

ARTÍCULO ORIGINAL

ELEMENTOS DE ANÁLISIS PARA LA ESTRUCTURACIÓN DE UN PROGRAMA DOCENTE-ASISTENCIAL. VEREDA EL ZANCUDO (FREDONIA, ANTIOQUIA), 1998.

II Parte: Representaciones y Prácticas Sociales de la Población con Relación a la Salud Bucal.

Angela María Franco¹, Astrid Giraldo², Sandra González².

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue reconocer las representaciones sociales de los habitantes de la vereda El Zancudo (municipio de Fredonia, Antioquia) sobre el proceso salud enfermedad bucal, las prácticas de cuidado y autocuidado, así como las expectativas y opiniones sobre el programa docente asistencial que ofrece la universidad para esta comunidad. La información fue obtenida a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres madres de familia de esta comunidad. Los resultados se analizaron teniendo en cuenta tres categorías: Representaciones sociales de la salud-enfermedad bucal, Prácticas sociales relacionadas con el autocuidado y recuperación de la salud y las Opiniones y Expectativas de las mujeres sobre el programa docente asistencial. A través de las entrevistas se pudo reconocer que el concepto de enfermedad bucal tan frecuentemente utilizado por el discurso odontológico y con un sentido específico para el odontólogo no ha sido internalizado por la población. La necesidad de atención odontológica esta regulada en la mayoría de los casos por el dolor y los aspectos estéticos. Las opiniones sobre el programa docente asistencial son muy positivas, principalmente porque ha solucionado problemas de accesibilidad que tiene el hospital. Sin duda la implantación del programa docente asistencial que la universidad quiere ofrecer a la comunidad requiere no solo del reconocimiento del perfil de morbilidad sino de la preparación de profesores y estudiantes en la comprensión del sistema de valores, ideas y prácticas que sobre salud-enfermedad maneja la población. La perspectiva debe ser la transformación de la relación de poder y de imposición que comúnmente se establece entre el personal técnico y pobladores, por una relación de diálogo y negociación que le reconozca validez al saber popular y que rompa las barreras de comunicación que tradicionalmente han impedido que estos programas tengan mas eficacia.

Palabras clave: Representaciones sociales, proceso salud-enfermedad, programas docente-asistenciales.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to identify the social impact on the population of the village of El Zancudo (Fredonia, Colombia) of oral health-oral disease processes, self-care practices as well the expectations and opinion of a Teaching-Assistance Programs offered by the Dental School of the Health Sciences Institute -CES. Information was collected with the use of semi-structured interviews to mothers of the community. Results indicated that despite the importance given by the profession to the understanding of oral health-disease processes, the general population in this case was not aware or motivated and the main cause for consultation remains associated to dental pain or for esthetic reasons. Their opinion of the Teaching Assistance Program was favorable mainly because it had improved their access to service. It is thus concluded that this Program requires a detailed study of the Oral Health Status of the population as well to train teachers and students to understand the value system, ideas and practices related to oral health-disease processes of the community. A transformation must be made from the traditional method which imposes a Program, to the development of a relationship or dialogue that takes into account the importance of the community's needs so that the communication barriers that so often limit the efficacy of these programs can be overcome.

Key Words: Social representations, oral-health-disease process, teaching-assistance programs

INTRODUCCIÓN

La discusión sobre la necesidad de que el abordaje de las investigaciones en el campo de la salud, se haga con métodos que permitan mucho más que cuantificar fenómenos que difícilmente son cuantificables, como el malestar, el bienestar, las conductas, el dolor, cada vez ha ganado más

simpatizantes. Los métodos alternativos proponen enfatizar en lo que los actores o poblaciones sujetas a la investigación, viven, piensan y hacen, en tanto se reconoce que "en la definición de enfermedades, como en el tratamiento de las mismas persisten pautas culturales y universos simbólicos que no

¹ Odontóloga, Epidemióloga, Profesora Asociada CES

² Estudiante de Odontología CES

siempre tienen correspondencia con los esquemas interpretativos de la medicina moderna u oficial".¹

Por otro lado las enfermedades bucales constituyen una de las causas más frecuentes de morbilidad y de consulta en la población. Si bien no son causa de mortalidad, dichas enfermedades ocasionan en muchos casos sufrimientos, disconfort o discapacidad a quien las padece, además de sus efectos sobre la autoestima cuando afectan significativamente la estética. A ello hay que sumarle que los costos de la atención a los problemas de salud bucal son bastante altos, representan un gasto importante del presupuesto familiar o personal y a su vez un egreso considerable en los presupuestos de las instituciones que brindan los servicios.

En este orden de ideas, una necesidad prioritaria para las autoridades de salud pública, para las instituciones privadas que ofrecen servicios y para la población misma, es la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud bucal. Esta necesidad se ha tratado de satisfacer a través de estrategias como los programas de educación y prevención, a los cuales debe reconocérseles un limitado impacto reflejado en la disminución de la severidad de los problemas, principalmente.

