



## Programa de Educación para la Salud Bucal:

### Divergencias y encuentros de valoraciones, saberes Y cuidados.



Recibido: Diciembre 2010 – Aceptado: Abril 2011

Facultad de Odontología de Rosario.  
Área de Odontología Social - Área de Ciencias Básicas.

E-mail: [al\\_salas6@express.com.ar](mailto:al_salas6@express.com.ar)

Salas, A.  
Copello, Ma. N.  
Gaiteri, M.  
Beltramone, L.  
Condis, G.

La Educación para la Salud (EPS) como práctica social dirigida a la población representa una importante posibilidad para ampliar el escenario de las prácticas de promoción de la salud en la comunidad. La EPS comprende dos áreas específicas que son la salud y la educación, las cuales cumplen papeles importantes en relación con la estructura de la sociedad y se fundamenta principalmente en los procesos de salud y enfermedad, por lo tanto, la comprensión de estos procesos y su evolución, determinan la orientación que va a tener la misma.

El concepto de EPS, donde se reconoce a todos como portadores de un saber y cabe, por lo tanto, liberar esas potencialidades, sostiene que este tipo de prácticas encuentren la necesidad de horizontalidad de los programas de salud, contraponiéndose al abordaje fragmentario y reduccionista de lo individual, generando principios de integralidad entre profesionales de la salud y pacientes. Texeira<sup>(2003)</sup> sostiene, se trata de la necesidad de superar el "monopolio del diagnóstico de necesidades" y de la integración de la "voz del otro" en este proceso.

La descripción y explicación de salud no es independiente de quién y desde qué posición describe y explica. Los procesos de salud-enfermedad-atención son considerados hechos sociales, estructurales, articuladores de saberes, prácticas y actores, y producto de representaciones socioculturales. (Menendez 1990)

Según Menéndez, con saberes nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos. (Menendez 2009)

En la planificación de los programas de educación para la salud bucal, es indispensable tener información de referencia de la población con la que se va trabajar.

Inglehart y col<sup>(2002)</sup> afirmaron que, dado que los niños no toman las decisiones acerca de aspectos vinculados con la adopción de estilos de vida saludables sino que la responsabilidad para atender esas necesidades recae sobre sus cuidadores, estos resultan importantes cuando se estudia el estado de salud relacionado con la calidad de vida. (Peterlini et al 2009)

La familia desempeña un papel importante en el cuidado informal de sus miembros. Las investigaciones de los últimos 25 años destacan el papel fundamental de las familias y de las redes sociales en la atención y en la promoción de la salud.

Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos *Salud / Enfermedad / Atención*, de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos" (Serapioni 2005)

Justamente referir la enfermedad, y sobre todo la salud, a los condicionantes sociales que operan sobre las mismas constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud y no sólo para la enfermedad. Implica asumir que la salud y la enfermedad son emergentes de los modos de vida; que el proceso salud/enfermedad no sólo es un problema circunscrito al ámbito profesional sino que implica a los conjuntos sociales; que en la lucha contra la enfermedad hay procesos que no se "delegan" o que por lo menos no deberían delegarse (Área de Salud Montevideo 2010)

Ahora bien, pese a los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la práctica, parece seguir predominando, con cierto grado de generalidad, el modelo biomédico. Este modelo, sin embargo, ha entrado en crisis, a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental. En todo caso, sigue predominando un concepto perteneciente a la racionalidad científica que concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesa más por la enfermedad y la rehabilitación. Esta racionalidad asume que, tanto la salud como la enfermedad intervienen en la realidad objetiva del cuerpo, mientras se da la espalda a las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano (Vergara Quinteros 2007).

Es necesario discutir los fines y objetivos de cada posible programa con aquellos a quienes va dirigido y qué participarán en él. Solo así es posible saber como entienden ciertos valores qué se suponen universales. Es decir, es necesario tomar en cuenta la visión cultural e histórica de la comunidad. (Monteros 2005)

La salud bucal implícita en la salud integral se relaciona con las condiciones socioeconómicas y culturales de la población. Como observa Porto (2002), la salud bucal está directamente relacionada con las condiciones de alimentación, vivienda y trabajo, el ingreso, el transporte la accesibilidad a los servicios de salud y la información.

