

Prevención de la Enfermedad Oral en Familias Desplazadas por la Violencia de la Comunidad de Nelson Mandela Cartagena- Colombia.

Farith González¹, Luis Carmona², Paula Campo³

Resumen

Introducción y Objetivo: Las intervenciones con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral han sido utilizadas en las comunidades vulnerables con el fin de evitar tratamientos de operatoria dental. El propósito de este estudio fue analizar los conocimientos, manejo y aplicación de los conceptos de salud y enfermedad oral, en familias desplazadas por la violencia. **Materiales y Métodos:** Un enfoque metodológico cualitativo, apoyado en el método de investigación acción participativa, fue utilizado en 15 familias desplazadas por la violencia con niños escolarizados. Para la recolección de la información se utilizaron los talleres, la entrevista individual estructurada, la entrevista a grupos focales y la observación. **Resultados:** Los pobladores lograron construir un nuevo conocimiento en el cual se estableció la salud como un proceso constituido por diferentes componentes (bienestar físico, mental y social). De igual manera, el método de enseñanza (IAP) permitió a los pobladores ser parte activa de la solución de sus problemas y dificultades, modificando conceptos vagos de salud y enfermedad y convirtiéndolos en personas inquietas en la búsqueda de situaciones que mejoren su calidad de vida, autoestima, motivación y sentido de pertenencia en la comunidad. **Conclusiones:** Es fundamental la interacción directa con la comunidad, donde se pueda conocer a fondo todos sus aspectos sociales y tomar este análisis como punto de partida para diseñar estrategias que permitan la intervención directa de la comunidad y mejorar su calidad de vida. **Palabras clave:** Prevención primaria, investigación cualitativa, interacciones personales, higiene oral, conocimientos.

Prevention of oral disease in a Community, displaced by violence in Cartagena- Colombia.

Abstract

Introduction and Objective: The interventions with health promotion and prevention programs had been used in vulnerable communities, in order to reduce operative dentistry. The aim of the present study was to analyze the knowledge and application of health and illness concepts, in families displaced by violence. **Materials and Methods:** This project is based on a qualitative methodological focus, supported in the participatory action investigation method, including constructive and hermeneutical tools. 15 lower-income families displaced by violence and whose children were scholarized, were selected. Data collection was done through educational workshops, individual structured interviews, focus groups and observation of people responsible for the care of the children. Categories analyzed included Health and general illness, health and oral illness, prevention, knowledge on treatment of oral illnesses, oral health habits and social practices. **Results:** The settlers managed to build a new knowledge in which health was established as a process constituted by different components such as social, mental, and physical well-being. Similarly, this technique of teaching (IAP) allowed settlers to participate actively in the solution of their problems and difficulties, modifying vague concepts of health and illness and becoming involved in looking for solutions that improve their quality of life, self-esteem, motivation and sense of belonging to the community. **Conclusions:** It is fundamental to have a direct interaction with the community, in order to know all its social aspects in depth. This analysis will serve as a starting point in order to design educational strategies that will permit direct intervention of the community and improve their quality of life. **Key words:** Primary prevention, qualitative research, personal interactions, participatory action, social Interactions, oral hygiene, oral health knowledge.

Introducción

Las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral en las comunidades de mayor vulnerabilidad social

son la mejor forma de evitar problemas mayores relacionados con la enfermedad, por lo que se ha destacado su importancia a nivel de salud oral. Sin

1. Odontólogo Universidad de Cartagena, Especialista en investigación social, Magister en Salud Pública.

2. Odontopediatra Universidad de Cartagena.

3. Estudiante X semestre facultad de odontología Universidad de Cartagena.

embargo, en el sistema de salud actual las entidades encargadas de implementar estas acciones en nuestro país se han enfocado más en el tratamiento de las enfermedades dejando a un lado la prevención. Por esta razón es necesario que los trabajadores de la salud se motiven para hacer parte de un nuevo proceso de intervención para la salud oral, en donde las estrategias que se utilicen permitan un entendimiento completo de la realidad social de los pobladores, debido a que las intervenciones actuales se han convertido en actividades aisladas aplicadas en forma generalizada, lo que no ha logrado un verdadero impacto en los individuos de cada grupo poblacional.¹

Desde esta perspectiva, en la ciudad de Cartagena se encuentran pobladores con circunstancias de vulnerabilidad social muy particulares que ameritan ser objeto de estudio; entre estas se encuentran los habitantes del barrio Nelson Mándela donde se presentan innumerables dificultades socio económicas, más que todo por su condición de desplazados por la violencia, en muchos casos sin acceso a un trabajo y una vivienda digna, evidenciándose precarias condiciones de salud general y oral.²

Bajo estas condiciones, a nivel epidemiológico se han realizado estudios de caries en esta población en el año 2004, encontrándose una prevalencia de 97.5% y unos factores de riesgo que pueden estar asociados con el nivel de conocimiento que poseen estos habitantes sobre la salud y enfermedad oral, los hábitos, la dieta etc. De esta forma, a través de estos estudios se ha intentado reconocer la influencia de las condiciones sociales desde el aspecto socioeconómico y afectivo en la apropiación de las herramientas preventivas para erradicar la enfermedad, sin embargo, no se ha logrado conocer el origen de esta información e interpretar las conceptualizaciones que los habitantes manejan dentro de los factores de riesgo sociales que pueden estar asociados a la enfermedad.³