La crítica al impacto limitado de estos programas, se ha centrado en que ellos se han estructurado con una concepción medicalizada, que asume que el conocimiento científico es el único válido y que las acciones en salud deben pasar todas por la aprobación del personal técnico; desconociendo el vínculo de este conocimiento con otros saberes o conocimientos propios de la población, originados social y culturalmente. Esto ha creado una serie de obstáculos que impiden que los programas "lleguen" más a la población, no solamente porque no interpretan sus necesidades sino porque los interesados no tienen una participación directa en su elaboración.

La relación entre cultura y salud es hoy indiscutible, en las tradiciones culturales de las poblaciones está implícita una particular manera de concebir el mundo y los procesos que constituyen la vida del hombre, entre ellos el de salud-enfermedad. Sin embargo aunque esta relación ha sido ampliamente documentada, los actores institucionales de la salud (profesionales, profesores, estudiantes), mantienen distancia

prudente con ella y siguen buscando desde la biología explicaciones y soluciones a los problemas de salud que encuentran en las comunidades, soluciones que la mayoría de las veces resultan ajenas, distantes o incomprensibles para los pobladores y generalmente no se traducen en transformaciones importantes.

El objetivo de esta investigación fue reconocer las representaciones sociales de los habitantes de la vereda El Zancudo (Municipio de Fredonia, Antioquia) sobre el proceso salud enfermedad bucal, las prácticas de cuidado y autocuidado, así como las expectativas y opiniones sobre el programa docente asistencial que ofrece la universidad para esta comunidad.

Representaciones sociales

Las representaciones sociales son una forma de conocimiento social, descrito por Moscovici² como "un sistema de valores, ideas y prácticas que tienen dos funciones, el dominio del hombre sobre la naturaleza y la comunicación entre los miembros de la comunidad". Para Jodelet³ "son un saber del sentido común [...], son conocimiento que se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimiento y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social".

Para otros autores el conjunto de las representaciones sociales forma el sistema cultural y producen la cohesión social de la comunidad. Estas comunidades pueden ser geográficas o ideológicas o ambas cosas. Las representaciones sociales están constituidas por lo que el hombre sabe (información), lo que ve (imagen), lo que cree (las opiniones) y lo que siente (las actitudes). "En consecuencia conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud)".³

En el caso del proceso salud-enfermedad la representación social expresa la forma como las personas explican y enfrentan los problemas de salud. Este saber, esta lógica, no es, en la gran mayoría de los casos, igual al de los profesionales de la salud. En los pobladores está mediatizado

por las creencias, valores, mitos, en el profesional por el conocimiento científico con su modelo de verdad única.

El trabajo comunitario que realizan los estudiantes y profesores a nivel extramural exige que haya una interacción de la cual resulta una construcción conjunta de la propuesta de salud (explicación, prioridades, formas de enfrentar los problemas). En la medida en que los agentes de salud, (estudiantes, profesores, vigías, promotores), comprendan el significado del pensar, el sentir, y el actuar de la población, así como sus problemas y necesidades, podrán aportar más significativamente a la solución de problemas y a la potencialización de recursos positivos con los que cuenta la comunidad para promover la salud y prevenir la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de esta investigación se utilizó una metodología de corte cualitativo que permitió la intercomunicación investigador-pobladores a través de la cual se produjo el acercamiento con el sistema de conceptos, códigos, valores, y actitudes que sobre el proceso salud enfermedad bucal maneja la comunidad del Zancudo.

La vereda El Zancudo, localizada al Suroeste del Departamento de Antioquia cuenta con 700 habitantes distribuidos en 35 familias; las actividades económicas más importantes son la agricultura y la ganadería. La principal actividad agrícola es el cultivo del café, cuya crisis de producción se ha reflejado en el deterioro progresivo de las condiciones de vida y trabajo de sus habitantes (desempleo, migración, desintegración del núcleo familiar, bajo poder adquisitivo).

La recolección de la información se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, bajo la forma de conversación informal que pactaron los investigadores con mujeres madres de familia para conocer sus opiniones sobre el programa. Se entrevistaron 14 mujeres madres de familia de las cuales 6 participan activamente en la organización de mujeres que se ha fundado en la vereda, las otras 8 se dedican únicamente a sus actividades domésticas y al trabajo en la huerta.

Previo a la entrevista, los investigadores prepararon preguntas sobre la experiencia y

conocimientos sobre el proceso salud y enfermedad bucal. Las preguntas constituían una guía que asegurara cubrir todos los aspectos pero no implicaban un orden estricto. Algunos aspectos que no habían sido tenidos en cuenta en la preparación, pero que aparecieron durante la entrevista, fueron explorados de manera inestructurada.