La educación y la información sobre los cuidados con la salud bucal han sido destacadas por varios investigadores. El desconocimiento acerca de los cuidados necesarios de higiene bucal representa un factor a ser considerado, la información aunque disponible en gran medida, no llega a todas las capas de la población de la misma manera y, difícilmente, se aprehende de manera de producir conocimiento y autonomía respecto a los cuidados con la salud. (Colombo et al 2008)

El propósito de este trabajo es establecer los saberes acerca de las formas de cuidados sobre el componente bucal de la salud existente en los padres de escolares que participarían de un programa de educación, en relación con las variables socio-demográficas seleccionadas.

Para los efectos de la planificación de los programas de educación para la salud bucal, es indispensable tener información de referencia de la población con la que se va trabajar. El objetivo fue describir y analizar las respuestas expresadas por un grupo de padres de escolares acerca de las dificultades para el sostenimiento de la salud bucal de su familia en relación con el nivel educativo y la cobertura en salud que referían.

## Metodología

Estudio epidemiológico observacional de corte transversal. La información se obtuvo a través de cuestionarios autoadministrados, anónimos, de carácter voluntario, sin discriminación de género. Se mandaron un total de 200, 150, 100 y 150 cuestionarios respectivamente a cada escuela, junto con la autorización para participar de un programa de EPS bucal. Los mismos fueron enviados a padres de escolares, antes de comenzar la implementación del programa en cuatro escuelas, 3 públicas (escuelas I, II y III) y una privada (IV). Las escuelas I y II están ubicadas en el Distrito Centro, la escuela III en el Distrito Norte y la escuela IV en el Distrito Sur de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.

El cuestionario constaba de ocho preguntas abiertas, las tres primeras hacían referencia hacia la valoración del programa de educación para la salud bucal que se iba a implementar. Las restantes preguntas que se analizaron en este trabajo hacían referencia a: formas de cuidados del componente bucal de la salud, quién se los enseñó, qué dificultades consideraban para mantener o sostener su salud, qué enfermedades bucales conocían y porque creían que se producían.

La significación estadística (SE) se valoró aplicando la prueba de chi-cuadrado, test de Irwing Fisher. Los datos fueron procesados con SAS system V 9.1

Las comparaciones se realizaron teniendo en cuenta Nivel Educativo (NE) y Ocupaciones. En cada pregunta se eligió la respuesta más frecuente y se compararon las proporciones en relación con las variables.

El cumplimiento de los objetivos se pudo alcanzar al término de la investigación a través de los siguientes resultados:

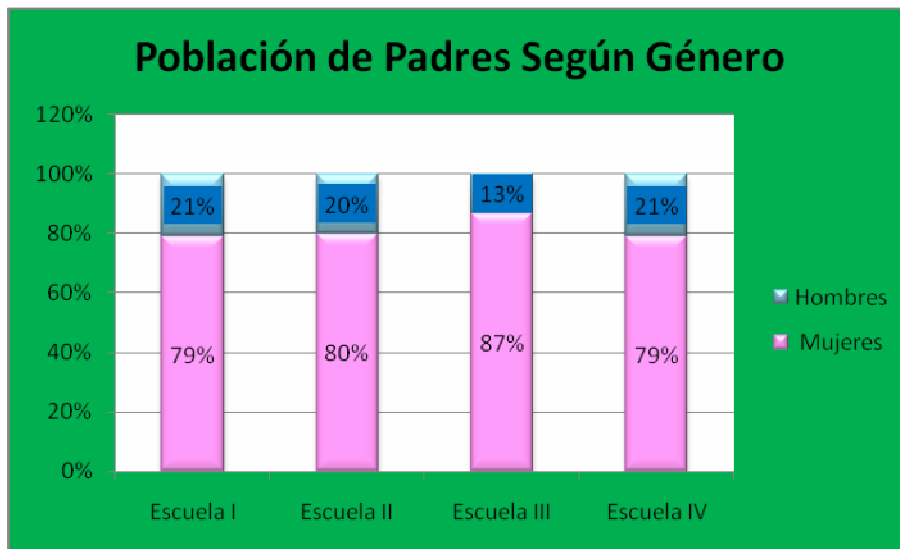
En términos descriptivos sintetizamos algunas características relevantes de los conjuntos estudiados.

