Behav Anal. 1981; 14: 111-120.
17. Pérez Alvarez M. y Martínez Camino J. Medicina conductal: La comunicación médico-paciente. Med Clin (Barc). 1984; 83: 167-172.
18. Pettit P. y Hons B. The compliant dental patient. Australian Dent J. 1983; 28: 355-358.
19. Robinson B. Molley E. y Pinter M. Is dental health education the answer? J Am Dent Ass. 1967; 74: 124-128.
20. Sheiham A. Promoting periodontal health-effective programmes of education and promotion. Int Dent J 1983; 33: 182-187.
21. Sogaard A., Tuominen R., Holts D. y Gjermo P. The effect of 2 teaching programs on the gingival health of 15-year-old school-children. J Clin Periodontol. 1987; 14: 165-170.
22. Weinstein P. Humanistic application of behavioral strategies in oral hygiene instruction. Clin Prevent Dentistry. 1982; 4: 15-19.
23. Wilson T., Glover M., Schoen J., Bans C. y Jacobs T. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. J Periodontol. 1984; 55: 468-472.