Teniendo en cuenta que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad diseñados bajo la concepción empírico-analítica no han tenido un resultado significativo en lo concerniente a la apropiación de las acciones por parte de los pobladores, se han puesto a prueba nuevos métodos de abordaje comunitario con una aproximación a la investigación acción participativa, con la cual se intenta hacer que la comunidad se involucre en las actividades educativas dando como resultado que ésta identifique sus necesidades y genere sus propios conocimientos, adquiriendo competencias para mejorar su propia salud

oral de una forma permanente y ser compartidas con el resto de la comunidad.

La investigación participativa es un enfoque de la investigación social mediante el cual se busca la plena participación de la comunidad en el análisis de su propia realidad, con el objeto de promover la participación social para el beneficio de los participantes de la investigación.⁴ Por esta razón el objetivo de este trabajo fue analizar las actitudes, percepciones y los cambios que podrían generarse en el manejo de los conceptos de salud y enfermedad oral con la implementación de un programa de intervención participativa en las familias desplazadas por la violencia del barrio Nelson Mandela de Cartagena de Indias.

Materiales y Métodos

Este trabajo está basado en un enfoque cualitativo, apoyado en una aproximación a la investigación acción participativa como método. Este diseño fue seleccionado debido a que la metodología cualitativa permite observar y registrar los fenómenos y eventos sociales que intervienen en el proceso de apropiación del conocimiento en los escenarios educativos y nos aproxima a las reales necesidades de salud que tienen los pobladores, haciendo un abordaje desde una perspectiva constructivista. Adicionalmente a esto la IAP se considera una estrategia de capacitación orientada a que los investigadores realicen un trabajo sistemático y riguroso de análisis de las percepciones y juicios de todos los convocados para intervenir, retomando en primera instancia la comprensión de su realidad, sin ser este su fin, sino más bien como un medio para alcanzar una verdadera transformación de la realidad social que le resulta insatisfecha al grupo humano involucrado en la investigación.⁵⁻⁷

Para la realización de este trabajo se interactuó con la población del barrio Nelson Mandela de Cartagena de Indias, seleccionando 15 familias desplazadas por la violencia, correspondientes al núcleo familiar de niños escolarizados en edades entre 5 y 9 años, teniendo en cuenta criterios como la accesibilidad, calidad y profundidad en la información y colaboración e interés permanente. De esta forma, se seleccionó a la familia como unidad de análisis debido a que en su interior se construyen las diferentes interacciones sociales que permiten influir en la forma de pensar, actuar, sentir y reflexionar de los individuos. En total participaron 30 niños, 12 padres, 15 madres, 5 cuidadores, 6 abuelos, 5 tíos.

Los instrumentos (guía de entrevista, cuestionario, lista de chequeo, diario de campo, protocolo, guía temática y guía de taller) fueron validados a través de una búsqueda conceptual que permitiera una validez de contenido, luego fueron evaluados por dos expertos en cada campo temático (odontopediatría y salud pública) hasta lograr una validez de apariencia, con un consenso con respecto a su estructura, profundidad y pertinencia y por último fueron puestos a prueba a través de un pilotaje con sujetos con las mismas características objeto de estudio para determinar la validez de constructo.⁸

La recolección de la información fue realizada inicialmente mediante observación del entorno en que se desenvuelve esta comunidad, describiendo sus características, centrándonos directamente en la observación de las vías de acceso, atención médica, servicios públicos, educación, recreación y centros culturales. Además, se tuvo en cuenta la presencia de farmacias, tiendas que pudiesen suministrar elementos de higiene oral como cepillos, crema dental, o medicamentos esenciales; la atención médica, servicios públicos, educación, recreación, centros culturales etc. Este aspecto permitió contar con un registro estructurado de observación sobre ciertos elementos básicos para comprender la realidad humana objeto de análisis y afinar el foco de observación, para luego utilizar los diarios de campo o herramientas fundamentales para la observación participante.

Luego se realizó un mapeo al interior de los pobladores del sector, con el fin de identificar los participantes, los eventos y situaciones en los que interactuaban dichos actores, las variaciones de tiempo y lugar de las acciones que estos desarrollan. Posteriormente se realizaron quince entrevistas individuales estructuradas de 35 preguntas a personas responsables de la higiene oral de los niños al interior del hogar, (padres, madres o cuidadores) teniendo en cuenta que estuvieran dispuestas a participar, que fueran mayores de edad y con capacidad para suministrar información útil para los objetivos de la investigación. Para efectos del análisis no bastó solo con registrar las ideas, juicios o testimonios, sino que también se examinó el contexto en que esas ideas aparecieron, identificándolo principalmente por una manera de hablar, simbolismos o sus interacciones. Estas entrevistas se aplicaron inicialmente con el fin de cubrir todo el terreno y preservando el contexto conversacional de cada diálogo. Posteriormente se realizaron dos entrevistas a profundidad a una madre y un abuelo que se convirtieron en líderes de todo el grupo, para esta técnica se emplearon varias sesiones, haciendo una primera entrevista de carácter muy