## Resultados

En las escuelas I, II y III de gestión pública, los niños si bien algunos viven en el barrio de la escuela, la mayoría provienen de barrios cercanos o de otros distritos de la ciudad. El motivo según informantes clave, las maestras, esto sucedió como consecuencia de la gran oferta de servicios de educación privada en la década del 90, planteando descalificación de la educación pública logrando un desplazamiento de los niños de estas escuelas hacia el ámbito de lo privado. En tanto la jerarquización de estas escuelas alcanzadas por el nivel educativo de las mismas tradicionalmente, hizo que los padres pensando en una mejor educación para sus hijos los mandaran a estas escuelas aún desde otros distritos.

En la escuela IV de gestión privada, la población de escolares está constituida en su mayoría por los niños del barrio ubicado en el distrito Sur de la ciudad.

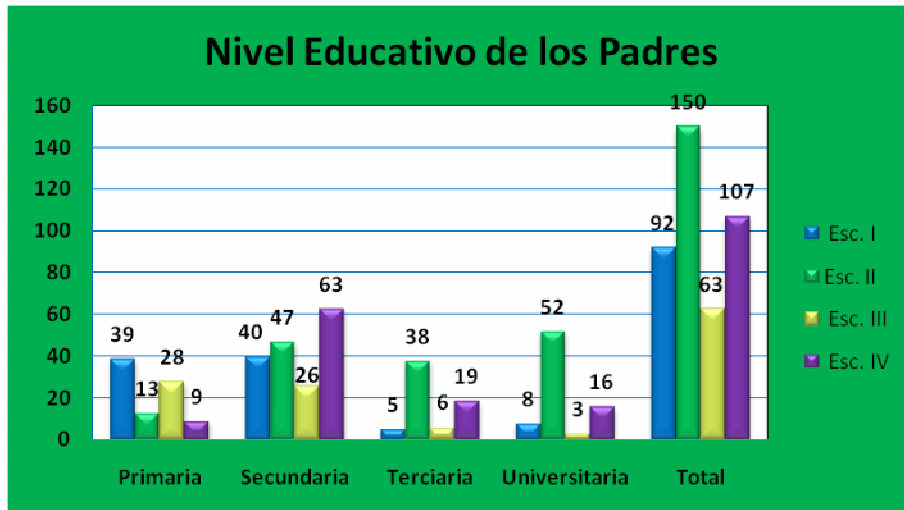
Los resultados permiten sostener que el 79,35%, 80%, 87% y 79% respectivamente a cada escuela, pertenecen al género femenino.



**Gráfico N° 1.**  
Población de Padres por escuela

La edad presenta un rango con mayor énfasis entre los 30 y 49 años.