Para el análisis de la información se realizó primero una categorización de los contenidos de las entrevistas de acuerdo con los objetivos y categorías que se definieron al comenzar el estudio y otras que surgieron durante la lectura y la interpretación. Una segunda lectura permitió establecer algunas subcategorías y profundizar en el análisis e interpretación.

RESULTADOS

Representaciones sociales de la salud-enfermedad bucal.

Con respecto a la conceptualización de problema o enfermedad bucal se encontró que estos términos no tienen un significado específico bajo los códigos socioculturales de las personas entrevistadas. En general ante la pregunta "qué enfermedades bucales sufre su familia" las mujeres contestaron negativamente. Sin embargo al repreguntar (lo cual en la mayoría de las veces significaba cerrar el campo de la pregunta a la dentadura), se mencionaba que "*sufrimos de mala dentadura*" o "*muchas personas de la vereda tienen muy mala dentadura*".

La "mala" dentadura es una expresión que recoge varios significados, los más relevantes son "débil" y "torcida" que traducen dos importantes connotaciones de la enfermedad "dental", validadas a lo largo de la entrevista por otras respuestas. La biológica, relacionada con la debilidad "natural" que algunas personas tienen en los dientes; debilidad que la gran mayoría de las veces es asumida como hereditaria o como consecuencia de un "mal embarazo" y una connotación social relacionada con la apariencia y la estética con la posibilidad de comunicación y relación con los demás miembros de su comunidad.

En general las entrevistadas consideran "muy importante" la dentadura porque "*una dentadura fea apena y no puede uno hablar o reírse tranquilo*

delante de los demás". Este concepto las lleva a considerar que vale la pena entonces, cuidar la de los hijos, porque *"la de uno y la del esposo ya está perdida"*. Además las limitaciones económicas obligan a decidir en quién se invierte el poco dinero disponible (cuando lo hay) o a qué tipo de tratamiento se puede aspirar.

Las respuestas sobre los problemas más comunes y sus causas, indican que la "caries" o "picas" es el problema más reconocido y vivido por las entrevistadas, le siguen en frecuencia, el mal aliento y las llagas. El mal aliento se asocia más con los adultos y las llagas con los niños. El origen de los problemas es referido en forma casi automática a la "falta de cepillado", sin embargo cuando se profundiza en la reflexión aparecen otras explicaciones como el embarazo o los medicamentos que se usaron durante el embarazo, el consumo de dulces, la herencia, masticar alimentos muy duros. El origen de los problemas es asociado también a etapas de la vida, la vejez y la niñez, donde los eventos biológicos como el cambio de dentición o el deterioro que produce el paso de los años, hacen "inevitables" algunos problemas.

Prácticas sociales relacionadas con el autocuidado y la recuperación de la salud.

A la pregunta de "cómo cuida usted su boca" las respuestas se remiten en la mayoría de los casos al uso del cepillado y la crema dental. La seda dental y el Listerine® se mencionan como elementos que se conocen pero con los que no siempre se cuenta debido a factores de tipo económico. Casi todas las mujeres hicieron la aclaración de que la "soda" se usa para reemplazar la crema dental, en los casos en que "no hay con que comprarla". El Listerine® es el elemento de elección para combatir el mal aliento, su eficacia esta dada porque *"sabe muy fuerte y porque produce picazón en las encías y la lengua"*.

Los conocimientos adquiridos sobre el cuidado de la salud bucal o de la dentadura tienen como referencia en las mujeres jóvenes, la escuela y el odontólogo. Para las mayores no hay un recuerdo concreto de un actor educativo, *"se aprendía viendo a los padres"*.

Con respecto al cuidado de la salud bucal de los hijos, la respuesta más frecuente se relaciona con

lo que se identifica como la principal causa de los problemas, "quitarle los dulces".

La necesidad de atención odontológica está regulada en la mayoría de los casos por el dolor y los aspectos estéticos. Sin embargo para la mayoría de las mujeres el recuerdo de experiencias pasadas dolorosas en la consulta odontológica lleva a que no se consulte oportunamente.

Las entrevistadas relatan dos tipos de prácticas para la recuperación de la salud: los remedios caseros y las consultas institucionales. Las prácticas caseras se le atribuyen a las personas viejas y las personas jóvenes tienen alguna resistencia a utilizarlas: *"mi abuelita se echaba hierbas en la boca y se hacía lavados para el dolor de muelas y los flemones, los jóvenes ya no hacemos ese tipo de cosas porque ya hay otros remedios"*. Entre los remedios caseros se mencionaron, para el dolor de muelas: xilocaína, barniz, agua de tomatera, dolex, veterina, hojas de mango, cabezas de fósforos, agua helada y para las llagas: limón con sal, alcohol y violeta de genciana.

Las consultas institucionales están mediadas por la necesidad sentida, la accesibilidad, la credibilidad en los profesionales, la satisfacción con experiencias anteriores. Dentro de las consultas institucionales se mencionaron otros actores o mediadores como sacerdotes, vendedoras de productos naturistas, sanadores, sin embargo la credibilidad está muy condicionada a que sus intervenciones muestren resultados.

Opiniones y expectativas sobre el programa docente asistencial

En general el servicio es calificado como muy bueno porque *"es muy barato y uno no tiene que ir hasta el hospital"*, *"cuando hay un dolor de muela ya no tenemos que salir tarde en la noche para el hospital"*, *"me han cambiado muchas calzas"*.

Las respuestas más frecuentes sugieren que la aceptación del servicio se debe a que este ha solucionado los problemas de accesibilidad que tiene el hospital. Un segundo bloque de respuestas, muestran que el servicio tiene un significado político para los habitantes de la vereda, un reconocimiento que se le ha hecho y que los coloca en condiciones superiores: *"hasta gente de otras veredas vienen ahí"*, *"lo que no ha pasado en el hospital, está pasando aquí, se ve bajar gente de otras partes"*.

Las opiniones positivas están respaldadas por un reconocimiento (condicionado posteriormente en las expectativas) a lo que se ha aprendido: *"yo no sabía como cepillarme y ellos me enseñaron", "cosas que yo no sabía las estoy comprendiendo desde que están viniendo los estudiantes"*.

Las expectativas de las entrevistadas están puestas en aquellas actividades que tradicionalmente han sido limitadas en los servicios públicos: la rehabilitación y la atención a los adultos. Otra de las necesidades sentidas por los habitantes es la de ampliar los servicios a otros problemas de salud general.

Vale la pena destacar que varias respuestas de las entrevistadas reclamaron más acciones educativas *"no me han hecho ninguna recomendación, solo me enseñaron a cepillarme"*.

DISCUSIÓN

Los programas extramurales fueron concebidos como un recurso curricular de la formación de profesionales de varias disciplinas. En el área de las ciencias de la salud, los programas que se desarrollan por fuera de los muros de los hospitales y las universidades, se acogieron como una alternativa para que el estudiante a través de una relación directa con el entorno del paciente cumpliera con objetivos de aprendizaje y servicio.

Muchas evaluaciones se han adelantado en torno al impacto y al cumplimiento de los objetivos de estos programas. Apreciaciones muy positivas se han confrontado con otras menos positivas y otras escépticas. El tipo de relación y la comunicación establecida entre el estudiante, el paciente y el profesor, ha sido uno de los temas más inquietantes, por su íntima relación con la consecución de resultados, sea en el campo de la llamada educación en salud, de la prevención o incluso en el campo del tratamiento y la recuperación de la salud.

Qué se hace en la universidad para preparar al estudiante y al profesor que salen de los muros universitarios, para que comprendan el mundo de símbolos y representaciones que forman el universo cultural de los pobladores (sujetos del programa)? Los resultados de esta investigación demuestran que las poblaciones a las cuales se desplazan el estudiante y el profesor con su saber académico y

con el discurso médico institucional, son poseedoras de un saber popular que se constituye en un mundo de representación propio que se alterna parcialmente con el "discurso médico".

A través de esta investigación hemos podido reconocer que el concepto de enfermedad bucal, tan frecuentemente utilizado por el discurso odontológico y de sentido claro para el odontólogo, no hace parte de ese saber popular; que para la población hay problemas en la "dentadura" cuando hay dolor o cuando está afectada significativamente la estética, ello explica que los problemas bucales más mencionados sean la caries, el mal aliento y las llagas.

Por otro lado es evidente que todo este mundo de representaciones condicionan los comportamientos de autocuidado y búsqueda de atención que generalmente no se corresponden con las recomendaciones de la odontología.

No cabe duda de que una buena estructuración e implantación de un programa docente asistencial requiere no sólo del reconocimiento del perfil de morbilidad, que es necesario principalmente para planificar las necesidades de atención, sino de la preparación de los estudiantes y profesores en la comprensión del sistema de valores, ideas y prácticas que sobre salud-enfermedad manejan los pobladores. La perspectiva debe ser la transformación de la relación de poder y de imposición que comúnmente se establece entre personal técnico y pobladores, por una relación de diálogo y negociación que le reconozca validez al saber popular y que rompa las barreras de comunicación que tradicionalmente han impedido que estos programas tengan más eficacia.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gonzalo Jaramillo D. por su colaboración y aporte al análisis de la información recolectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Misrachi, C., Saez M. Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbano marginales. Enfoques en atención primaria, 5(1). 1990.
2. Moscovici, S. El campo de la psicología social. En : *Psicología social* Tomo II. Ed. Paidós, Barcelona, 1985.
3. Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Serge Moscovici. *Psicología Social* Tomo II.