abierto partiendo de una pregunta generadora (¿Cuáles han sido sus experiencias desde su niñez, sobre la influencia que ha ejercido la población Boquillera en los hábitos de higiene oral?). Luego se realizaron dos entrevistas de grupos focales como una forma de profundizar en el análisis individual a partir de una particularidad importante (La higiene oral delegada en los niños), en este sentido, fueron seleccionados ocho sujetos (cuidadores, tíos y madres) que pudieran aportarnos una comprensión sobre este tópico. Por último, se realizaron diez entrevistas no estructuradas a informantes clave (dueños de tiendas, maestros, dueños de restaurantes, madres comunitarias) con el fin de cotejar la información obtenida directamente del objeto de estudio y afianzar las competencias adquiridas inicialmente. Todo esto permitió orientar la planeación de la acción social organizadamente y adquirir la comprensión de su realidad social, para encauzar la verdadera transformación de la comunidad, con técnicas de la IAP como los talleres, donde los actores implicados se convirtieron en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad objeto de estudio, en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones.

Las actividades del taller consistieron en confrontar las categorías emergentes surgidas de la etapa diagnóstica; actitud de cambio, motivación, sentido de pertenencia en la comunidad y solución de problemas orales de los participantes, con la formulación de un plan específico de cambio de tales situaciones que se identificaron insatisfechas. En este sentido, se diseñaron cuatro etapas; encuadre, diagnóstico, identificación - valoración y formulación de las líneas de acción y por último estructuración y concertación del plan de trabajo.

Dentro de estas etapas se hizo un monitoreo de la higiene oral de los niños a través de controles de placa bacteriana utilizando el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO'S) de Green y Vermillion.⁹ El primer control de placa bacteriana fue realizado una semana antes de la primera intervención y los demás controles una semana después de las otras sesiones, con el fin de realizar una evaluación pretest- posttest. Además, se evaluó el aprendizaje adquirido durante las indicaciones formuladas a los padres para mejorar la calidad del cepillado de los niños y los conceptos para la salud oral. En este sentido, en un primer momento del taller se abordaron las categorías teóricas previas "los conceptos de salud y enfermedad general y oral", en el segundo momento "los conceptos de prevención y hábitos de higiene oral" y en un tercer momento se indagaron sobre "conceptos de prácticas sociales" y luego se cruzaron estos datos con los de las categorías emergentes.

Para la recolección de la información de aprendizaje activo fueron utilizadas evaluaciones escritas didácticas, a través de las cuales se determinaba el grado de aprendizaje obtenido por los niños y sus padres. Estas evaluaciones se diseñaron con base en las categorías teóricas previas, lo que nos permitió detectar debilidades y fortalezas en los participantes. El instrumento utilizado fue sencillo con el fin de que cualquier persona asistente al taller pudiera responder las preguntas sin importar su grado de escolaridad, permitiéndonos obtener información para analizar a partir de las dos primeras sesiones del taller.

La reducción, preparación, análisis e interpretación de la información recolectada fue realizada de forma manual, identificando las similitudes en sus respuestas para buscar un patrón y a su vez las discrepancias o contrastes. Esta información fue analizada mediante la realización de comentarios triangulados creados a partir de la racionalización de cada una de las categorías a través de una confrontación permanente con la teoría, para posteriormente analizar los conceptos en cuanto a un "todo", incluyendo la interrelación de sus condiciones culturales, económicas, emocionales, sociales y de salud tanto general como oral.⁷⁻¹⁰

En conjunto todas las evaluaciones realizadas nos permitieron determinar si en realidad se originaron cambios en la conducta y en los conceptos de los individuos, donde estos fueran capaces de buscar alternativas prácticas de solución a los obstáculos que les impiden su adecuado desarrollo y de esta manera generar una cultura masiva de prevención en la comunidad entera y que esto a su vez se vea reflejado en los índices de salud de la población de una manera permanente.

Resultados

Primer momento: conceptos sobre salud y enfermedad general y oral

La salud y enfermedad general desde lo biológico: Con respecto a "la salud" inicialmente se encontró en las entrevistas individuales un conocimiento enmarcado en la ausencia o presencia de signos y síntomas clínicos basados en el bienestar físico. Durante la intervención en los talleres y los grupos focales se pudo valorar la influencia de estos conceptos de salud mediante el análisis de una serie de simbolismos dibujados por los padres que ilustraban situaciones donde los pobladores daban a conocer su opinión, en este diagnóstico inicial

nos fundamentamos para orientarnos en la construcción de un conocimiento que les permitiera desarrollar una verdadera salud de forma integral, logrando así edificar este conocimiento por todos los individuos.