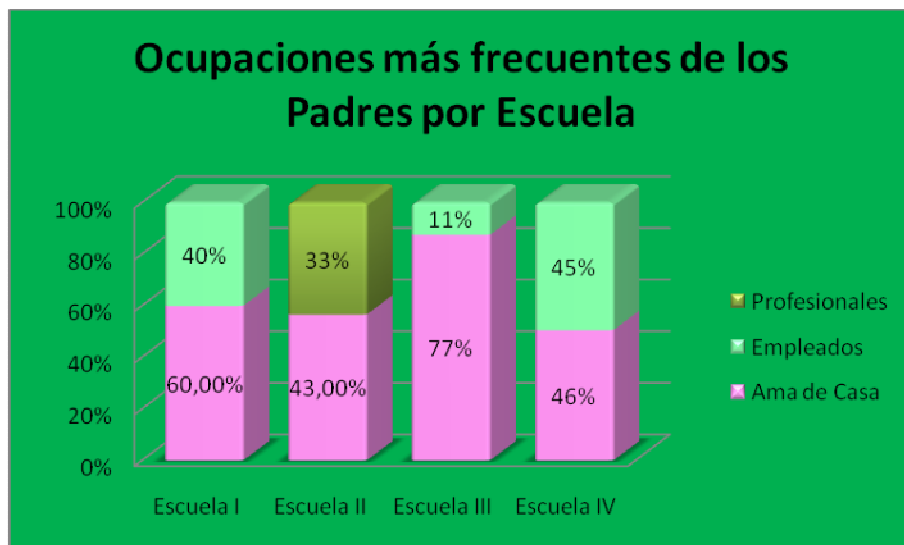
El nivel máximo de instrucción alcanzado es primario y secundario en la escuela I y III, secundaria y universitaria en la II y secundaria y terciaria en la escuela IV.



**Gráfico N° 2.**  
Nivel Educativo Alcanzado por la Población

Las ocupaciones más representativas de los grupos fueron ama de casa (AC), empleados (E) y profesionales (P).

Correspondiendo a un 66,67% (AC), 40% (E) en la escuela I; 42,55% (AC) y 33% (P) en la escuela II; 77% (AC) y 11% (E) en la escuela III; 46% (AC) y 45% (E) en la escuela IV.



**Gráfico N° 3**  
Ocupación de los Padres por escuela

Se recuperaron 414 cuestionarios, siendo la mayoría respondidos por las madres.

La valoración acerca de la implementación del programa fue positiva, basándola en los procesos de aprendizaje y colaboración, "ayuda" hacia los padres en el sostenimiento de la salud de sus hijos.

Los grupos que habían alcanzado mayor Nivel Educativo, en adelante NE, marcaron como obstáculo, la posible falta de implementación de medidas de bioseguridad.

Para hacer las comparaciones se tomaron los grupos con NE Secundario. Se tomó este NE porque eran los grupos comparables de todas las escuelas siendo el componente de los demás grupos muy disímiles lo que dificultaba la valoración estadística.

No se halló diferencia estadística (DE) en relación a la proporción de padres que manifestaron que la forma de cuidarse es, a través del "Cepillado", "Visitar al dentista, usar pasta dental y cambiar el cepillo cada 3 meses", " Ir al odontólogo", "Hacer controles una vez al año", "Hacer lo que nos enseña el odontólogo", "Cepillar las encías, flúor, uso del hilo dental, carióstáticos y visitas periódicas al odontólogo." ( $p > 0.05$ )

Los lineamientos del Modelo Médico Hegemónico (MMH) se profundizan al analizar la información acerca de quién/quienes recibieron el conocimiento sobre cuidados, obteniéndose una respuesta contundente por parte de los grupos, señalando al odontólogo como principal emisor. En la escuela II en algunas respuestas aparece la familia como emisor de la información. En este sentido, "la familia/ grupo doméstico constituye la micro estructura que más peso tendría en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso de s/e/a. En tanto, en la escuela IV, se destaca la "no respuesta".

La población de padres de las cuatro escuelas reconocen como enfermedades bucales las de mayor prevalencia (caries y enfermedad periodontal) y adjudicando la etiología a "falta de cuidado y mal cepillado ( $p > 0,05$ ).

Las diferencias de las respuestas se presentaron en relación con las "dificultades para mantener la salud bucal", señaladas por los grupos de las escuelas I y III que expresaron tener más dificultades para sostener la salud manifestadas como "por falta de tiempo", "por falta de dinero", "por no tener obra social" ( $p < 0.05$ ).

Al analizar la variable ocupación, las amas de casa (AC) se presentaron con mayor frecuencia.

Las AC que manifestaron tener menos dificultades en sostener su salud bucal y la del grupo familiar son las pertenecientes a la escuela II y IV quienes reconocen una diversidad de enfermedades bucales que supone, les permitiría demandar respuesta frente a dichos problemas ( $p < 0.05$ ).