Salud enfermedad desde lo emocional: Aquí se encontraron aspectos adicionales a lo físico, su explicación estuvo más relacionada hacia los estados de ánimo en los cuales suelen influir las condiciones económicas o sociales en las que viven estos pobladores. Las personas asocian el estado de enfermedad con la asistencia o no al médico, la cual depende de los factores socioeconómicos. Luego al aplicar las acciones inherentes a la intervención nos permitió de manera proactiva conocer sus posiciones y punto de vista con respecto a esta categoría. Luego de evidenciar las anteriores percepciones de manera conjunta se fomentó una discusión, mediante la cual se pudo establecer que para los sujetos de investigación el dinero no es un factor determinante de salud, logrando un cambio de actitud de los participantes, puesto que comprendieron que su nivel socioeconómico no es una barrera para tener salud, lo que generó una gran motivación, buena actitud y fomento de su autoestima. En lo relacionado con el aspecto emocional se logró establecer y consolidar la gran importancia del mismo para la salud y desarrollo integral de las personas, puesto que les permitió fomentar una mejor y mayor interacción dentro de su núcleo familiar y la comunidad a la cual pertenece. Esto generó una aproximación hacia un ambiente afectivo necesario para lograr la superación de las dificultades.

La salud y enfermedad desde lo social: Este aspecto no salió a relucir durante las entrevistas, sin embargo, durante los talleres se mostraron ayudas didácticas que consistían en una serie de imágenes que ilustraban ciertas situaciones sociales como aguas negras, calles destapadas, acumulación de basuras, contrastadas con imágenes como recreación en comunidad, pertenencia a grupos de acción social, lo cual permitió afianzar el concepto en los participantes de que el aspecto social es de vital importancia para la consecución de una salud integral.

La salud y enfermedad oral desde lo biológico: En este tema las personas hacen referencia a las enfermedades orales, determinándolas por los signos y síntomas característicos de estas, lo cual les permite reconocerlas como signos de alerta cuando se presenten y consultar al médico o al odontólogo. Es por esto que al intervenir con el método propuesto fuimos mediadores en torno al lenguaje de la salud, asumido este como un

conjunto de bienestar físico, mental y social, en el cual no solo la presencia de dolor es indicador de enfermedad y que la estética también es un factor importante de salud, que influye en el desarrollo integral de la persona, facilitando la interacción con la sociedad.

En lo referente a patologías orales, en la intervención educativa logramos transformar conceptos acerca de la etiología de las enfermedades, ya que patologías como la gingivitis, muchas veces confundida con caries, la relacionaban con un efecto de dolor hacia un estímulo, dando responsabilidad de la inflamación de las encías al cepillo dental por maltrato, debido seguramente a la mala utilización de éste y además al tipo de cepillo. Otro factor con el que asociaban la inflamación gingival fue con el tabaco, probablemente porque en esta comunidad hay un alto índice de fumadores que presentan este tipo de afección. Partiendo de este punto se logró llegar conjuntamente a la real etiología de la enfermedad oral, mostrándose la placa bacteriana como un factor necesario para que se produzca la enfermedad. El entendimiento y la apropiación de estos conceptos, se logró establecer mediante la evaluación del aprendizaje activo, la cual mostró que el 73% de los sujetos evaluados durante la investigación captaron los conocimientos construidos en los talleres, obteniéndose valoraciones cuantitativas dentro de la categoría de bueno con respecto a los parámetros preestablecidos en esta evaluación. (Tabla 1)

Tabla 1. Evaluación del aprendizaje activo durante el segundo control

Aprendizaje	fj	fr	fa
Malo	4	27%	27%
Bueno	11	73%	100%
Total	15	100%	

Segundo momento: conceptos sobre prevención

En el análisis social de ésta categoría se indagó sobre la prevención y elementos de higiene bucal que los sujetos utilizaban como actitudes preventivas y prácticas para evitar que aparezcan las enfermedades orales o para que éstas progresen y no produzcan daño irreversible en la cavidad oral. En general se encontró que en esta comunidad, con respecto a la prevención, el problema radica en que las personas saben cómo se previene, pero utilizan muy pocas herramientas preventivas posiblemente en algunos casos por dificultad económica y en otros porque no se apropian de este conocimiento

para utilizarlo o no se concientizan de los beneficios que obtendrían al utilizarlo de una forma adecuada.

Al momento de intervenir con los talleres se les mostraron gráficas con imágenes que representaban la gran diferencia entre las herramientas usadas en forma completa e incompleta, con las ventajas que tiene su utilización, luego de comprender la importancia del uso de elementos de higiene oral, se pudo establecer conjuntamente que el factor económico no debe ser un limitante en su utilización, al ser consideradas éstas como elementos indispensable y esenciales en su aseo personal. (Figuras 1, 2 y 3)



Figura. 1 Se observa la demostración de los dibujos realizados por los participantes



Figura. 2. Se observa la intervención de los investigadores durante las discusiones



Figura 3. Se observa el resultado de los dibujos evidenciándose la importancia de la familia

De igual manera se valoró la importancia del cepillo de dientes y la crema dental en la higiene oral, pero complementado con el uso del enjuague bucal y la seda dental, haciendo mayor énfasis en esta última, debido a que en el análisis social previamente realizado se determinó que en esta población no conocían esta herramienta para el cuidado de la salud oral, por lo que se resaltó su efectividad en la eliminación de la placa interdental, siendo este un lugar no alcanzado por el cepillo dental, demostrándoles con modelos y verdaderos casos clínicos. Luego de la anterior acción se logró construir de manera general que la correcta utilización de las medidas preventivas evitan la destrucción de sus dientes y la posterior realización de tratamientos rehabilitadores realmente costosos, haciéndoles ver que es más económica la adquisición de todas las herramientas necesarias preventivas. Esta intervención tuvo cambios en la conducta de los individuos, ya que en visitas posteriores se pudo confirmar que los elementos de higiene oral se habían convertido en herramientas de gran importancia, como parte fundamental de su vida cotidiana, valorado a través de la observación de cada hogar y evidenciado por la compra de nuevos elementos de higiene oral, la disminución de los índices de placa bacteriana y la participación con mayor atención en las actividades generadas en los talleres.

Actitudes preventivas: De forma muy general se observó que la mayoría de las personas entrevistadas coincidieron en relacionar el consumo continuo de dulces con la presencia de la caries. En cuanto a la asistencia al odontólogo se manifiesta una percepción de la asociación directa entre las enfermedades orales con el número de visitas al año al puesto de salud, siendo relevante la presencia de dolor. Aquí podemos describir que se asiste al odontólogo sólo en situaciones donde es necesario realizar tratamientos invasivos, pero no para realizarse controles y prevención odontológica, donde nuevamente vemos el factor dolor como un síntoma determinante para la asistencia al odontólogo. El desarrollo de actitudes preventivas dentro de esta comunidad puede considerarse de muy poco valor, debido a que en el momento de nuestra intervención las personas aportaban poco con respecto a este tema, pero luego de desarrollar los talleres, todos interactuaron de forma muy positiva apropiándose de manera conjunta de conceptos claros que les permitieron reconocer la gran importancia de la prevención para fomentar la salud. Las estrategias utilizadas para confirmar este aspecto fueron los diarios de campo y las evaluaciones del aprendizaje realizadas después de cada sesión.

Prácticas de higiene oral: Con respecto a la manera como los adultos y los niños se cepillan se encontró la gran influencia de los medios de comunicación y charlas tradicionales de técnicas de cepillado dental, donde la comunidad en general tiene este concepto establecido como lo que se debe hacer, pero podemos detectar que éste concepto es algo mecanizado y que probablemente no está poniéndose en práctica. Esto lo pudimos observar en los altos índices de placa bacteriana detectados en los controles que se realizaron previamente a los talleres. Al momento de desarrollar el taller nos dimos cuenta que a pesar de tener un concepto claro de prácticas de higiene oral, al momento de pedirles una demostración en el macromodelo, se encontraron ciertas dificultades en el instante de indicar lo que para ellos significa un correcto cepillado, razón por la cual se reforzaron y complementaron los conocimientos desarrollados por los individuos mediante la enseñanza de técnicas de cepillado. Este taller nos permitió alcanzar grandes logros en prácticas de higiene oral en cada uno de los individuos, debido a que al momento de la realización de los controles de placa bacteriana, se indicaron las zonas de mayor dificultad para alcanzar el barrido con el cepillado, con el fin de adquirir mayor motricidad. Luego de realizar los tres controles se observó una disminución considerable del índice de placa bacteriana, mostrando el primer control un valor de 2,36 y en el último un valor de 1,3, demostrándose que estas acciones fueron captadas por los sujetos de investigación y de igual manera proyectadas a sus familias. (Figura 4)



Figura 4. Se observan figuras de dientes realizadas por los participantes

Hábitos de higiene oral: Durante la realización del análisis social se pudo establecer que la población tenía definido cuantas veces debe cepillarse, pero esta actividad generalmente se realiza de 1 a 2 veces

al día, sin tener en cuenta la calidad e importancia que tiene después de cada comida, practicándose como una situación rutinaria a una hora específica, tanto en adultos como en los niños, debido a esto la intervención realizada hizo énfasis en la pertinencia del cepillado después de cada comida y antes de acostarse, mostrándoles los agentes causales de las enfermedades orales mediante dibujos de bacterias, tratando de que ellos mismos concluyeran que la única forma de evitar dichas enfermedades es con la implementación de un correcto cepillado y el uso de las demás herramientas de higiene oral. (Figuras 5, 6 y 7)

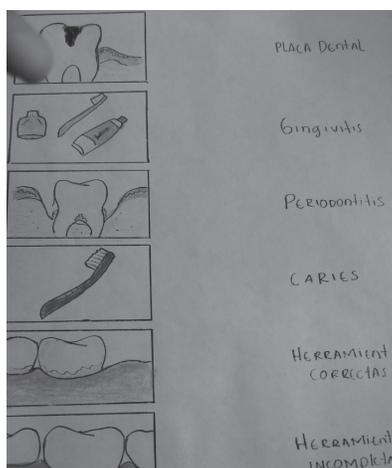


Figura 5. Se observan figuras realizadas por los investigadores tendientes a fomentar la higiene oral