## Discusión

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están sociocultural-mente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso.

La salud es un medio para la vida, no un fin en sí mismo; por lo tanto, su cuidado es algo incorporado a la vida cotidiana como natural, no como un objeto de preocupación permanente. La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

El rol del cuidado de la salud ha sido asumido por las mujeres (madres, hijas, abuelas) que son las encargadas de evaluar la gravedad o levedad de un problema, y de realizar los primeros tratamientos antes de tomar la decisión de acudir o no al sistema sanitario. Éste suele ser un espacio acotado de decisión, en el cual el varón no suele participar.

Las respuestas nos permiten acordar con Menendez "En casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico.

Este autor expresa, se entiende al Modelo Médico Hegemónico (MMH) como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subordinadas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Los principales rasgos estructurales de este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. <sup>(Menendez 1988)</sup>

El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas.

En la escuela II en algunas respuesta aparece la familia como trasmisor de la información En este sentido, "la familia/ grupo doméstico constituye la micro estructura que más peso tendría en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso de S/E/A." <sup>(Menéndez, 1992)</sup> En la misma línea y en referencia específicamente a salud bucal, se ha señalado que los procesos de autoatención

suponen un conocimiento histórico acumulado y transmitido de generación en generación a través de redes familiares y sociales (Misrachi y Sáez, 1990) (10). De allí la importancia de relevar las experiencias previas individuales y familiares, las percepciones y los saberes relativos al cuidado de la salud bucal.

En tanto, en la escuela IV, se destaca la "no respuesta". Según J. C. Passeron (1982), la no respuesta o más concretamente, toda abstención, facilita una serie de informaciones; además no son menos equívocas que las abstenciones o los silencios que produce la vida social en el desorden de lo cotidiano. (11)

Siendo las madres de la escuela I y IV también se mostraron diferencias en relación a las enfermedades que conocen, solamente "caries" como señalan Kornblit y Mendes Diz el fenómeno *enfermedad* involucra distintos aspectos; no se limita exclusivamente al hecho de estar enfermo por sufrir algún tipo de alteración. La percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este último aspecto depende fundamentalmente de los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como del *lugar* que ocupe la salud en su vida cotidiana. La representación social que el paciente tenga de su problema determinará qué acciones y procedimientos realizará. Esta representación está construida socioculturalmente y tiene implicancias no sólo cognitivas o racionales, sino también valorativas y actitudinales.

Después de las AC, los empleados fue la ocupación de mayor frecuencia, al responder sobre la etiología de las enfermedades bucales, la respuesta "falta de cuidado, mal cepillado" marcó la diferencia en este grupo. Consideramos que hay una naturalización de la significación de la palabra cuidado. Entendemos la dimensión del cuidado en salud como posibilidad de identificar los significados que permiten abrir los modos de apropiación cotidiana de prácticas de autocuidado debido a que dichos significados constituyen la configuración de actitudes para asumir la propia existencia considerando la heterogeneidad de mundos y visiones de vida.

Lo expresado por las madres en reconocer que la situación económica es un obstáculo, ya sea por el costo como por la imposibilidad de cumplir con el tratamiento; Rita Barata (1999) sostiene que las desigualdades en las condiciones de vida, tendrán reflejos en las situaciones de salud que se identificará entonces como inequidades (12). La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

Probablemente los padres de la escuela I podrían no reconocer que tienen dificultades.

La valoración acerca de la implementación del programa fue positiva consideran que los beneficios se obtienen por el aprender, enseñar formas de cuidado. Cuando hablamos de las formas de cuidados nos referimos a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener las trayectorias las mismas se construyen en los distintos espacios de socialización. (Menendez 2009)



## Conclusión

Pese a la intencionalidad planteada a partir de los cambios curriculares de las distintas carreras del área de la salud, de incorporar una visión que intenta tomar distancia del MMH, este se evidencia en los saberes sobre salud en la población trabajada.