Figura 6. Se aprecia el valor que se le da a la falta de estímulo para participar en las soluciones

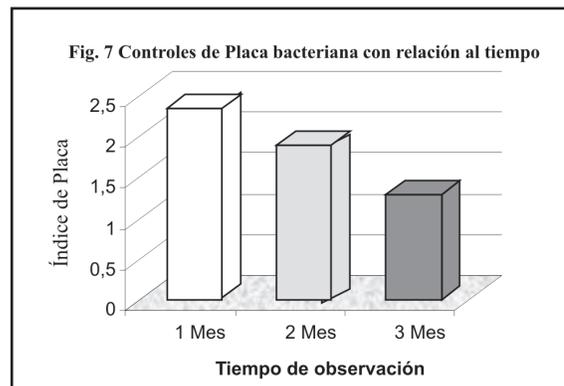


Figura 7. Controles de placa bacteriana con relación al tiempo

En cuanto a la utilización de la crema dental se encontró en las entrevistas que la mayoría de los pobladores le da la importancia que esta tiene, sin embargo la disponibilidad de crema en sus hogares esta limitada al factor económico, lo cual conlleva a que se vean en la necesidad de utilizar otros elementos proveedores de limpieza como el jabón o el bicarbonato, razón por la cual el taller educativo se enfocó a concientizar a los individuos acerca de lo importante que son estos elementos en la práctica diaria, por esto se les indicó que dibujaran gráficas donde ellos mismos escogieran los elementos con más ventajas para el mejoramiento de su salud oral, planteándoles propuestas que le permitieran acceder a dichos elementos con muy poca inversión. Es de resaltar que la evaluación del aprendizaje activo en este momento tuvo un resultado de bueno en ocho de los sujetos de la investigación y malo en los dos restantes, lo cual pudo correlacionarse con los parámetros anteriormente establecidos en esta evaluación. (Tabla 1)

Tercer momento: conocimientos sobre prácticas sociales

En cuanto a esta categoría se indagó sobre las prácticas que pudiesen realizar los pobladores para generar un cambio en la calidad de vida, ya que se encontró que ésta es una población con muchas dificultades económicas y en condiciones de salubridad deficientes al igual que el aspecto cultural, donde habitan personas que viven en condiciones de pobreza, siendo muchas las necesidades que presentan y hay pocos líderes que propongan soluciones. Esto permitió evidenciar dificultades culturales para una integración comunitaria.

Al momento de realizar la intervención de acción participativa se pudo analizar diferentes estados de ánimo de los sujetos participantes. En la realización de la primera sesión del taller logramos observar de forma general que la mayoría de las personas manifestaban una gran apatía y desinterés por hacer parte del mismo, esto lo pudimos observar en la dificultad para establecer un horario que a todas las personas les permitiera asistir a los talleres. Este aspecto se puede interpretar como un rechazo a las formas tradicionales de enseñanza en las cuales ellos sólo participaban como espectadores y su opinión o puntos de vista no eran tomados en cuenta. En estos métodos de enseñanzas convencionales la persona no se sentía involucrada y no existía una verdadera comunicación entre el expositor y la comunidad, pero posteriormente se observó un cambio notable de actitud en especial al momento de que los participantes mostraran en una serie de dibujos su punto de vista y sus opiniones con respecto a los temas tratados, es de resaltar que gran parte del éxito de la intervención radica en el hecho que se estableció una comunicación bilateral, entre ellos y los investigadores y además por el estímulo de estos últimos para la búsqueda del conocimiento.

Durante la ejecución de la segunda sesión del taller observamos un evidente cambio de actitud de los sujetos participantes manifestado en la puntualidad generalizada, la cual nos permitió dar inicio a la tercera sesión a la hora establecida con anterioridad, lo que consideramos como un gran logro en el interés por estas acciones. De igual manera se evidenció un cambio en la participación de las personas, luego de conocer la metodología de los talleres se sintieron con más confianza y parte fundamental del mismo, puesto que existió una verdadera comunicación entre los participantes y los investigadores. En esta tercera sesión se pudo percibir una verdadera integración entre cada uno de los participantes, evidenciada en una mayor interacción entre ellos, con el fin de superar dificultades que benefician la comunidad, lo cual nos permitió analizar que se pudo apropiarse en los individuos un sentido de pertenencia, al considerarse incluidos dentro de un grupo que construye y desarrolla actividades de beneficio para la comunidad. Al terminar la intervención, se pudo evidenciar a través de los grupos focales un alto compromiso que los participantes sentían para realizar las tareas, ya que no sólo asistían puntualmente sino que de una forma constante comentaban lo mucho que les había servido lo aprendido.

En esta parte final del proceso se logró un cambio en la actitud pasiva por parte de los participantes en lo referente a la solución de los problemas, los cuales al

inicio mostraron inseguridad en el momento de responder a las posibles soluciones, teniendo una noción de que los problemas de la comunidad lo debían solucionar los gobernantes encargados de las instituciones de salud pública, pero luego se percibió un gran cambio porque se concientizaron de la importancia de la participación de todos los habitantes de la comunidad en la solución de sus necesidades y que ellos son los principales implicados para mejorar su calidad de vida. Al igual que en las acciones anteriores, se aumentó el sentido de pertenencia pero ya de una manera consolidada, corroborándose este aspecto a través de la masiva participación, la calidad de la información aportada y el renacimiento de líderes en el grupo.

Refiriéndonos al aspecto deportivo y cultural encontramos que en la población no se observa un espacio apto para el esparcimiento de los habitantes, por lo que no pertenecen a grupos de la comunidad, aspecto que fue contemplado en las acciones constructivistas, estableciéndose la importancia de éstos en el desarrollo integral de las personas y la sociedad. Es importante reiterar que la población identificó que hay muchas cosas por hacer para el mejoramiento de su entorno, siendo ellos los directamente implicados para la búsqueda de estas soluciones y que logren mejorar su crecimiento personal y su nivel de vida.

Reflexiones y Síntesis

Los pobladores del barrio Nelson Mandela en el Distrito de Cartagena de Indias, por pertenecer a una comunidad de desplazados son una población pobre y vulnerable, con infinidad de necesidades económicas, vivienda, vestido, cuidados en salud, de una salud física, mental, social, de una salud oral estética y funcional. Esta población tiene muchas concepciones divergentes en cuanto a la salud, notándose que para ellos el factor emocional es relevante, en lo que tiene que ver con la presencia o no de la enfermedad, ya que estos asocian a la enfermedad como causa de un decaimiento general, el cual produce tristeza y desánimo, estos elementos pueden estar condicionados por la situación social en que se encuentran los pobladores, ya que han sido víctimas del desplazamiento forzado, alejados de su población de origen por la violencia. En este sentido se puede reiterar que a esta comunidad, los profesionales de la salud no pueden llegar con una práctica odontológica tradicionalista, con actividades de promoción y prevención transmisionistas, dedicadas a indicar lo que se debe usar para poder evitar las enfermedades orales, sin tener en cuenta si estos individuos están en la disposición económica y emotiva

de adquirir estos elementos dentro de sus necesidades básicas y además de esto excluyendo por completo las opiniones y conceptos propios de su cultura, la cual es continuamente violada, haciendo referencias únicamente a las cosas que tienen que cambiar y dejándose de lado lo mucho que un colectivo social puede contribuir en el desarrollo de sus conocimientos y en la construcción de fundamentos importantes en el cuidado y mantenimiento de la salud oral.

Los pocos logros alcanzados por los métodos tradicionalistas de enseñanza en esta población, nos llevó a la implementación de un modelo de intervención cuali-cuantitativo que les permitiera a los pobladores sentirse parte activa de un proceso, el cual les ayudará a aumentar su autoestima, a tener una actitud de cambio frente a los problemas y dificultades propias de la población y además que les ayudara a estar siempre motivados para encontrar dichas soluciones, gracias a la búsqueda de un sentido de pertenencia que se logró consolidar durante todo el proceso.¹¹⁻¹³

Podemos decir que fue fundamental para la interpretación de estas acciones el ingresar como profesionales dentro de su ambiente social, tratando de utilizar estrategias constructivistas innovadoras, donde los mismos pobladores hicieron parte de las preguntas y respuestas, de sus problemas y soluciones, lo que de paso nos permitió obtener información desde una perspectiva cualitativa para comprender lo que pasaba al interior de sus hogares y lograr adquirir las competencias para que la población superara las limitaciones cognitivas y emocionales que tenían, involucrando directamente al núcleo familiar y a todos los líderes comunitarios. De igual manera por medio de los controles de placa bacteriana se valoró la motricidad y la apropiación de los conocimientos obtenidos durante los talleres, los cuales consistieron en la enseñanza de herramientas de prevención de las enfermedades orales, enseñanza de un correcto cepillado, uso de seda dental y enjuague bucal, además hábitos de higiene oral y conceptos sobre tratamientos odontológicos. Además se logró un cambio en los conceptos de salud y enfermedad lo que les permitió que la comunidad asumiera una actitud de prevención de las enfermedades.

De esta forma se pudo llegar de una manera más exitosa como profesionales de la salud con alto sentido social, integrando los pilares fundamentales de una intervención comunitaria desde el mismo quehacer investigativo, dejando de lado las rígidas estructuras mentales establecidas dentro de los constructos que los métodos tradicionalmente positivistas han dejado en los estudiantes y profesionales de la salud en Colombia.

Una vez analizado el proceso ejecutado en la investigación se puede determinar que el éxito de este se debió a la intervención directa y constante de los investigadores, como se han reportado en varios estudios regionales,¹⁴⁻¹⁶ por lo tanto se recomienda implementar este tipo de metodologías de enseñanzas a toda la población colombiana en especial a las poblaciones marginales y vulnerables las cuales no poseen facilidades para acceder a escenarios como escuelas o institutos de educación media, con el fin de adquirir buenos conocimientos de prevención, utilizar las herramientas de higiene en forma correcta y apropiarlas dentro de su núcleo familiar para prevenir las enfermedades orales. Es importante aclarar que la construcción de teoría no es el fin último de este tipo de método de investigación, sino mas bien la transformación de la realidad social que los individuos perciban como insatisfecha.⁷

Conclusiones

En todo este proceso fue importante la interacción directa entre los profesionales de la salud y las comunidades vulnerables, ya que se pudo conocer a fondo todos sus problemas, su origen y significados, tratando de comprender la situación social en la que ellos se encuentran, para poder trabajar desde una interacción social directamente relacionada con un lenguaje simbólico, a través de un intercambio de saberes. En este aspecto es necesario que la Universidad de Cartagena, utilice estas herramientas desde lo institucional a nivel de todas las actividades de proyección social que están programadas, como una estrategia educativa para que los futuros profesionales logren erradicar la práctica preventiva tradicionalista y observar al sujeto desde un todo, lo que conllevaría posiblemente a la disminución de las enfermedades orales en los pobladores y a un cambio comportamental desde el punto de vista social y humano del cual todos hacemos parte y estamos en el deber de contribuir a su mejoramiento continuo.

Agradecimientos

A la Universidad de Cartagena por el apoyo académico y logístico durante la realización de este trabajo. A los estudiantes de pregrado X Semestre promoción 2007 I, los cuales fueron fundamentales para el trabajo operativo. A los habitantes del barrio Nelson Mandela por su colaboración durante la recolección de información. Al personal administrativo de las escuelas involucradas en el proyecto.

Referencias

1. ENSAB III. Serie de documentos técnicos. Ministerio de salud. República de Colombia. 1998; 81-82.
2. Pareda C, Walter A. c/luna, 11-1° dcha. 28004 Madrid. Junio 2003;1-2.
3. González F, Carmona L, Pérez G. Prevalencia de caries Ekstrand y los factores de riesgo en niños escolarizados entre 5 y 13 años del barrio Nelson Mandela Cartagena de Indias 2004. Memorias XV Encuentro Nacional de Investigación odontológica Universidad El Bosque Bogotá 2004; 30.
4. Yague M. Educación sanitaria para la promoción de la salud. OMS. 1998: 16-20.
5. Mercado M. Investigación cualitativa en América latina perspectivas críticas en salud http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_1Final/pdf02/05/04.
6. Saavedra T. La hermenéutica reflexiva en la investigación Educativa 2005 http://csociales.uchile.cl/publicaciones/enfoques/09/Rios_N7_2005.pdf. 3/05/05.
7. Sandoval C. Investigación cualitativa, módulos Icfes, Especialización métodos y técnicas de investigación social. 2003; 68, 69, 70, 139, 140, 141, 144, 145, 146, 147, 150, 151, 152.
8. Moreno M. Módulo III de Aprender a Investigar "La recolección de la información". Arfo Editores e Icfes. 2000; 32-40.
9. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. Journal of American Dental Association. 1964; 68: 7-13.
10. Serrano MI. Educación para la salud y participación comunitaria. Ediciones Díaz de Santos S. A. Madrid 1990; 36.
11. Logoeiro E. Métodos y Teorías Pedagógicas 2003 <http://www.eduquenet.net/teoriasped.htm>. 09/03/05.
12. Herrera JD. Investigación Acción Participativa y la Cartografía Social. Programa de Maestría en desarrollo educativo y social CINDE- Universidad Pedagógica Nacional. Noviembre de 2006; 407-410.
13. Fernández P. Investigación cuantitativa y cualitativa, 2002. www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.htm 2002: 05/13/25.
14. González F, Carmona L, Agudelo Y, Campo P. Análisis social de las familias del barrio Nelson Mandela de Cartagena de Indias, en cuanto a sus conocimientos en salud y enfermedad general y oral. Revista Usta Salud. 2006; 5:(2); 115-122.
15. Avellaneda D, Casas G, González D, Silva Y, Jácome S, Estrada J. Capacitación en promoción de la salud oral a través de una metodología participativa, con promotores y líderes en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Cundinamarca) y Duitama (Boyacá). Revista Federación Odontológica Colombiana. Septiembre- Diciembre de 1998;194: 83-90.
16. González M, Martignón S, Ruiz J, Briceño G, Haydar K, Ortega A, Gamboa L, Lafaurie G. Construcción de un programa educativo en salud oral para escolares de la localidad de Usaquén Bogotá. Premio de Investigación Colgate- Palmolive- ACFO 2004. Memorias XV Encuentro Nacional de Investigación odontológica Universidad El Bosque Bogotá 2004; 35.

Correspondencia:
farithgm@hotmail.com

Recibido para publicación: Febrero de 2008
Aprobado para publicación: Mayo de 2008



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007