El análisis de las respuestas señalan los componentes socioculturales y subjetivos de estos grupos. Las diferencias dadas por las variables no fueron suficientemente decisivas a la hora de las respuestas no hallándose divergencias tan marcadas y sí acercamientos, probablemente relacionados con el modelo de atención en salud, construido para atender la enfermedad, delegar el poder en los profesionales, no tener en cuenta la participación de la gente en la construcción de su salud.

El nivel educativo, que habilita a determinadas ocupaciones, trazó divergencias con referencias a representaciones de protección, inquietándose los padres de mayor NE por la aplicación de las medidas de bioseguridad que se implementaría en el programa. Las diferencias se manifestaron en los grupos de menor NE en referencia a las dificultades para sostener su salud bucal y la de su entorno familiar.

A las representaciones se accede a partir de su contenido cognitivo y deben ser entendidas a partir de su contexto de producción. Contribuyen a la construcción de una realidad común que posibilita la comunicación para consolidar algunas transformaciones y lograr la incorporación de nuevas iniciativas en la población en relación con su salud.

La actitud educadora con que debería egresar el profesional debe regirse por la interacción, por el reconocimiento del otro, por el respeto a la diferencia y la diversidad cultural entre otros.

Puede contribuir para que los alumnos en formación tengan una mirada de construcción y creación de conocimientos basado en nuestra realidad, con actitud crítica, propositiva y transformadora, con la capacidad de actuar entre lógicas diferentes, con una mirada que apunte a la propuesta y puesta en marcha de los modelos de atención, de educación, de prevención, de promoción en salud y de investigación, acordes con las necesidades de un país cambiante, con una población pluricultural.

Entendiendo la formación de recursos humanos RRHH como actividad de construcción y recreación de conocimientos entorno a la situación de salud de las poblaciones, a los distintos niveles de las respuestas sociales frente a los problemas de S/E/A y a los saberes sobre salud, promoviendo la reflexión sistemática, la confrontación teoría /empiria, el fortalecimientos ético, la interdisciplina y el compromiso social. <sup>(Menin 2005)</sup>

## Bibliografía

- (1) Área Salud. Modelos de atención en Salud. Cursos niveles de atención. Montevideo. 2007. El cambio del modelo de atención y el derecho a la salud.  
Disponible: <http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Interes/CongresoDelPueblo.pdf> Noviembre 2010
- (2) Barata, R. Epidemiología no século XXI: perspectivas para o Brasil. Revista Brasileira de Epidemiología Vol.2 no.1-2 São Paulo Apr./Aug. 1999
- (3) Colombo Pauleto, A.; Toralles Pereira, M L.; Goldfarb Cyrino, E Salud Bucal: una revisión crítica sobre programaciones educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):121-130, 2004
- (4) Hacia la Promoción de la Salud, Volumen Nº12, págs. 41 – 50. Enero - Diciembre 2007
- (5) Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988
- (6) Misrachi, C; Saez, M. Valores, creencias y prácticas populares en relación con la salud bucal. *Cuadernos Médicos Sociales* XXX2 27/33. 1989
- (7) Menéndez E. y otros en Me duele hasta el alma en Narrativas de aflicción y expresiones de malestar .<http://www.tdr.cesca.es/> /1990
- (8) Menéndez, E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Pag.25. Ed. Lugar .2009
- (9) Menin, O.; Temporetti, F. Reflexiones acerca de la escritura científica- Investigaciones, proyectos, tesis, tesinas y monografías. HomoSapiens Ediciones 2005
- (10) Montero, M. Introducción a la psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. -Paidós Tramas Sociales. 2005
- (11) Passeron, J C. "El lenguaje de la abstención" REIS Nº 17. Pag. 83 1982
- (12) Peterlini C.; Squassi, A.; Bordoni, N. Concepciones de padres y docentes y estado dentario en preescolares asistentes a una escuela pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista de la Maestría en Salud Pública* Año 7- Nº 13 • Agosto 2009
- (13) Serapioni, M. El papel de la familia en las redes primarias en la restructuración de las políticas sociales. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10. (Suppl). Diciembre 2005
- (14) Vergara Quintero, M del C. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad