



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD**



**LA ESCUELA COMO ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN  
EN SALUD BUCAL**

**Valencia, marzo de 2015**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD**



**LA ESCUELA COMO ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN  
EN SALUD BUCAL**

**Autora:**  
Mary Borges  
**Tutora:**  
Dra. Edith Liccioni

**Valencia, marzo de 2015.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD**



**LA ESCUELA COMO ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN  
EN SALUD BUCAL**

Trabajo presentado ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales, Mención, Salud y Sociedad.

**Autora:**

*Mary Borges*

**Tutora:**

Dra. *Edith Liccioni*

**Valencia, marzo 2015.**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



VEREDICTO

Yo, miembro del Jurado designado para la evaluación del trabajo Doctoral titulado: "LA ESCUELA COMO ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN EN SALUD BUCAL", presentado por la ciudadana MARY DEL ROSARIO BORGES DE CASTILLO cédula de identidad N° 7.191.697, para optar al título **Doctora en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad**, estimo que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como

APROBADA

Nombre	Apellido	C.I.	Firma
GENÓNIMO	SOSA	2524380	
	ROSA	4128558	
	ROSA	4596693	

*Dedicada*

*A Mi papá,*

*A Eduardo,*

*A María Adriana y a Eduardo José*

*Con amor.*

*Agradezco eternamente a*

*Dios,*

*Eduardo,*

*mi tutora: prof. Edith Liccioni,*

*los niños y niñas de la escuela,*

*las maestras, padres, madres y representantes que hicieron posible  
esta tesis*

*Y mi querida Universidad de Carabobo.*



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD**



**LA ESCUELA COMO ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN EN SALUD BUCAL  
RESUMEN**

La tesis tuvo como intencionalidad comprender a la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana. Se trabajaron cuatro directrices: develar las representaciones sociales del proceso salud bucal construidas por los niños y niñas, indagar cómo se revela la práctica de educación para la salud bucal desde la familia, escuela y comunidad, comprender el vínculo del modelo médico/modelo educativo en los procesos de educación para la salud y construir una aproximación teórica de las representaciones sociales de la niñez como una perspectiva epistemológica para el desarrollo de procesos investigativos de la salud bucal en la cotidianidad de la escuela. El marco fue epistémico fenomenológico y los métodos hermenéutico y etnográfico; la entrevista semiestructurada y la observación fenomenológica se utilizaron para conocer las subjetividades de los sujetos conformados por 40 niños y niñas entre 6 a 10 años de edad de la Escuela Básica Dr. Carlos Arvelo, cursantes de 1ro a 4to grado de primaria, cuatro maestras, tres estudiantes de 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, tres representantes de los niños y niñas y tres representantes de la comunidad. Luego de la sistematización e interpretación de la información se consiguió que: en la representación de la salud bucal de los niños y niñas emergen los binomios salud/ausencia de enfermedad y salud/ausencia de dolor y la enfermedad como resultado exclusivo de microbios, falta de higiene y mala alimentación propios de la concepción biologista-determinista de la salud; el odontólogo es visto como encargado de curar los dientes enfermos. La práctica de educación para la salud bucal ha sido permeada por modelo médico dominante y actúa bajo una mirada reduccionista y morbicentrista. La estructura escolar destacan la uniformización de sus procedimientos, separación de los espacios productivos de los recreacionales, fragmentación de contenidos, tiempos y jornadas escolares, símbolos de autoridad y saber reflejados en el disciplinamiento y orden, lo que se corresponde con el modelo de educación hegemónico. El espacio escolar reúne las características y atributos necesarios para la implementación de espacios de saberes desde el niño y niña y sus entornos y la socialización de experiencias de salud bucal, con características dialógicas, intercambio de saberes, bidireccionalidad, simetría de relaciones, teniendo como centro la salud y no la enfermedad y la multidimensionalidad de los proceso de salud y enfermedad.

**Palabras Clave:** salud bucal, niños niñas, representaciones sociales



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES**  
**MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD**



SCHOOL AS A SPACE OF SOCIALIZATION IN ORAL HEALTH

**SUMMARY**

The thesis had the intent to understand the school as a space of socialization in oral health in Venezuelan children. It worked four guidelines: uncovering the social representations of oral health built by children process, investigating how the practice of oral health education from the family, school and community is revealed, understand the link Physician / model educational model the processes of health education and build a theoretical approach of social representations of childhood as an epistemological perspective for the development of investigative processes of oral health in everyday school. The framework was epistemic and hermeneutic phenomenological and ethnographic methods; semistructured interview and phenomenological observation were used to understand the subjectivity of individuals comprised of 40 children between 6-10 years of Basic School Dr. Carlos Arvelo, trainees from 1st to 4th grade four teachers, three students from 4th year of the Faculty of Dentistry at the University of Carabobo, three representatives from children and three community representatives. After the systematization and interpretation of data were obtained that: in the representation of the oral health of children's health / absence of disease and health / absence of pain and illness as the exclusive result of microbes pairs, lack of emerging poor hygiene and dietary habits of deterministic health biologist conception; the dentist is seen as responsible for curing the diseased teeth. The practice of oral health education has been permeated by dominant medical model and operates under a reductionist and morbicentrista look. The school structure include the standardization of procedures, separation of productive recreational spaces, fragmentation of content, timing and school days, symbols of authority and knowledge reflected in the discipline and order, which corresponds to the hegemonic model of education . The school environment has the characteristics and attributes needed to implement spaces of knowledge from the boy and girl and their environments and socialization experiences of oral health, with dialogic characteristics, knowledge sharing, bidirectional, symmetrical relationships, centering health, not sickness and multidimensionality of health and disease process.

**Keywords:** oral health, children, social representations

## ÍNDICE

<b>pp.</b>	
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>ENCAUZAMIENTO DEL FENÓMENO DE ESTUDIO .....</b>	<b>1</b>
<b>I MOMENTO</b>	
<b>EN EL CONTEXTO.....</b>	<b>6</b>
Lo que me trajo hasta aquí.....	6
Comprendiendo el escenario.....	8
Educación para la salud, niñez y socialización.....	8
Escenarios. Comunidad, familia y escuela .....	10
La socialización y la salud .....	14
Reseña de la educación para la salud.....	17
La salud y la escuela.....	21
La contradicción .....	24
La intencionalidad .....	34
Directrices .....	34
<b>II MOMENTO</b>	
<b>LA INFANCIA Y LA SALUD</b>	
<b>MICROESPACIOS FAMILIA-ESCUELA-COMUNIDAD</b>	
<b>TEORÍAS DE LA SOCIALIZACIÓN</b>	
Aproximaciones significativas.....	36
El relato de la infancia.....	37
El retrato de la niñez.....	38
Lo social en la infancia. Descubrimiento de la niñez.....	41
Disciplina y protección a la infancia.....	45
La niñez al límite de la modernidad. La infancia en los siglos XX y XXI.....	48
Epistemologías de la salud .....	50
La salud .....	50
La salud bucal.....	55
La educación para la salud .....	58
Promoción de la salud .....	61
Escuelas promotoras de la salud bucal .....	64
Niños y niñas promotores de salud bucal. Espacio escolar saludable .....	67
Microespacios de las niñez .....	68
Desenvolvimiento de la niñez .....	68

Desde las familias primitivas .....	68
La familia como grupo social .....	70
La familia popular venezolana .....	72
La familia venezolana: del campo a la ciudad .....	73
La familia amparada .....	75
La escuela en Venezuela .....	76
Una escuela integral. La educación en la tribu .....	76
La escuela a partir de la conquista y la colonización. Educación que reforma y deforma .....	78
La educación y la escuela en la ilustración .....	81
La escuela en el contexto del siglo XX .....	84
La escuela en el siglo XXI.....	87
La escuela como contexto de socialización .....	89
La educación bancaria .....	91
Características del modelo hegemónico de la educación .....	93
El espacio comunidad .....	94
Sobre el concepto de comunidad .....	94
La comunidad en acción .....	96
Yagua. un microespacio de la investigación .....	97
Enlaces en la cotidianidad .....	99
Teorías de la socialización .....	100
Teoría ecológica de Bronfenbrenner .....	101
Teoría socio cultural de Vygotsky .....	104
El aprendizaje de Jean Piaget .....	107

### **III MOMENTO**

#### **REPRESENTACIONES SOCIALES Y SOCIALIZACIÓN**

Nuevas necesidades epistémicas .....,.,,	109
Las representaciones sociales .....	113
Su devenir histórico .....	113
Construcción de la realidad social .....	117
Conceptos de representación social .....	119
Procesos de las representaciones sociales .....	122
Dimensiones de las representaciones sociales .....	124
Condiciones de emergencia de las representaciones sociales .....	127
Estudio de las representaciones sociales. Cómo estudiar las representaciones sociales.....	128
El enfoque procesual de las representaciones sociales .....	130
Las representaciones sociales y la salud bucal .....	131
La Socialización .....	132

#### **IV MOMENTO**

##### **ITINERARIO METODOLÓGICO**

Recorrido metodológico .....	133
Lo fenomenológico según Heidegger .....	134
Lo fenomenológica de la investigación .....	138
Lo hermenéutico .....	143
El enfoque etnográfico en la investigación .....	150
Etapas del proceso de investigación etnográfico .....	152

#### **MOMENTO V**

##### **METÓDICA**

La Fenomenología de la Percepción según Merleau-Ponty .....	156
Diseño de la investigación .....	159
Etapas del proceso de investigación etnográfico.....	159
Territorio. El escenario de estudio .....	160
Sujetos significantes .....	161
Encuentros con la realidad. Recolección de información.....	163
Categorización, estructuración y contraste .....	165
Fiabilidad y credibilidad .....	169
Teorización .....	170

#### **MOMENTO VI**

##### **EL ESPACIO DE LA INTERPRETACIÓN**

La estructuración .....	171
Que hablen los niños .....	171
1ra temática: salud bucal por descuento de enfermedad .....	172
2da temática: salud bucal: ausencia de dolor .....	174
3ra temática: enfermedad bucal causada por microbios .....	176
4ta temática: salud e higiene bucal .....	178
5ta temática: salud y alimentación .....	180
6ta temática: el odontólogo me cura los dientes .....	182
La estructura de la representación social salud bucal .....	284
La práctica de las actividades de educación para la salud bucal en los espacios familia, escuela y comunidad .....	185
La familia y la salud bucal .....	186
La salud bucal y la escuela .....	201
La comunidad y su salud bucal .....	206
Modelo de salud y modelo educativo .....	213
La salud bucal desde el estudiante de odontología .....	214
Desde el salón de clase .....	222

<b>MOMENTO VII</b>	
<b>Reflexiones finales</b>	
Lo que me trajo hasta aquí.....	233
Bocanadas finales .....	248
<b>VIII BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>251</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>265</b>
ANEXO 1 .....	266
Consentimiento Informado .....	267
ANEXO 2 .....	268
Protocolo entrevista niños y niñas .....	269
ANEXO 3 .....	270
Protocolo entrevista maestras .....	271
ANEXO 4 .....	272
Protocolo entrevista madres, padres y representantes .....	273
ANEXO 5 .....	274
Protocolo entrevista estudiantes de 4to año de odontología.....	275
ANEXO 6 .....	276
Protocolo entrevista representantes de la comunidad .....	277
ANEXO 7 .....	278
Categorización entrevista niños y niñas .....	279
ANEXO 8 .....	284
Categorización entrevista maestra .....	285
Categorización observación .....	293
Categorización entrevista madres, padres y representantes .....	302
Categorización entrevista estudiantes de 4to año de odontología .....	311
Categorización entrevista representantes de la comunidad .....	317
<b>INDICE DE CUADROS</b>	
<b>Cuadro 1 .....</b>	<b>37</b>
<b>Cuadro 2 .....</b>	<b>128</b>
<b>Cuadro 3 .....</b>	<b>156</b>
<b>Cuadro 4 .....</b>	<b>160</b>
<b>Cuadro 5 .....</b>	<b>163</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICO</b>	
<b>Gráfico 1 .....</b>	<b>184</b>

## **INTRODUCCIÓN**

### **ENCAUZAMIENTO DEL FENÓMENO DE ESTUDIO**

Para entender el objeto de estudio de esta investigación, haremos un recorrido por los distintos espacios que le dan cuerpo y alma a la tesis, que se centró en comprender a la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana.

Trataré de ensamblarlos mediante un tejido que los hilvane adecuadamente de acuerdo a cómo se han venido dando sus interacciones, más no de una manera lineal ni unidireccional; se quiere enseñar, como diría Merleau-Ponty (2.003) “un mundo donde los objetos no podrían encontrarse consigo mismos en una identidad absoluta, donde forma y contenido están como embrollados y mezclados, y que finalmente, ha dejado de ofrecer esa armadura rígida que le suministraba el espacio homogéneo de Euclides. Se vuelve imposible distinguir rigurosamente el espacio y las cosas en el espacio” (p. 18).

La escuela como espacio de socialización en salud bucal en esta tesis, implicó conocer las representaciones sociales construidas en la niñez acerca de las actividades de salud bucal y educación para la salud bucal, teniendo como premisas que los mensajes que el individuo recibe en edad escolar contribuyen a la formación de formas de saber, pensar, actuar, ser, creer, sentir y vivir de ese mismo ser humano adulto y que la escuela representa un espacio idóneo para la formación y refuerzo de conductas tendientes a un estilo de vida saludable.

Además, reconociendo también que las relaciones e interacciones que se establecen en los espacios más cercanos donde transcurre la vida de las niñas y los niños incluyen la familia, la escuela y la comunidad, jugaron un papel primordial, por

lo que sus protagonistas, con los testimonios de sus vivencias enriquecieron la investigación.

El espacio escolar no es simplemente un lugar homogéneo lleno de cosas, pupitres, pizarras, patios y carteleras; en él confluyen “embrollados y mezclados” (Merleau-Ponty, 2003, p. 18), conocimientos, creencias, intereses, deseos, necesidades, de quienes hacen vida ahí creando de ese, un lugar rico en experiencias.

De manera que siendo la escuela una continuación de la vida del niño y la niña en un nuevo lugar, se supone que en ella se complementan procesos que se iniciaron en el seno familiar. El aprendizaje y la socialización de algunos hábitos y actitudes formados en la familia serán reforzados, ampliados, mejorados, cambiados en los primeros años de la vida escolar.

Haciendo referencia a la niñez, Gaitán (2006) define la infancia como una condición social delimitada por una construcción cultural e histórica diferenciada y caracterizada por relaciones de poder; mientras que las niñas y los niños serían el grupo de personas o sujetos sociales que se desenvuelven en dicho espacio social. Wasserman (2001) resalta que la etimología de la palabra infancia proviene del latín *in-fandus*, que significa no habla o que no es legítimo para tener la palabra.

Esta connotación prevaleció durante siglos, en los que la niñez estaba muda, invisibilizada y no existía espacio en la sociedad para ella. Como categoría ha habido la tendencia a relacionarla a *lo natural*, a lo biológico, negándole su condición histórica. Esa cercanía a la naturaleza la alejó de la cultura y por espacio de siglos los niños y niñas fueron considerados *salvajes* a los cuales se debía *disciplinar*.

Todavía en el siglo XIX, Durkheim consideraba a la niñez un fenómeno presocial, un terreno virgen que se debía construir a partir de la nada y poner en ese lugar la moral y lo social (1.975).

La superación de estos prejuicios ha restituido el lugar de la niñez, reconociendo a los niños y niñas como sujetos que habitan, en un momento y lugar determinado, el espacio social, histórico e institucionalmente estructurado de la infancia. Los nuevos estudios sociales de la infancia los/as consideran como actores sociales intensamente involucrados en la construcción de sus propias vidas (Goncalvez y Franco, 2011).

En esta tesis, los niños y las niñas representaron los principales sujetos significantes de la investigación que se planteó *la escuela como un espacio de socialización en salud bucal* y se estructuró en siete momentos.

En el Momento I nos ubicamos en el contexto de la investigación, comparto mis motivaciones para emprender el estudio y se despliegan una serie de referenciales para comprender el escenario de la misma; la niñez como protagonista de los espacios familia, escuela y comunidad ubicados en el contexto de la salud bucal y los procesos de su socialización. Al final planteo las intencionalidades y directrices que guiaron el camino a recorrer.

El Momento II, se inició con la presentación del relato de la niñez y su evolución desde diferentes miradas y concepciones; la salud bucal y la educación para la salud bucal con sus alternativas y conceptos dirigidos a la educación y promoción en los niños y niñas; seguidamente se analizaron los espacios familia, escuela y comunidad, desde la historia y lo social hasta la familia, escuela y comunidad de nuestros días. Cerrando con la presentación de las teorías de socialización que sirvieron de premisas a la tesis: la teoría ecológica de Bronfenbrenner, la teoría sociocultural de Vygotsky y los aportes de la teoría de Piaget.

Posterior a ello, el Momento III correspondió al referencial significativo de la tesis; aquí se expuso la teoría de las representaciones sociales: sus conceptos, su

formación, dimensiones, procesos, condiciones de emergencia, enfoques y la forma de abordarlas.

En el IV Momento se presentó el panorama epistemológico de la investigación. Lo fenomenológico sirvió de matriz para la investigación, aportando el estudio de los hechos tal como se desarrollaron, tal como fueron experimentados, vividos y percibidos. La observación fenomenológica permitió el estudio de las vivencias sin intervenciones.

Los métodos empleados correspondieron con el fenomenológico-hermenéutico y el etnográfico. La exploración hermenéutica y los criterios de validez para la interpretación de los significados y de las acciones humanas se detallaron en esta sección, al igual que algunas consideraciones para mejorar la interpretación hermenéutica. Seguidamente se presentó el enfoque etnográfico, el cual me acercó a la naturaleza de las realidades de los niños y niñas permitiéndome describir y comprender situaciones, eventos, interacciones y comportamientos en sus relaciones con ellos mismos, en su espacio escolar con compañeros, sus maestros, con los estudiantes de odontología y en sus espacios familiares y de su comunidad.

Continuando con el Momento V, se plasma la metódica desarrollada en la tesis. Se presenta el escenario de estudio, los sujetos de investigación, la forma de encuentros con la realidad y se describen las etapas de la investigación, y los procesos de categorización.

Luego se expone el VI Momento el cual corresponde con la estructuración e interpretación que fue presentada dando cuenta de las directrices de la investigación. La primera directriz correspondió al develamiento de las representaciones sociales de los niños y niñas sobre la salud bucal, de donde surgieron seis temáticas: salud bucal por descuido de enfermedad, salud bucal: ausencia de dolor, enfermedad bucal

causada por microbios, salud e higiene bucal, salud y alimentación y el odontólogo me cura los dientes.

La segunda directriz comprendió la práctica de las actividades de educación para la salud bucal en los espacios familia, escuela y comunidad; en ésta surgieron tres grandes estructuras: familia y salud bucal, la salud bucal y la escuela y la comunidad y su salud bucal; todas se dividieron en dimensiones y categorías; la tercera directriz fue comprender el vínculo del modelo médico/modelo educativo en los procesos de educación para la salud, trabajada también por dimensiones y categorías.

Finalmente en el Momento VII se presentaron las conclusiones y reflexiones necesarias que surgieron luego de la interpretación y la aproximación a la noción de la representación social en salud bucal de los niños y niñas de la investigación.

Posterior a todo esto, se presenta la bibliografía que sirvió para sustentar y nutrir los elementos teóricos y referenciales de toda la investigación, cerrando con los anexos pertinentes a la recolección de investigación.

## **I MOMENTO EN EL CONTEXTO**

### **Lo que me trajo hasta aquí**

Como en esta investigación me planteé comprender los procesos de socialización en salud bucal que se dan en el espacio escolar, vamos a iniciar el recorrido prometido adentrándonos en los elementos y escenarios que le dieron la trama al contexto, hilvanándolos, para presentarlos en sus múltiples relaciones y así, constituidos en un todo, comprenderlos.

Antes por su puesto, es necesario expresar que fue, y es, lo que me motivó, y me motiva, lo que me trajo hasta aquí y constituyó el motor para esta tesis.

Desde mis inicios como docente en la Facultad de Odontología, de *la Carabobo*, en 1991, fui por decirlo de alguna forma, *impregnada* por una lluvia de conceptos, teorías y prácticas que representaban una forma nueva de mirar el ejercicio de la odontología, que no era lo que yo había aprendido; durante todos mis estudios y mi poca práctica profesional, para ese entonces, sólo había tenido experiencias desde el único modelo para mí conocido: el modelo positivista.

Los primeros años, el ejercicio docente me dejaba siempre la sensación que, a pesar de mi preocupación por aprender y aprehender, de la asistencia a talleres, cursos, conversatorios donde compartíamos interesantísimas experiencias relacionadas con la salud pública, la participación comunitaria, el encuentro con nuestras ahora inseparables aliadas la Declaración de Alma Ata y la atención primaria en salud, todavía no lograba ver el *fruto* revertido en el asentimiento y la actitud de los estudiantes. Éramos, los profesores del Departamento Salud

Odontológica Comunitaria, como una especie rara dentro de la Facultad en la que la consigna era: odontología es diente y diente es odontología.

Tiempo después, en mi camino de aprendizaje, realicé un estudio sobre la actitud del estudiante de odontología hacia las actividades de educación y prevención en salud bucal, en el marco de la Maestría en Educación, mención Investigación Educativa de la Universidad de Carabobo. Para ese entonces, 1.999, los resultados revelaron que la actitud de los estudiantes hacia esas actividades era negativa, que uno de los factores señalados como posible causa de esto era la poca utilidad que el estudiante veía en esas actividades para su futuro trabajo como profesional y finalmente que no se estaba formando el odontólogo integral con tendencia a desempeñar funciones de educador, agente de prevención, agente de cambio, capaz de trabajar en equipo y con alta sensibilidad social, tal era la aspiración del currículo de la carrera (Borges, 1999).

De manera que la preocupación siempre ha estado ahí. En la asignatura en la cual me desempeño como docente existe un contacto directo y diario entre el estudiante de odontología de 4to año y los niños y niñas en el propio contexto escolar, desarrollando programas de salud dirigidos al componente bucal en donde es el equipo de estudiantes, quien propone las acciones a desarrollar en el cumplimiento de los programas. Son ellos quienes asumen su dirección y ejecución, con la oportunidad de establecer relaciones alejadas del modelo médico/paciente, saber/no saber, tan arraigado en ellos. Sin embargo, la respuesta esperada no se ha reflejado, ni en los escolares ni en los estudiantes de odontología.

En esta oportunidad, he querido abordar el tema de la salud bucal desde la escuela; desde la mirada del niño y de la niña, con sus relaciones en los contextos comunidad, escuela y familia y para lo cual me planteé indagar las representaciones sociales construidas por los niños y niñas configuradoras del proceso salud bucal y

comprender a la escuela como un espacio de socialización en el componente bucal de la salud en la niñez venezolana.

Después de este preámbulo vamos, sí, a explayar nuestro contexto.

## **Comprendiendo el escenario**

### ***Educación para la salud, niñez y socialización.***

La salud ha sido objeto de preocupación por parte de los gobiernos quienes, a través de sus políticas y programas, han establecido estrategias en un intento por solucionar situaciones que atentan contra el bienestar de sus pueblos.

Igualmente, las organizaciones que trabajan en pro de la salud en el mundo han generado innumerables propuestas y proyectos, con el objetivo de mejorar las condiciones que inciden en el proceso de salud enfermedad, en las cuales el desarrollo de acciones en procura de cambios de conducta de la población tendientes a estilos de vida saludable, son algunas de las metas por ellas planteadas.

En este sentido, entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con salud que pretende la Organización Naciones Unidas destacan los esfuerzos inter-sectoriales bien planeados, las acciones comunitarias a gran escala y el fortalecimiento de los vínculos entre acciones de salud y otros sectores como el de educación (OMS, 2.004).

Considerada por muchos como el bien más apreciado del ser humano, la salud guarda una evidente relación con el comportamiento humano, de manera que hasta tanto esto sea comprendido, deberá hacerse énfasis en la promoción de conductas que ayuden a su alcance y mantenimiento.

Así mismo, la salud abarca una amalgama que combina comportamientos, desigualdades de clase, representaciones simbólicas, que tiende a ser ocultada por la sistematización de variables de los enfoques biologicistas, que miran los procesos de salud-enfermedad independientes de los recursos médicos locales, condiciones económico-políticas y contexto histórico-cultural (Martínez Hernández, 2008).

Ahora bien, si la salud de la población en general supone grandes esfuerzos, en el caso de la niñez el compromiso debería ser mayor; a los gobiernos les corresponde establecer disposiciones generales para dar carácter de obligatoriedad a planes y acciones que aporten respuestas encaminadas a desarrollar y apoyar prácticas en materia salud, que comprendan la educación y promoción como alternativas para superar las condiciones de salud de estos grupos.

En tal sentido, por su carácter masivo y de amplia cobertura, los programas de promoción y educación para la salud dirigidos a la infancia, constituyen alternativas legítimas y pertinentes en el proceso de la búsqueda del bienestar de la niñez.

En los primeros años de vida se inicia el proceso de socialización a través del cual se formarán los hábitos y valores que serán marco de conductas en la vida adulta, por ende desarrollar programas de educación para la salud dirigidos a niños y niñas adquiere relevancia.

Los seres humanos logamos el aprendizaje a través de etapas evolutivas en las que la socialización cumple un papel determinante en aquello de transmitir experiencias y donde el desarrollo cultural está signado por las costumbres, tradiciones y valores de un grupo social en un espacio y tiempo determinado. Mediante la socialización se aprenden a desempeñar los distintos roles que se cumplirán dentro de la sociedad; por supuesto, esos roles están íntimamente ligados a las relaciones y condiciones que rodeen al individuo, al entorno en el cual se

desenvuelve, a las situaciones, lugar y momentos que viva. Todo esto junto a las personas con las que nos relacionamos enriquece nuestro proceso de socialización.

Además, en toda sociedad existen pautas de comportamiento que están fuertemente ligadas a su estructura de dominación. Las relaciones que se producen en los ámbitos de la cultura, la economía, la política y la salud, y que rigen las sociedades, tienden a reproducir el modelo de la sociedad donde están inmersos. En el entorno de la salud, el discurso dominante ha favorecido relaciones médico/paciente en las que el conocimiento y autoridad recaen en el profesional quien dice al paciente qué hacer y cómo hacerlo; lo mismo ocurre en educación y la escuela, donde el maestro es el dueño del saber el cual transmite a sus alumnos.

Esas mismas relaciones que se mantienen con el entorno inciden en el desarrollo de valores y conductas en la niñez.

### ***Escenarios. Comunidad, familia y escuela.***

La familia, la escuela y la comunidad, constituyen los espacios de socialización donde las relaciones tienen mayor impacto en la niñez.

Así se tiene que, en el contexto más amplio está la comunidad que crea una identidad común entre las personas que la integran, las cuales comparten costumbres, roles, valores, modos de actuar; la escuela por su parte, actúa como reproductora de los valores propios de la sociedad y es vista como agente disciplinador; mientras que la familia representa el espacio más próximo y es el primordial agente de socialización y transmisión de valores; estos contextos conforman tres escenarios principales en la socialización y práctica de hábitos que conducen al cuidado y protección de la salud durante la niñez.

Una mirada rápida en retrospectiva al concepto de salud muestra cómo ha evolucionado desde ser considerada ausencia de enfermedad, hasta reconocer que es el resultado de la conjugación de diferentes elementos biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos, culturales, históricos, espirituales, que forman parte de una población, con sus complejas acciones y relaciones, que se desenvuelve en un lugar concreto, una comunidad. Este espacio se encuentra constituido por personas, familias, grupos, organizaciones sociales, culturales e instituciones que vienen a ser los actores reales del desarrollo de su propia salud.

Para Maritza Montero (1998), la comunidad no sólo es un espacio geográfico en el que vive un grupo de personas con necesidades e intereses semejantes, sino que representa un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido, que comparte conocimientos, intereses, objetivos y necesidades, y que se desarrolla en un espacio geográfico y temporal determinado; que existe aún antes de la presencia de investigadores e interventores sociales, que comparte una identidad colectiva y que es capaz de organizarse para lograr sus fines. Se puede entonces entender la relevancia que adquiere conocer sus complejidades para atender las situaciones que se presentan en las diferentes comunidades con sus diferentes actores.

La interacción entre los componentes de la salud y la dinámica de las comunidades, da como resultado formas de expresión del proceso salud-enfermedad particular y distinta para cada grupo social; en el campo de la salud se reconoce la integración de diversas metáforas en la construcción de su objeto de estudio, apuntando hacia lo multidimensional y la diversidad. Igualmente, no es ajeno a esta perspectiva la interacción que surge entre la salud y el comportamiento humano, por lo que tanto las conductas individuales como colectivas repercuten en el estado de la salud individual y de la comunidad.

Por su parte, en relación con la escuela, ésta ha de ser un espacio trascendental en el que los niños y niñas continúen el proceso de socialización en salud y donde se refuercen comportamientos dirigidos a preservar su bienestar, los prepararen para su vida, ayudándoles a fortalecer su desarrollo psicosocial, reconstruir conocimientos de salud, reforzar hábitos higiénicos y fomentar valores y modos de vida saludables.

Puede decirse entonces que en los procesos de socialización el ámbito escolar constituye un espacio tan significativo como la familia, ya que en ambos se establecen relaciones estrechas en las etapas más importantes del desarrollo de los seres humanos, la niñez.

En reconocimiento a esto, en las últimas décadas han surgido propuestas para la creación de escuelas promotoras de salud con el objeto de responder a la necesidad de formar niños y niñas responsables de su salud.

Sin embargo, no basta crear programas que de manera vertical lleven información sobre la salud y las formas de mantenerla; se necesita que éstos sean compatibles con los valores y creencias de las comunidades, familias y los niños y niñas, y estén enfocados en el fomento y la promoción de actitudes acordes con sus modos de vivir, con el reconocimiento de prácticas y costumbres ligadas a su historia y entorno, basadas en el respeto y aceptación de los diferentes saberes locales.

Las estrategias que se implementen en salud deben ser construidas en conjunto con los distintos actores y adecuarse a las vivencias particulares, a sus realidades locales, estableciendo diálogos que permitan conocer los modos cómo las comunidades entienden los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, la forma de interpretar estos fenómenos y de qué manera acostumbran enfrentarlos.

Este enfoque dialógico puede significar la diferencia entre programas verdaderamente efectivos, donde con la participación protagónica se tomen

decisiones y se construyan modos de mantener, procurar y de gestionar salud, y programas inefectivos, completamente descontextualizados, que repiten contenidos que no concuerdan con la realidad de sus protagonistas.

En referencia a la familia, el espacio familiar constituye la unidad de reproducción y socialización por excelencia de la sociedad. Es el escenario donde ocurre el desarrollo biológico, psicológico y social inicial de las personas, la enseñanza de valores y la preparación de los hijos e hijas para su inserción en la vida social.

Las relaciones que se establecen en el núcleo familiar están llamadas a garantizar la continuidad y mantenimiento de costumbres que tradicionalmente se transmiten de una generación a otra y que responden a necesidades de sus miembros; de modo que el comportamiento de la familia en referencia a hábitos de alimentación, higiene, atención, cuidado de la salud y prevención de enfermedades impactan en las condiciones de salud de sus miembros.

Visto así, durante la infancia, la familia y la escuela constituyen los espacios más cercanos que ofrecen los primeros estímulos sociales, afectivos, actitudes y valores, convirtiéndose en los referentes más significativos en el proceso de socialización en esta etapa.

Ambos, familia y escuela, representan los sistemas sociales de mayor impacto en el desarrollo en la niñez. De acuerdo con el psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner (1987), quién propuso la teoría ecológica del desarrollo humano y el cambio de conducta, los seres humanos viven su día a día en un ambiente, al cual llamó ambiente ecológico, que constituye aquel donde transcurre el desarrollo del individuo y donde ocurre una serie de hechos que lo afectan.

Para este autor, los ambientes ecológicos donde se desarrolla un individuo influyen en el sujeto y en su cambio de desarrollo; en ellos las personas ejercen sus roles, se desarrollan interacciones afectivas, se comunican, intercambian experiencias y evolucionan.

Se entiende entonces, desde su perspectiva, a la familia y la escuela como los ambientes ecológicos principales en el desarrollo y cambio de conducta durante la niñez, por lo que su estudio y comprensión debe ir más allá de la observación simple de estos y enfocarse en las relaciones e interacciones que se establecen entre ellos.

Otro estudioso de la socialización, Vygotsky (1929), también hace referencia a la interacción del individuo con el ambiente en la formación de conductas; resalta el aprendizaje como un proceso sociocultural y la relación entre cada individuo y el medio en el cual se desarrolla; en su modelo de aprendizaje, el contexto ocupa un lugar central, la interacción social se convierte en el motor del desarrollo y el aprendizaje se produce más fácilmente en situaciones colectivas.

Ambos autores explican la influencia que se genera entre los individuos y sus ambientes, estableciéndose interacciones en ambos sentidos, lo cual es clave en esta investigación, recordando a Merleau-Ponty (2.003) cuando al inicio reflexionamos sobre su frase “un mundo donde forma y contenido están como embrollados y mezclados”(p. 18).

### **La socialización y la salud**

Se tiene entonces que la socialización es un proceso por cuyo medio las personas aprenden e interiorizan, en el trascurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integran a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adaptan así al entorno social en cuyo seno deben vivir (Rocher, 1990).

El proceso de socialización en salud durante la niñez transcurre con la construcción y reconstrucción de conocimientos en donde la familia inicia los primeros acercamientos hacia las nociones de salud, cuidado e higiene, donde, por supuesto, la comunidad en la que se desenvuelve imprime estilos y formas particulares de responder ante los fenómenos de salud-enfermedad (costumbres, participación, liderazgo, movilizaciones en salud); luego le correspondería al maestro en el espacio escolar aportar en la construcción y el aprendizaje de conceptos sobre salud y prevención.

Como ya se ha referido, la familia, la escuela y la comunidad son los escenarios en donde transcurre la mayor parte de la vida en la niñez. En estos espacios se tejen nexos, cultura, saberes, solidaridades, estilos de vida dando como resultado una trama social.

Haciendo de nuevo referencia a Bronfenbrenner (1987), los espacios, familia, escuela y comunidad, representan lo que él denominó microsistemas, en donde los niños y niñas desarrollan patrones de actividades, roles y relaciones interpersonales, los cuales a su vez se interrelacionan entre sí en un sistema de microsistemas que llamó mesosistemas. El concurso e interrelación de los microsistemas escuela-familia-comunidad (mesosistemas) en relación con comportamientos que tengan que ver con preservación de la salud, autocuidados, conductas y hábitos saludables darán como resultado las conductas que los niños y niñas asumen ante estas situaciones.

Retomando el hecho de que la salud responde al resultado de las interacciones entre lo biológico, psicológico, social, económico, ecológico, cultural y espiritual, debemos reconocer que las intervenciones que se realizan en el ámbito de la salud, son también parte de los componentes que interactúan originando cambios en ella. Una intervención en salud puede consistir desde el acto quirúrgico más complejo y

especializado hasta una simple instrucción acerca de cómo utilizar cierta técnica de higiene bucal.

En tal sentido, la información y los mensajes que se reciban en relación con la salud, podrían ser cruciales tanto como cualquier tratamiento clínico aplicado, debido a la forma en que impactan en las conductas de las personas y repercuten en su salud.

Al respecto cabe decir que, un mensaje no consiste únicamente en el idioma o lenguaje hablado y escrito, sino también los símbolos, las señas o gestos que se transmitan, las conductas y formas de actuar que se modelan, llevan consigo un mensaje, las canciones, recursos audiovisuales, en fin, todo aquello que implique intercambio cultural de información.

La socialización y el aprendizaje nunca culminan; de hecho durante toda la vida están ocurriendo procesos socializantes, sin embargo durante la niñez estos procesos son decisivos pues implican adopción de conductas que pueden perdurar a lo largo de gran parte de la vida de los seres humanos. En el campo de estudios de la niñez, Piaget se ha convertido en un importante referente por sus aportes universales.

La noción de Piaget (1990), establece que el período de edad escolar del individuo es determinante para el desarrollo de conductas futuras. El conocimiento social en esta etapa puede ocurrir producto del consenso de un grupo social y la fuente del conocimiento que está en las otras personas (padres, maestros, hermanos, amigos, etc.), o bien, puede ser aquel referido a nociones o representaciones y es construido y apropiado por el sujeto.

Este conocimiento social, lo adquiere el niño y la niña al relacionarse con otras personas en su relación niño-niño o niño-adulto, y se logra al fomentar la interacción grupal; de acuerdo con esto, los mensajes que el individuo percibe en la

niñez, contribuirán con la formas de conocer, de pensar, de actuar y de creer de ese mismo individuo adulto.

Todo esto lleva a un interés particular en la educación como proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad, mediante el cual se transmiten y refuerzan de forma multidireccional conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

En tal sentido, la OMS (1983) enfatiza el papel de la educación, por ser la base sobre la que se desarrolla el potencial del individuo y sobre la que se establece la participación en la vida social, a la vez que subraya el particular cometido de la educación para la salud y señala que su método viene determinado por la filosofía participativa.

### **Reseña de la educación para la salud reciente**

Algunas aproximaciones a las nociones de educación para la salud se dieron a comienzos del siglo XX y estaban basadas en la confianza en el modelo ético, el cual perseguía la salud y la justicia (Martínez Navarro, Antó, Castellanos, Gili, Marset y Navarro, 1998).

Posteriormente, después de la segunda guerra mundial, surge el paradigma positivista o cuantitativo dominante, para el cual la educación para la salud está constituida por realidades verificables y reproducibles, posibles de enunciar mediante leyes universales, libres de valores. Esta concepción encuentra consonancia con las teorías de trasmisión de conocimientos y aprendizajes, y hasta ahora han producido la mayor cantidad de trabajos e intervenciones en educación para la salud.

De acuerdo a los autores antes citados, como respuesta a los vacíos de la anterior postura, tienen lugar los métodos cualitativos, donde lo hermenéutico y

fenomenológico propone interacciones significativas entre personas; adquiere relevancia lo subjetivo de lo que entiende cada protagonista y el consenso como vía de validación del conocimiento de los fenómenos de salud y educación para la salud.

Más adelante, el paradigma crítico o participativo, agrega aspectos tales como que los acontecimientos de educación para la salud solo pueden ser entendidos en su contexto socio-histórico, que no son objetivos, que necesita del razonamiento para su comprensión y de la participación para su transformación. La investigación acción o la investigación orientada a la práctica y la etnografía son propias de esta metodología, que se basa en la interacción social y lo cualitativo.

Algunos aportes que vale la pena mencionar, por la relevancia en cuanto a sus contenidos en educación para la salud, se inician en 1820 cuando Alison describió la asociación entre la pobreza y la enfermedad y Virchow en 1845 manifestó que las causas de la enfermedad eran mucho más sociales y económicas que físicas. Luego, ya en el siglo XX, Sigerist en 1945 fue el primero en utilizar el término promoción de salud afirmando que al facilitar un nivel de vida decente se promovía la salud.

McKeown, por su parte, planteó la importancia de los determinantes sociales versus la asistencia médica; posteriormente surge el enfoque de riesgo, y en seguida en 1974 aparece el informe Lalonde, el cual sostiene que las condiciones ambientales y los estilos de vida son más importantes para la salud que la asistencia médica, e introduce el concepto de campo de la salud y sus grupos de determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los cuidados médicos.

En este orden de ideas, en las últimas décadas la Organización Mundial de la Salud ha manifestado su preocupación por la salud de los individuos y en especial la de los niños y niñas, instando a los pueblos a velar por el desarrollo de estrategias que

conlleven el mejoramiento de las condiciones de salud de estos grupos, destacando a la educación como un camino para el logro de este fin.

En tal sentido, en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa (World Health Organization, 1986), se señaló la importancia de los centros de enseñanza para la implementación de acciones de promoción de la salud, a la vez que planteó que la promoción de salud debe proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (1986).

En atención a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ratificando, por una parte la importancia de la comunicación en el fomento de conductas que favorecieran la salud de los individuos, y por otra, conociendo el rol fundamental de la escuela como espacio ideal para desarrollar y fortalecer dichas conductas, ha impulsado la implementación de iniciativas que ayuden a capacitar, a detectar y a ofrecer asistencia a niños, niñas y jóvenes en forma oportuna, a través de programas de promoción y educación para la salud en el ámbito escolar a manera de asegurar el derecho a la salud y la educación de la infancia, para generar a través de la capacidad creadora y productiva de los jóvenes, un futuro social y humano sostenible (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (Cerqueira, y Shepherd, 2004), en colaboración con la Organización de Estados Americanos (OEA) elaboró la propuesta de Escuelas Promotoras de la Salud y la enseñanza de Habilidades para la Vida. En

Venezuela, en 1999 se inicia el proceso desarrollándose el Programa La Escuela como Espacio para la Salud Integral y Calidad de Vida, como un ambiente para favorecer la salud escolar a partir de un enfoque integral (OPS/OMS Venezuela, 1999a, 1999b).

No obstante, de una u otra manera, la educación para la salud ya había estado presente en la escuela. En 1909, Linville proponía que temas como higiene, sexualidad, efectos del alcohol y prevención de enfermedades debían ser incluidos en los cursos escolares de biología; en algunos casos esto se hacía por prescripción de los programas oficiales y en otros por el interés del profesorado (Rosenthal, 1989).

Si bien estas actividades tenían una dimensión netamente biologicista (higiene, limpieza, desinfección, calendario de vacunación y normas a seguir para no contraer enfermedades), y consistían en transmisión de información e indicaciones normativas, existía la preocupación por llevar estas acciones al espacio escolar.

Con la evolución del concepto de salud en la que se insiste en que no es sólo sinónimo de ausencia de enfermedad, la educación para la salud ya no puede continuar únicamente ofreciendo información, sino que debe capacitar a las personas para que puedan ejercer su libertad de elegir las pautas de conducta que más les interesen para mejorar su calidad de vida.

Desde esta perspectiva, la promoción y la educación para la salud en la escuela deben tener una visión integral del ser humano, considerando en este caso a los escolares en sus microsistemas familiar, comunitario y social; así como difundir y propiciar conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas para el incremento de su motivación hacia el autocuidado y la autorresponsabilidad con respecto a la salud y la prevención de conductas de riesgo.

Debe también, la promoción y educación para la salud en el espacio escolar, fomentar el pensamiento crítico y reflexivo sobre los valores, conductas, condiciones

sociales y estilos de vida, e impulsar y fortalecer aquellos que favorecen la salud y el desarrollo humano; facilitando la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa y de la familia en la toma de decisiones.

En 1983 la OMS indica que la educación para la salud es cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud y haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite (OMS, 1983); esta perspectiva hace posible ver más allá de la dimensión física, de las aulas e instalaciones deportivas de la escuela y que se comience a mirar la dimensión psicológica, social y ecología de la salud en la escuela.

De modo que la escuela, como centro de enseñanza, aprendizaje, convivencia, crecimiento y desarrollo donde se refuerzan y consolidan valores fundamentales, debería ser un lugar propicio para promover el bienestar de la infancia, empleando estrategias de promoción y educación para la salud que faciliten entender la importancia de la salud y el bienestar físico, ecológico, psicosocial, espiritual y colectivo, y donde también se compartan, analicen y fortalezcan valores, como la buena convivencia, el respeto y la tolerancia.

### **La salud bucal y la escuela.**

La salud es una realidad compleja que demanda distintos conocimientos integrados para aproximarse a lo complejo de la vida y sus circunstancias (González, 2010). Por tanto deberá ser enfocada de manera integral, para que cada aspecto con sus distintas áreas y componentes, sea abordado en su totalidad, en la estrategia de educación para la salud.

El componente bucal de la salud representa un elemento que necesariamente debe estar presente en los programas escolares de educación y promoción de salud

puesto que la boca y sus principales patologías (la caries dental, la periodontopatías, las maloclusiones y el cáncer de la boca y la faringe), constituyen problemas de salud de alcance mundial que afecta a todos los países, en especial entre las comunidades más pobres.

Las enfermedades bucales, al igual que el resto de las patologías, aparecen como una realidad social en una sociedad compleja, con intereses contradictorios de un grupo a otro, por lo que se distribuyen de forma desigual en función de sus realidades sociales, sus conductas y estilos de vida más o menos saludables.

Igualmente es necesario señalar, que los distintos grupos sociales le asignan valores diferentes al cuidado bucal y además, los servicios de salud tanto públicos como privados, se proyectarán en forma diferente de acuerdo al grupo social al que pertenece el individuo (Mena y Rivera, 1992):

En caso concreto, la salud y la enfermedad bucal de un individuo, es la resultante de sus condiciones específicas; respuesta inmune, exposición a determinados agentes bacterianos; dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros; sus hábitos higiénicos y su acceso a los servicios de salud; su disponibilidad de conocimientos sobre los problemas bucodentales, su propia práctica en salud y el acceso a medidas de prevención (p. 27).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004), en las conclusiones del informe mundial sobre salud bucodental, se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental, siendo la población infantil la más afectada.

Se entiende que la enfermedad cariogénica, por su alta prevalencia es considerada un importante problema social odontológico. La misma organización planteó que existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta entre 60 por ciento y 90 por ciento de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos.

En Venezuela han sido pocos los estudios de corte nacional realizados en esta área, destacándose entre los más importantes: el Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (EPIO) en 1968-1970, el Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela (FUNDACREDESA) en 1987 y el Estudio Basal de Prevalencia de Caries y Fluorosis Dental en Niños Escolarizados en 1997; los resultados de estos estudios confirman que, si bien, ha habido una ligera tendencia a la disminución de la incidencia y prevalencia de la caries, ésta no se corresponde con las pautas señaladas por los organismos internacionales (Borges y Mireles, 2009).

En el año 2000-2001 FUNDACREDESA realizó un nuevo estudio obteniendo como resultado: sólo 5 por ciento de la población ha asistido a la consulta odontológica, 50 por ciento de los niños niñas en edad escolarizada asiste a la escuela con la boca sucia, y los tratamientos más predominantes en la consulta odontológica son restauraciones 40 por ciento, extracciones 28 por ciento y consultas 77 por ciento (MSDS, 2.001).

A este respecto, por ser las enfermedades bucales de alta prevalencia sobre todo en la población escolar, el componente bucal de la salud debería representar un aspecto fundamental en las acciones de educación para salud dentro del ámbito escolar, dado que su atención repercute de manera positiva en las condiciones de vida y de bienestar de la población.

De esta manera, la inclusión de programas y estrategias para educar y prevenir las enfermedades bucales deben ser prioritarias, promoviendo así que los objetivos en salud bucal cambien de un enfoque de atención a la enfermedad, hacia el enfoque del fomento de la salud; pero teniendo en cuenta como el nivel de partida, los preconceptos de salud de niños y niñas para, a partir de ahí, iniciar el proceso de construcción y reconstrucción del concepto de salud-enfermedad bucal.

Lo anterior corresponde al deber ser, sin embargo, en el caso de la promoción y educación para la salud bucal y la prevención de enfermedades del aparato estomatognático, los programas no se diferentes a lo señalado anteriormente; hasta ahora, la mayoría de ellos responden a los modelos monológicos, únicamente informativos, que consideran al sujeto como un receptor pasivo y por lo tanto las intervenciones se basan en la transferencia de conocimientos científicos y el desconocimiento de las situaciones locales, haciendo que los programas resulten igualmente poco asertivos e ineficaces.

Atendiendo a la necesidad de hacer efectivos los esfuerzos por mejorar los programas de promoción, educación y prevención en salud bucal en las escuelas, la comunidad odontológica en América Latina, integrada en la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL) y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina, en el marco de las metas del milenio, ha propuesto que 90 por ciento de los niños y niñas sean promotores de salud bucal, sentando bases a un proceso donde los propios escolares, desde sus perspectivas, experiencias y pensamientos, generarán conocimientos y aprenderán formas de expresar estos y los obtenidos del intercambio entre ellos y los profesionales de la odontología (Romero, 2006).

Finalmente, la incorporación de programas para la formación de niños niñas promotores de la salud pudiera ser una oportunidad con una amplia cobertura, si se conoce que en las últimas décadas el número de estudiantes inscritos en la escuela primaria ha aumentado significativamente (Meresman, Bundy, y Cerqueira, 2001), para fortalecer el desarrollo psicosocial, compartir conocimientos sanitarios, crear hábitos higiénicos, fomentar modos de vida saludables y facilitar que el alumno se forme como promotor de su propia salud.

## **La contradicción**

Como hemos dicho, la escuela se concibe como un espacio de interacción que facilita el aprendizaje y que supone un lugar excelente para el desarrollo de actividades de socialización dirigidas a la promoción de la salud y sus componentes; en tal sentido, vale la pena atender esta premisa al momento de diseñar los planes y programas escolares de salud a fin de que se nutran de esa interacción social.

Sin embargo, y aquí vuelvo a referirme a parte de mi vivencia como docente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo desempeñándome en el departamento de Salud Odontológica Comunitaria; la constatación de ver que la mayoría de los abordajes de los problemas de salud y de las prácticas de educación y prevención en grupos de comunidades escolares continúan siendo dúplicas de programas descontextualizados, seccionados y unidireccionales en los que se dictan recetas para preservar la salud, ha sido gran impulsora a mi pretensión a realizar este estudio.

La asignatura que facilito, Administración de Servicios de Salud Bucal, pertenece a cuarto año de la carrera y cumple su contenido programático en comunidades escolares en las que se administran planes dirigidos al componente bucal de la salud; para el desarrollo de las estrategias de la asignatura se cuenta con la Escuela Básica “Dr. Carlos Arvelo” de la Parroquia Yagua en donde se ejecutan programas de educación y prevención en los seis grados de la educación primaria y programas de saneamiento básico desarrollados en el servicio odontológico instalado en la escuela.

Ahora bien, aún y cuando los estudiantes de pregrado se esfuerzan, se despierta en ellos actitudes de solidaridad y logran una sintonía emocional con los niños y niñas de la escuela, las actividades de educación para la salud siguen respondiendo a modelos unidireccionales, descontextualizados, que promueven la

pasividad del niño y la niña y que presentan contenidos repetitivos y de poco significado.

En palabras de Romero (2010), la academia ha absorbido el impacto del modelo hegemónico de la salud y este se concreta en los espacios académicos. Por su parte plantea Bello (1998), que de la misma manera en que se pretende dar respuesta a los procesos de salud-enfermedad desde la mirada curativa, las acciones de educación y prevención se atienden como una extensión del modelo clínico extrahospitalario; esto se evidencian claramente en la formación académica odontológica, donde es clara la influencia del paradigma cartesiano.

Esto repercute en que, aún a pesar de la existencia y el conocimiento de los nuevos enfoques sociales de atención al componente bucal de la salud en los que se reconoce la necesidad incentivar la participación comunitaria y de incorporar e integrar los saberes populares en la prácticas de educación y prevención, los programas desarrollados en comunidades escolares responden al modelo de atención positivista y continúan careciendo de la pertinencia social necesaria para hacer de esas prácticas hechos significativos que se anclen en sus conductas y contribuyan al proceso de socialización adecuado en salud.

Las actividades de promoción y educación para la salud dentro de la escuela, no han fraguado la respuesta anhelada, y lo frecuente es constatar que los mensajes que contienen son apenas una simple información que viaja del emisor, que siempre ha sido el estudiante de odontología (promotor de la salud), quien *tiene* el conocimiento y lo *trasmite* al receptor-alumno, que no participa sino como mero legatario.

De esa manera, el proceso que podría ser rico en intercambio de pensamientos e ideas, no pasa de ser una intervención monológica desde el saber hacia el no-saber (Martínez Hernández, 2008). Igualmente, las acciones de promoción de salud

ejecutadas por los diferentes programas institucionales consisten solo en comunicar información, como una estrategia que pretende lograr cambios en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de su salud, y que quedan por lo general sin efecto cuando cesa el pase de información.

Una situación similar de intervención del saber hacia el no-saber se refleja también en la educación en general y la escuela en particular, al manejar determinados códigos, se propicia la reproducción de un discurso que en definitiva reproduce relaciones de poder intrínsecas y se expresa en la crítica de Foucault a las instituciones en su obra *vigilar y castigar*, en la que denomina a la escuela, junto con otras, entre ellas los hospitales, instituciones de secuestro, atribuyéndoles un tipo de poder donde la disciplina se considera fundamental (Foucault, 1975).

En ellas, además de las órdenes, la vigilancia, el control y la corrección son característicos de las relaciones de poder que existen en esas instituciones, donde se impone el discurso del docente y un modelo monológico de comunicación unilineal. Si es el caso de la salud, se puede afirmar que la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo.

En este sentido, comenta Gaitán (2006), que Parsons (1959) se refiere al poder que tiene la persona adulta de dar recompensas o castigos necesarios mientras está instruyendo a las niñas y los niños en el refuerzo o extinción de determinados actos (condicionamiento), a través de lo que este autor denomina mecanismos de socialización. Desde una mirada crítica, la facultad de imponer castigos representa la expresión del poder que tienen las personas adultas, ya que éstas están situadas en una posición de dominación y autoridad sobre las niñas y los niños. Tal y como señala Foucault (1975), en todos los sistemas existen mecanismos disciplinarios de castigo

físico o pequeñas humillaciones a las conductas que se consideran inadecuadas en el proceso de adaptación al propio sistema.

Volviendo a los programas de educación para la salud, como resultado de esas relaciones intrínsecas de poder, y como un hecho ambiguo, es común observar en las últimas décadas la emergencia de modelos críticos, participativos, y complejos que reconocen el contexto, el entorno y el comportamiento humano como necesarios en las prácticas de promoción y educación para la salud con la certeza de ser esta la vía para lograr un verdadero cambio positivo en la salud, y sin embargo todavía el modelo médico dominante tiene una fuerte influencia en estas actividades; en tal sentido, la práctica de ellas queda subsidiada a la práctica médica, centrada en la enfermedad, confinada a los hospitales, prescrita al seguimiento de instrucciones y prescripciones médicas y subordinada al uso de medicinas y tecnologías por lo general de alto costo.

Para este modelo las concepciones del proceso salud-enfermedad se abordan con una filosofía homogeneizante en la cual el conocimiento popular, las representaciones de la realidad, las prácticas populares en salud que de ellas se desprenden, son subvaloradas (Nieva y Jácome, 1999).

El discurso médico se instituye en la sociedad como verdad y, como tal, define un conjunto de normas, con mecanismos específicos orientados a lograr su ejecución. El trabajador de la salud, para la elaboración y ejecución de proyectos de políticas de prevención, parte de que esta actividad se infiera de la práctica médica dominante, así se observa el predominio de una práctica de la prevención como una acción comprendida dentro de un modelo curativo extrahospitalario (Bello, 1998) y como una extensión de la práctica médica en las etapas incipientes de la enfermedad.

Corresponde en la mayoría de casos, a modelos monológicos de intervención en salud que tienden a prescindir del conocimiento de realidades locales, con iniciativas verticales y con informaciones descontextualizadas.

Estas orientaciones se caracterizan por la unidimensionalidad, la unidireccionalidad y la jerarquía resultante de las relaciones de saber traducidas en relaciones de poder; igualmente, por generar en el imaginario de los profesionales de la salud, una respuesta pasiva de los sujetos y grupos sociales, considerando sus conductas una falta de información sanitaria y sus saberes y actitudes de *legos e inexpertos* (Martínez Hernáez, 2008, p. 177).

De acuerdo con Bartoli, (1.989), existen dos estereotipos de usuarios de los programas de intervención en salud, unos percibidos como un *vacío* de conocimientos que debe ser llenado por los expertos; y otro, percibido como un recipiente *lleno* de supersticiones y malas informaciones que los profesionales deben erradicar mediante la persuasión y la información *correcta*. En todo caso, los individuos son entendidos como recipientes pasivos sobre los cuales la razón sanitaria debe intervenir.

Tal distanciamiento entre la razón médica y los saberes de las comunidades frente a su salud genera tensiones en el sujeto producto de la divergencia entre su realidad y la que se le trata de imponer y promueve que el sujeto, subvalorado en sus conocimientos, se convierte en un observador externo a su realidad, que pasa a considerar acontecimientos externos a él todas las actividades de prevención, sobre las cuales no tiene control; por lo tanto, el proceso de aprendizaje al no ser vivencial es poco significativo y no se logra la aprehensión del conocimiento ni reflexión del proceso y mucho menos transformación de la conducta.

De igual modo, como un reflejo del modelo médico dominante en la sociedad venezolana, el cual promueve casi exclusivamente la práctica clínica como la única forma de atención en salud, las actividades de educación en salud se asumen como

una vía para evitar o distanciar la recurrencia de la enfermedad y para enfrentar al medio agresor, lo que se traduce en una educación para la salud centrada en la enfermedad y no en la promoción de la salud (Bello y Marcano, 1998).

La práctica odontológica ha sido permeada por este modelo y bajo su mirada reduccionista y morbicentrista, se observa que como ciencia carece de legitimidad social; su única finalidad funcional se circunscribe a la enfermedad de la boca, como un objeto fragmentado del resto del cuerpo humano (Romero, 2009).

La Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo no escapa de esta realidad; su quehacer se circunscribe en una buena parte a la boca y peor aún, al diente. Los contenidos programáticos de la mayoría de las asignaturas otorgan el gran peso a temas clínico-anatomo-patológicos, al igual que los servicios de salud que se ofertan; reforzándose en el alumno este modelo de atención, dando como resultado un egresado que centra su práctica en la clínica y para el cual su objeto de atención es el diente enfermo.

En este punto, es necesaria una reflexión que atañe a la forma como regularmente se hace mención a los pacientes y a sus requerimientos o necesidades en el argot estudiantil en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. En los pasillos es común escuchar a los estudiantes de la carrera referirse a sus pacientes con frases como *llegó mi endodoncia*, *necesito un multi*, *no me vino mi total*.

Algo similar ocurre en el lenguaje del derecho y de la medicina; el abogado tiene un *caso* penal; el médico tiene un *caso* quirúrgico. En ambas profesiones los *casos* son la práctica rutinaria y el *caso* representa algo diferente para el profesional, sea el jurista o el médico, que para el procesado o el paciente. Puede decirse, sin ninguna duda

no es posible tratar realmente a ninguna persona que se considere a sí misma como si fuera sólo un “caso” y que, por su parte, ningún

médico puede ayudar a un individuo a superar una enfermedad grave o más o menos leve con sólo aplicarle la capacidad rutinaria de su disciplina (Gadamer, 2.001, p. 118).

Esta situación también denota marcados vacío éticos y socio-antropológicos en el abordaje de la salud bucal, que generan representaciones relacionadas al desconocimiento del otro/a y a la deshumanización del ejercicio profesional. Los efectos de una formación profesional odontológica enfatizada en lo curativo-individual-morbicentrista en donde la cavidad bucal y el diente han ocupado buena parte de la formación están representados en la práctica odontológica (Couto, 2.010).

Sumado a todo esto, lo común es observar cómo la salud es un asunto de enfermos, cuando debería tener una concepción en sentido positivo, promocionar la salud y no su ausencia, promocionar modos de vida saludables, espacios saludables, escuelas saludables, es decir una promoción positiva de la salud (Bello, y Marcano, 1998).

De igual forma, la mayoría de los esfuerzos realizados en el abordaje de los problemas de salud en grupos de comunidades se han caracterizado por ser réplicas de programas totalmente descontextualizados, en los que con carácter uniforme se ofrecen directrices sobre cómo, de acuerdo al equipo de expertos, los grupos deben actuar para preservar su salud, desconociendo las realidades locales y particulares.

En el caso de las investigaciones, muchas veces el interés de los investigadores se ha concentrado en conocer de forma aislada las conductas y comportamientos que tienen los individuos en relación a la salud centrado en el objetivo de cambiar conductas, hábitos y creencias, partiendo del supuesto que la única verdad la tiene el profesional, obviando todo el bagaje de conocimientos y saberes propios de esos grupos, lo cual genera tensión en el sujeto producto de la

discrepancia entre su realidad y la que le impone el profesional, mediante una transmisión unidireccional de información y órdenes.

En sentido general, las estrategias propuestas en la reunión de Ottawa (World Health Organization, 1986), incluyen las distintas áreas y componentes de la salud que pueden ser objeto de enseñanza de patrones de conductas favorables hacia la prevención de enfermedades, generación de acciones que impliquen participación social, actividades que ayuden a adquirir hábitos higiénicos y adoptar y mantener estilos de vida y comportamientos saludables, tendientes al deporte, saneamiento básico, agua, espacios físicos estructuralmente adecuados y ambientes psicosociales saludables, exentos de abuso físico, verbal y/o emocional, y cualquier otra forma de violencia; en fin, aspectos que cada comunidad escolar debería detectar como prioritario para ser trabajado de acuerdo a su necesidad. Bastaría conocer si estas acciones continúan repitiendo experiencias que sólo han incentivado una *participación pasiva* de las comunidades.

Toda educación para la salud debería partir del significado de la salud para el individuo y su comunidad. Sin embargo, en la práctica suele ocurrir que estas acciones están desligadas del ejercicio de la identificación del ser humano como parte del medio ecológico y social donde vive, lo que origina un proceso completamente descontextualizado y pobre en significado.

En la experiencia de más de 20 años de trabajo en comunidades escolares en programas de educación y promoción de la salud bucal, en los que los estudiantes de 4to año de la carrera de odontología planifican, organizan y ejecutan planes de acción dirigidos al componente bucal, he observado que el discurso prevalente consiste en instrucciones específicas y con carácter unidireccional, centrado en la enfermedad, dejando de forma tácita y clara quien es el dueño del conocimiento y de la información.

Lo común entonces es mirar como los niños y niñas reciben información sobre una serie de eventos, signos, síntomas, que no logran relacionar desde su visión, que le son ajenos a su medio y contexto. Lo que le muestran es una perspectiva objetiva y única de una realidad que está impregnada de subjetividades, obviando esa mirada subjetiva del proceso, donde conceptos de *bienestar*, de *comodidad*, de *estar bien*, tienen más sentido que un índice de salud; aquellos conceptos tienen más valor para los propios individuos que una cifra o un número *entero* pero *vacío* en significado.

Por otra parte, la mayoría de los enfoques de promoción de la salud emplean acciones centradas únicamente en el individuo, con estrategias casi exclusivamente orientadas a cambios de comportamientos individuales, culpabilizando a las personas de su posible falta de salud, tratando a la enfermedad como si fuese el resultado absoluto de un fracaso personal, obviando los determinantes del entorno e ignorando su conexión con la salud (Minkler, 1989).

Tener en cuenta las diferentes percepciones que ante un objeto o un hecho social como la salud tienen las personas, ha sido un adelanto hacia su comprensión. En tal sentido, las propuestas de estudio de las representaciones sociales para comprender aspectos relacionados a las condiciones y el contexto en el cual emergen, así como las comunicaciones a través de las que circulan y las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás, facilita el acceso a las formas de pensamiento y de acciones.

El estudio de las representaciones sociales que tienen los niños y niñas sobre salud bucal, su promoción y prevención se hace relevante en esta investigación ya que estos conceptos tienen implicaciones significativas sobre la manera en que ellos atenderán, aceptarán o rechazarán dichos procesos, lo que se puede traducir en el éxito o fracaso en las acciones que se intenten emprender.

Llegado a este punto, cabe preguntarse:

¿Cómo se ha dado el proceso de socialización en salud bucal dentro de los microespacios familia, escuela y comunidad?

¿Ha permeado el modelo médico dominante los programas educativos y preventivos, convirtiéndolos en modelos monológicos, apartados de la realidad de las comunidades o por el contrario, constituye un modelo participativo, que propicia el intercambio de saberes?

Por otro lado, ¿cuáles son las representaciones sociales que tienen los niños y niñas sobre salud bucal y como mantenerla? ¿cuáles son las perspectivas, experiencias y pensamientos sobre salud bucal y educación para la salud bucal de las niñas y niños en su espacio escolar?

Por último, ¿es la escuela un lugar propicio para la implementación de programas de educación para la salud o representa un aparato reproductor de las relaciones unidireccionales de dominación?

Las respuestas a estas interrogantes podrán ayudar a la interpretación y reflexión de los fenómenos de socialización generando una aproximación a cómo la escuela se deviene en un espacio para la socialización en la salud bucal de los niños y niñas; y cómo a través de un proceso de construcción y reconstrucción de conocimientos desde sus propias perspectivas, experiencias y pensamientos y tomando a la familia, la escuela y la comunidad como escenario de trabajo para su construcción, se funde la escuela como un espacio en cual aquellos mismos actores se conviertan en promotores de su propia salud.

### **La Intencionalidad**

La intención de esta investigación es comprender a la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana.

## **Directrices**

\* Develar las representaciones sociales configuradoras del proceso salud bucal construidas por los niños y niñas entre 6 y 10 años de edad.

\* Indagar como se revela la práctica de educación para la salud bucal desde la familia, escuela y comunidad.

\* Comprender el vínculo del modelo médico/modelo educativo en los procesos de educación para la salud.

\* Construir una aproximación teórica de las representaciones sociales de la niñez que como una perspectiva epistemológica para el desarrollo de procesos investigativos de la salud bucal en la cotidianidad de la escuela

**II MOMENTO**  
**LA INFANCIA Y LA SALUD.**  
**MICROESPACIOS FAMILIA-ESCUELA-COMUNIDAD**  
**TEORÍAS DE SOCIALIZACIÓN**

**Aproximaciones significativas**

Cada período histórico-cultural, cada geografía y cada grupo humano tiene su modo peculiar y propio de asignar significados a las cosas y eventos, es decir, su capacidad y forma de simbolizar la realidad.

La matriz epistémica constituye un sistema de condiciones de pensar, prelógico o preconceptual, por lo general inconsciente, que constituiría la misma vida y el modo de ser; cada grupo humano desarrolla un pensamiento que responde a su mundo-de-vida, es decir a la praxis total, integral, de una comunidad particular en un momento histórico determinado (Martínez, 2.006).

El estudio de la escuela vista como un espacio para el desarrollo y la socialización de la salud bucal de la niñez no puede pretender realizarse desde un frío e impersonal examen a un mero espacio físico, de salones vacíos, de patios sin niños y niñas y de recreos sin bulla y sin carreras. Acercarnos a la escuela implicó entender que ella es un espacio vivo; con su ir y venir de y con los niños y las niñas, los maestros, los padres y madres, con sus historias y sus memorias, y nosotros con ellos aprendiendo y aprehendiendo.

Un espacio, la escuela, *sin armaduras rígidas* donde sus intersticios nos lleven a descubrir otros espacios.

## **El relato de la infancia.**

La niñez o infancia ha sido referida en textos de historiadores, sociólogos, médicos, pedagogos y estudiosos de esta etapa del desarrollo de los seres humanos, interesados en descubrir al niño y a la niña desde lo biológico, lo social, lo antropológico, lo religioso y más, atraídos por este momento de la vida que ha estado muchas veces invisible ante los relatos del desarrollo de la evolución de la humanidad.

No existe un consenso definitivo en relación con los límites de esta etapa del desarrollo; algunos consideran que un niño o una niña es aquel o aquella que se encuentra en la primera instancia de la vida conocida como niñez, que abarca desde el nacimiento hasta el inicio de la adolescencia (entre 11 y 12 años de edad); otros describen que desde el nacimiento hasta los 2 años se consideran lactantes y la niñez comprende el período de la vida entre los 2 y los 10 años de edad.

La OMS ha propuesto la siguiente clasificación etaria (UNICEF, 2010):

CUADRO 1 CLASIFICACIÓN DE LA NIÑEZ

<b>Estadio</b>	<b>Edad</b>
<b>Recién nacidos</b>	0 a 28 días
<b>Lactantes y niños de corta edad</b>	de 1 mes a 2 años
<b>Niños, preescolar</b>	de 2 a 5 años
<b>Niños, escolar, niñez intermedia</b>	de 6 a 10 años
<b>Adolescentes</b>	de 11 a entre 16 y 18 años [dependiendo de la región].

Fuente: UNICEF, 2010.

Si bien esta clasificación la presenta a objeto de establecer dosis para fines terapéuticos y está configurada atendiendo a divisiones por edad cronológica, se corresponde con las etapas biológicas del desarrollo ampliamente admitidas, sin consideraciones de tipo cultural ni social del concepto.

La explicación de la infancia como un momento de desarrollo biológico es necesaria para algunos fines, no se niega su existencia; pero no es suficiente para comprender todas las dimensiones del fenómeno social de la niñez contemporánea.

### ***El retrato de la niñez***

Algunos estudiosos de esta etapa consideran que previo al siglo XVII no existía espacio en la sociedad para la niñez, sólo en algunas manifestaciones artísticas aparecían niños, sin embargo sus características correspondían a las de los adultos pero en tallas miniaturas.

Muchas obras pictóricas y esculturas del arte otomano y religioso desde el siglo XI hasta el XIII, presentaban imágenes de seres humanos que sólo por el relato de los hechos representados se reconocen como niños, pues únicamente eran reducidos a un tamaño inferior al de los adultos, sin ninguna otra distinción de expresiones o de rasgos propios de la niñez.

Se parte entonces, de un mundo de representación en el que se desconoce la infancia, los hombres de aquellas épocas no perdían el tiempo con la imagen de la niñez, la cual no tenía para ellos ningún interés, ni siquiera realidad (Ariès, 1987). Esto sugiere que, en el terreno de las costumbres vividas y en el de la estética, la infancia era una época de transición, que pasaba rápidamente y de la que se perdía enseguida el recuerdo, por lo que no se le otorgaba atención especial.

Esta perspectiva comienza a cambiar hacia mediados del siglo XIII, lo que se evidencia cuando empiezan a plasmarse imágenes de niños algo más cercanos al sentimiento moderno; los artistas trazan con evidente afectación los rasgos redondeados y graciosos, en casos incluso un poco afeminados, de chicos muy jóvenes, quedando atrás los adultos de tamaño reducido de la miniatura otoniana; aparecen las figuras de ángeles, los efebos, muchos de ellos con apariencia de adolescentes que se hacen frecuentes durante el siglo XIV (1987).

La evolución hacia una representación más realista y más sentimental de la infancia comienza a aparecer en la figura de un segundo niño que será el modelo y el precursor de todos los niños pequeños de la historia del arte: el Niño Jesús o la Virgen Niña; la infancia es vinculada al misterio de su maternidad y al culto mariano y se inicia la representación del sentimiento familiar; se recrean obras en donde se exalta a la familia, la maternidad, la ternura, como reflejo de una nueva mirada hacia la niñez y a su representación.

En la iconografía religiosa los artistas recalcan los aspectos graciosos, sensibles, ingenuos de la pequeña infancia de Jesús, en diferentes escenas cotidianas; acariciando a su madre, jugando, comiendo frutas, en pasajes cotidianos que tardan en extenderse fuera de lo religioso, pero luego cada vez con mayor frecuencia, la infancia religiosa no se limita ya a la de Jesús y aparecen la virgen y algunas santas en su niñez.

Se constituye así no sólo una iconografía nueva, multiplicando las escenas infantiles y dedicándose a reunir en los mismos grupos todos estos niños santos, con sus madres o sin ellas, sino también historia, cuentos y leyendas de la niños y niñas en los siglos XV y XVI; de este modo se extenderá finalmente a una iconografía laica, convirtiéndose los niños y niñas en los personajes más frecuente hasta el siglo XIX.

Esta aparición constante de los infantes se atribuye, por una parte, al hecho de que la infancia transcurría junto a los adultos, en sus actividades, trabajos, juegos y no existía una separación del mundo adulto del mundo infantil y por otra, debido a que los niños y niñas eran considerados seres graciosos y a los adultos les agradaba observarlos en el grupo.

Un tercer infante aparece en la época gótica, el niño desnudo. Surge a finales del siglo XIV y, sin duda alguna, se reconoce en él al Eros helenista recuperado. Ya para el siglo XV y XVI el tema del niño desnudo había sido acogido con mucho entusiasmo, y pasará a ser un motivo decorativo repetido hasta la saciedad; la figura de ángel adolescente es sustituida por el putti (niño desnudo), que aún con cierto pudor se disimulaba su desnudez con nubes o gazas, sin embargo todavía no era un niño real, seguía manteniendo sus rasgos de adulto.

Fue en el siglo XVII cuando la iconografía infantil será la aplicación de la desnudez decorativa del putti al retrato de niño. El interés, en ese momento, por este niño se entiende más como la atención creciente a favor de la niñez que una afición a la desnudez.

El siglo XVII representó eventos importantes en la evolución de los temas relativos a la primera infancia. Los retratos de niños y niñas solos se hicieron numerosos durante este siglo. Fue igualmente en este siglo cuando los retratos de familia de épocas anteriores tendieron a organizarse en torno al niño, dando cuenta de haberse convertido en el centro de la composición. Esto da cuenta del cambio hacia la infancia, la mirada se posa en el niño y la niña y se inician cambios que afectan su socialización.

Más adelante, ya en el siglo XIX se construyó una visión idealizada de la infancia, surgen varias organizaciones, a nivel internacional y nacional, que promovían la protección del niño, al parecer el interés se originó debido a la

necesidad de mano de obra productiva joven, lo que implicaba la creación de leyes para proteger la niñez. En el siglo XX se amplió considerablemente la responsabilidad pública respecto a los niños y niñas.

### ***Lo social en la infancia. Descubrimiento de la niñez.***

Para Liccioni (2007), la acción social permite relacionarse e interactuar al niño y a la niña entre sí, con relación al espacio familia-escuela-sociedad, así como con los objetos que les rodean.

La infancia, la niñez o la idea de lo que es un niño y una niña son nociones que varían en las sociedades y en las culturas así como de acuerdo a los diferentes momentos históricos (Goncalvez y Franco, 2009). La niñez ha tendido a ser considerada una categoría fija y ahistórica, una etapa puramente biológica o *natural*; sin embargo, en la actualidad, la nueva tendencia es considerarla con una noción histórica, cultural y por tanto diversa (Szulc, 2006).

Hacer referencia a la niñez tan sólo como una etapa biológica, implica considerarla un hecho ahistórico, por lo tanto no integrado a la vida social. Esta visión le asigna un rol pasivo, más “de objeto que sujeto, objeto de educación, objeto de cuidado, objeto de protección y disciplina, objeto de abandono, objeto de abuso y explotación” (Szulc, 2006, p. 27).

Wasserman (2001) señala que la palabra infancia proviene del latín *in-fandus*, cuyo significado es que no habla o que no es legítimo para tener la palabra. Durante siglos, se mantuvo la idea que la niñez estaba muda e invisibilizada y no existía espacio en la sociedad para ella y se relacionaba con *lo natural*, lo biológico, negándole su condición histórica.

Gaitán (2006) refiere que esa cercanía a la naturaleza la alejó de la cultura y por espacio de siglos los niños y niñas fueron considerados *salvajes* a los cuales se

debía disciplinar. Esto, según el autor, ha contribuido con la elaboración de un estereotipo generacional sobre las niñas y los niños como seres inferiores, que necesariamente deben estar situados bajo el poder y la autoridad de una persona adulta, la cual se considera racional y civilizada.

Para Locke (1.632-1.704) los niños y niñas constituían una *tabula rasa*, un papel en blanco, a los que se podía moldear a través de las imitaciones, repeticiones, recompensas y castigos (Rice, 1991).

Durkheim planteó que la infancia venía a ser como un fenómeno presocial, “un terreno casi virgen donde se debía construir a partir de la nada y poner en ese lugar la moral y lo social” (Durkheim, 1975, p. 54), y consideró la necesidad de una pedagogía moral para su educación y superación de su naturaleza *salvaje*. Según su enfoque los niños y niñas representaban *receptáculos* (la idea de la *tabula rasa*), vacíos del accionar adulto, en los que el poder civilizatorio de la escuela debía intervenir.

En la teoría funcionalista de Parsons (1.959), el cual recibió influencias de las ideas Durkheimianas, las niñas y los niños son vistos como receptores pasivos de los contenidos que la sociedad considera necesarios para que una persona se convierta en adulta. En este enfoque se piensa a las niñas y los niños desde la metáfora de un objeto *esponja* que recibe pasivamente dicha socialización.

En la visión parsoniana, el sujeto infantil viene limpio de experiencias culturales anteriores y, por lo tanto, puede ser modelado e inculcado en las pautas y valores que más convienen a la sociedad. La niñez es esencialmente pasiva y evaluada en términos evolutivos: el individuo está en fase de crecimiento para alcanzar el estado deseable (adultez) en cuyo momento será integrado en la sociedad (Gaitán, 2.006).

Esa misma condición de *natural*, ahistórica de la niñez los minimizó socialmente, disminuyéndolos como actores sociales, no siendo estimados como informantes conocedores de su contexto social. Empero afortunadamente, en la actualidad, la superación de estos prejuicios han conducido a la consideración del niño y la niña, por parte de las ciencias que estudian la niñez, como un informante completo, confiable, interesante para la investigación en ciencias sociales (Goncalvez y Franco, 2011).

Además de reconocer a los niños y niñas como sujetos que habitan, en un momento y lugar determinado, el espacio social, histórico e institucionalmente estructurado de la infancia, los nuevos estudios sociales de la infancia los/as consideran como actores sociales intensamente involucrados en la construcción de sus propias vidas, las de aquellos que los rodean y de las sociedades en las que viven, lo cual no implica desconocer las determinaciones estructurales que moldean sus trayectorias (Vergara, Chavez, y Vergara, 2010).

Es así como la noción de socialización no puede emplearse únicamente en un sentido unilateral, pues si bien, vemos que los niños receptionan los significados culturales preconfigurados y se comportan de acuerdo a lo que se espera de ellos, también los vemos desenvolverse como productores de significado e inciden de manera importante en sus propios estilos de vida y en los de los adultos (2010).

Ambert (1992) critica que, tal como han sido construidos el concepto de socialización y el de desarrollo infantil, se priva a los infantes la posibilidad de ser considerados actores de pleno derecho, dado que, en este contexto, son meros recipientes y un futuro producto.

Sin embargo el interés en conceptuar a la niñez desde el ámbito socio-cultural abre una ventana hacia la reconstrucción de su contexto.

Como ya se refirió, no existe un consenso en la definición de la niñez desde lo biológico, podremos imaginar lo difícil que es encontrarlo en el ámbito social y cultural puesto que las diferencias en estos espacios entre las distintas sociedades son mayores.

Goncalvez y Franco (2009), refieren que desde mediados del siglo XX, se comenzaron investigaciones sobre la niñez en las que se reconoce que esta etapa estaba condicionada por las concepciones sociales o culturales que existían al respecto, por las tareas que se esperaba cumplieran los niños y las niñas o por los comportamientos que se deseaba llevaran a cabo los infantes en el(os) grupo(s).

Esta acotación se mantiene vigente en el presente, cuando se conoce que sociedades con diferentes ideologías, culturas, religiones presentan procesos de socialización muy distintos a otras, aun viviendo en el mismo espacio de tiempo y hasta en territorios muy cercanos.

A lo largo de la edad media el niño y la niña eran “seres públicos” (Ariès y Duby, 1992, p. 313). De hecho, la esfera pública y privada se hallaban entrelazadas, sus primeros pasos y el bautismo eran cruciales en su socialización.

En la primera infancia la familia no cumplía un rol relevante en la socialización, el aprendizaje se realizaba en la comunidad; los aprendizajes provenían de la casa, el pueblo, el juego, las relaciones con los otros niños, a través de los cuales se internalizaban las reglas de pertenencia a una comunidad y las cosas de la vida cotidiana.

Entre los siete u ocho años los varones, acompañaban a su padre al trabajo en el campo, y las niñas se quedaban con su madre y otras mujeres, aprendiendo el lugar y el rol de la mujer. Existía poca intimidad, poco espacio para lo privado y lo íntimo.

La transmisión de valores y conocimientos y la socialización del niño y la niña no ocurría en la familia, ni era controlada por ella; eran separados de sus padres muy pronto y puede decirse que la educación, durante muchos siglos fue obra del aprendizaje gracias a la convivencia del niño y niña o del y la joven con los adultos, con quienes aprendía lo necesario ayudando a los mayores a hacerlo (1992).

El descubrimiento de la infancia, fue gestándose lenta pero progresivamente desde la edad media; y a raíz de los profundos cambios sociales y económicos producidos hacia fines del siglo XVI surge el sentimiento de la infancia manifestándose, por una parte en una voluntad de los padres para cuidar y proteger la niñez, y por otra, por dos hechos muy representativos como lo fueron la entrega de sus hijos por parte de las madres pertenecientes a familias burguesas, a nodrizas para su crianza y la aparición de las nuevas estructuras educativas.

### ***Disciplina y protección a la infancia.***

En la modernidad la familia se retiró de la esfera pública y en el espacio privado se gesta el sentimiento familiar; la familia se comienza a organizar en torno al niño y la niña, que se hace objeto de atención de moralistas, comienzan a extenderse mecanismos de protección y control hacia la niñez y la escuela se establece como espacio responsable predilecto para ese control.

Los procesos de socialización y de educación se daban en el espacio cotidiano de la niñez, más las nuevas necesidades que emergen con la llegada de la modernidad, que junto con las ideas de la ilustración generan cambios en las sociedades que reclamaron la fundación de estructuras más formales que se encargaran de la disciplina y formación de los niños y niñas de la época. En la modernidad se pone en marcha un proceso a través del cual la sociedad comienza a amar, proteger y considerar a los niños y niñas ubicando a la institución escolar en un papel central.

La finalidad de la educación moderna también era la formación de un hombre racional. Consecuentemente los procesos sociales generados durante la modernidad nos llevaron a un proceso de escolarización compulsiva para servir a la razón, al mundo del trabajo, al mercado, al capital y al progreso (Rubiano Albornoz, 2009).

Para Durkheim la familia no era el agente apropiado para llevar a cabo la importante tarea de la educación moral, debido a la calidez y afectividad familiar, lo que consideraba perjudicaba su efectividad como agente socializador (Lamanna, citada por Gaitán, 2006). La educación, según él, requería del control y la imposición sobre los deseos de los niños y niñas y una autoridad exterior por lo que el Estado, responsable de la sociedad, entra a jugar un papel principal en lo que se refiere a la socialización de aquellos/as en las normas y expectativas de la sociedad, así como en el aprendizaje intelectual formal.

De aquella infancia anónima se deviene la infancia disciplinada en los colegios del siglo XVIII europeos y del XIX y XX latinoamericanos. Ese parto de descubrimiento que se sitúa ya en los alrededores del siglo XVIII, está íntimamente ligado a los inicios de la industrialización, del capitalismo, del Estado moderno (Iglesias, 1996).

El sentimiento de la infancia surgido influyó en el actual sentimiento de la infancia y de acuerdo con Ariès (1987), constituye el emergente de una profunda transformación de las creencias y de las estructuras mentales. Este reconocimiento de la infancia coincide con las prácticas sociales capitalistas y los modelos hegemónicos de la burguesía y las élites europeas y que se extendió a las clases populares un siglo más tarde (Shorter, 1977).

Se reconoce al niño y a la niña como un ser que no está preparado para afrontar la vida por lo que es necesario someterlo/a a un régimen especial, una cuarentena (la escuela), antes de entregarlo al mundo de los adultos (Azlate, 2003).

Existe una clara simultaneidad en el tiempo del reconocimiento de la infancia moderna y la aparición de instituciones protectoras donde cuidar y formar [*re-formar, de-formar*] a la generación más joven.

La escuela será la institución que actuará como agente fundamental en la educación y socialización de la infancia. Se pasa de una sociedad en la que el niño, y la niña cuando apenas eran capaces de valerse por sí mismos, vivían ya como adultos en medio de ellos, libres, en cuanto seres autónomos y productivos, a una sociedad que se encierra en núcleos familiares, privatizando a la infancia y segregándola mediante diversos sistemas educativos que implican la intervención de la autoridad paterna y la vida regulada por regímenes disciplinarios, ya sea en el seno de la familia o en la escuela.

Es el comienzo de un largo período de reclusión para la niñez que se mantendrá hasta nuestros días, en la posmodernidad (Ariès (1987)).

Pero la escuela respondía, al igual que lo hace hoy, a otra institución, el Estado, en la función de una socialización diferente, más uniformizante, en pos de su formación y disciplinamiento futuro (Iglesias, 1996).

En el siglo XIX interviene el Estado restringiendo el trabajo infantil, al que considera como el principal obstáculo para la escolaridad, incorpora también la figura del niño, niña y adolescente en el Derecho, creando cuerpos jurídicos específicos, códigos, tribunales, instituciones asilares, para la niñez.

En los siglos XIX y XX el interés por la educación se implantará definitivamente en el núcleo de la sociedad, los padres se interesan en la educación de sus hijos y reconocen a la escuela como la institución a la cual ceder la formación de su descendencia; el Estado por su parte inscribe en la educación su mecanismo de reproducción que se efectiviza en la escuela. Cada día la escuela cobra más interés

para nuestra sociedad, la cual, se dice, depende en gran medida del éxito de su sistema educativo.

Posteriormente, en el plano nacional, ocurren hechos sociales que promueven la legislación infantil y que tienen repercusiones en la esfera social de la niñez. En Venezuela en 1936 la Primera Convención Nacional del Magisterio Venezolano produjo entre sus documentos la Tabla de los Derechos del Niño (Federación Venezolana de Maestros, s/f), que aún sigue vigente, siendo el primer documento que planteó algunos derechos para la infancia sobre todo en los espacios escolar, laboral y delictual; este documento dio paso al primer Código de Menores, en 1939, en el que el Estado asume por primera vez la obligación de proteger a la niñez a la que por cierto consideraba como incapaz en estado de peligro y abandono.

En 1989 gracias a la Convención sobre los Derechos Humanos del Niño, ratificada en Venezuela en 1990 mediante Ley Aprobatoria, se empieza a reconocer a los niños y niñas como un sujetos de derecho, dándole primacía a los principios de igualdad y no discriminación, del interés superior del niño, de prioridad absoluta y de participación o solidaridad, además de su rol fundamental en la familia, estado y sociedad, en la garantía de sus derechos y deberes (O.N.U., 1989), (Vaamonde, 2009). El niño y la niña ya no son vistos como *el menor incapaz*, ni un objeto sobre el cual el estado tiene derechos.

En 1998 se publica la Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA), que entra en vigencia en el 2000 y garantiza el compromiso de Venezuela adquirido a partir de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño. Se consolida su estatus de actor social y es reconocido como un ser integrado a la vida social, con capacidades y autonomía suficientes para desarrollarse en el ejercicio de sus derechos en el ámbito familiar, escolar y de la sociedad.

La niñez se ha venido incorporando de forma gradual en la vida social, política y cooperativa en sus espacios, el barrio y la ciudad, en la búsqueda de la felicidad y la calidad de vida (Liccioni, 2007).

### ***La niñez al límite de la modernidad. La infancia en los siglos XX y XXI***

Varios autores, entre ellos Baquero y Naradowski (1994), señalan que la infancia, esa construcción de la modernidad, atraviesa actualmente por una crisis. En efecto, los modelos a los que refería la educación moderna, parecen desvanecerse en el contexto actual.

El acceso a los medios de comunicación en el cual la información llega hacia los niños y niñas en la misma medida del adulto, el reconocimiento de sus derechos sociales y políticos relacionados con la igualdad, la participación, junto con la crisis social y económica que sufren los países y familias, han hecho que no exista esa separación tajante entre el mundo infantil y el del hombre, tal como lo formulaba Rosseau (Liccioni, 2007).

Aquella infancia pasiva, en la cual, gradualmente, el niño y la niña eran iniciados al mundo adulto ya dejó de ser. Es así que las diferencias entre el mundo de la infancia y el mundo de la adultez deben ser revisadas, los límites entre ellos se han hecho cada día más difusos y difícil de reconocer. El mundo infantil, fuera y dentro de la escuela, se ha modificado.

Por una parte vemos como la autonomía de la infancia parece acelerarse y mientras se potencia la estimulación de los niños propiciando un desarrollo que modifica las normas del pasado y vemos como se anticipa la adolescencia (Caldeiro, G. (s.f), por otra parte pareciera que el período de la adolescencia se alargara, la sociedad adulta tarda más en recibir a ese individuo capacitado para el trabajo, con

suficiente madurez psicológica, e independencia económica y cultural, apta para afrontar los retos e insertarse en el mundo de la adultez.

## **Epistemologías de la salud.**

### ***La salud***

Tradicionalmente, el paradigma científico-positivista ha considerado al sujeto conocedor como un espejo pasivo, al estilo de una cámara fotográfica, que copia las imágenes de la realidad externa, la cual es objetiva y se presenta hecha y acabada. Bajo este enfoque se pretende que el mundo material puede ser descrito objetivamente, sin ninguna referencia al sujeto observador; esta racionalidad científica valora la objetividad del conocimiento, el determinismo de los fenómenos, la experiencia sensible, la cuantificación aleatoria de las medidas, la lógica formal y la verificación y demostración empírica (Martínez Miguélez, 2006).

La ciencia tradicional, que dominó la razón durante varios siglos, gozaba de gran prestigio y aunque logró verdaderos avances científicos en las ciencias naturales, esta razón moderna, como también se le conoce, favoreció la afirmación del individuo, de lo particular y la visión del cuerpo humano como máquina, haciendo marco a explicaciones reduccionistas de los fenómenos de estudio, que afectaron la forma de ver o tal vez de *no ver* más allá del objeto o sujeto, alejado de sus relaciones con los hechos de su entorno y aislado del sujeto cognoscente.

En las postrimerías del siglo XIX y con el devenir del siglo XX, muchos científicos de diferentes áreas del saber: física, química, biología, psicología y ciencias sociales, no encontraron respuestas en las teorías clásicas constreñidoras del paradigma cuantitativo y tuvieron que abandonar sus posturas para mirar nuevas formas de estudiar los objetos y sujetos, que no los redujera a una única racionalidad demostrable experimentalmente, sino más bien que los adentrara a descubrir la naturaleza profunda de sus realidades.

En el campo de la salud, su concepto pasó de lo mágico y sobrenatural en la era primitiva, a una explicación natural en el antiguo Egipto y la antigua Grecia y luego en siglos posteriores, con los adelantos en el campo de los descubrimientos biológicos y el avance tecnológico llegó a tener un carácter netamente biologicista, dando paso al enfoque positivista de la salud y la enfermedad.

Estas diferentes explicaciones dadas a la salud en los diferentes momentos y sociedades nos hablan de las innegables connotaciones sociales e históricas del concepto, determinadas ambas por la visión particular de cada sociedad. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, que en cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas (Alcántara, 2008).

En este punto, haremos referencia al concepto universalmente adoptado de la salud, que en 1948 creó la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1), A pesar de constituir una definición progresista en su momento, bien merece una breve reflexión que desprende algunas consideraciones de carácter epistemológico necesarias en razón a la naturaleza de la investigación.

Uno de los problemas epistemológicos que surge de este concepto, es que da por sentado, como un hecho universal las acepciones de los términos salud y bienestar, lo que los convierte en fenómenos ahistóricos y apolíticos, perdiendo por tanto su connotación social, a la vez que legitima de alguna manera la visión del paradigma positivista que pretende acercarse al objeto de estudio de manera objetiva y aplicando leyes invariables y universales para todas las sociedades.

Otro cuestionamiento al concepto de salud de la OMS, es que impone una noción única de salud, válida para todos los seres humanos por igual, en todo momento y todo lugar; siendo la salud una manifestación de la vida de cada ser humano, en cada uno de ellos emergerá la salud con propiedades que lo distinguirán, no puede entonces ser reducida a la estandarización, negando su carácter individual.

Así mismo, el concepto de la OMS menciona que la salud “es un estado de completo bienestar” (2.006, p.1), asumiéndola como un hecho que ya se completó; el término *completo* le da una acepción que implica que es un asunto terminado, que está acabado, compatible con el modelo especular del conocimiento que expresa que fuera de nosotros existe una realidad totalmente hecha, acabada y plenamente externa y objetiva, distando mucho de su carácter propio de dinámico y relativo, inmerso en un contexto igualmente relativo y en continua construcción, por lo que es más real pensar en aproximaciones que en la salud como un hecho definitivo.

Una última crítica al concepto, es el carácter de estático que le imprime el término *estado*, que coincide con la postura mecanicista y reduccionista de la medicina tradicional, opuesto a la visión dinámica y cambiante de la salud; que es más un *proceso* inestable y relativo y que debe ser comprendido con sus complejas relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias del individuo y la sociedad.

Esta visión estática de la salud se corresponde con la mirada científicista del modelo cuantitativo-positivista que la percibe como un hecho que puede ser *retratado*, extraído de su contexto, explicado por las razones biologicistas, alejado de la relaciones dinámicas y cambiantes que lo rodean.

Desde esa perspectiva, la salud es entendida como un fenómeno fragmentado, estudiado de acuerdo a determinantes desarticulados, factores aislados y condicionantes separados, que intervienen dando como resultado una salud desvinculada de su contexto. Pareciera entonces, que existe una resistencia al desarrollo de una mirada compleja que ayude a superar la visión fragmentada de la salud, como un recurso inevitable para su comprensión.

Cabe aquí reflexionar sobre el pensamiento de Morin (2000) cuando nos dice que el pensamiento complejo está animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista, y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento.

De acuerdo con Morin (1993), el todo tiene una cantidad de propiedades y cualidades que no tienen las partes cuando están separadas; vista así, la salud se presenta como un todo, en el que sus partes no deben ser tratadas de forma aislada, ya que atendiendo a este pensamiento, éstas pierden parte de su esencia cuando no están juntas.

Otro aspecto interesante de mencionar es que la situación de salud es parte de la cotidianidad de cada grupo humano, de cada persona, siendo la vida cotidiana un instante del proyecto de vida de dicho grupo e individuos como sujetos sociales y como actores sociales (Castellanos, 1998).

De igual forma, de acuerdo con Breilh (2003), las explicaciones a los procesos de salud-enfermedad están influidas por el modo de vida en que se encuentran inscritos los individuos y que forman parte de un grupo. Las desigualdades sociales y

económicas que tienen su expresión en inequidades en salud que padece un grupo social en un momento histórico determinado, resulta entre otras, de las relaciones de clase, de su historia y de sus condiciones de género.

Lo anterior, hace comprensible que la enfermedad se distribuye de forma desigual en los diferentes estratos y clases sociales, así como también en función del mayor énfasis en conductas y estilos de vida saludables.

En otro orden de ideas, Gadamer (2001), sostiene que la medicina moderna tiene como meta la curación, y esta sólo es considerada desde la mirada mecánico funcionalista, obviando los aspectos socio-estructurales que la determinan y condicionan. También hace referencia al arte de curar, que no sólo incluye el combate contra la enfermedad, sino también la convalecencia y, finalmente el cuidado de la salud.

Para Capra (2004), este fenómeno de la curación es imposible de comprender en términos reduccionistas. La escisión deviene de la rigurosa separación que hizo Descartes entre mente y cuerpo, que llevó a los profesionales de la salud a concentrarse en la máquina del cuerpo, olvidando que el concepto de curación supone una compleja interacción entre los aspectos físicos, fisiológicos, sociales y ambientales de la condición humana. Mirada reduccionista de la enfermedad que se constituía en uno de los principios fundamentales de la ciencia médica moderna.

En referencia al fenómeno de curación en el campo del modelo reduccionista, el término tratamiento viene a su lado. Pareciera que la ciencia moderna fuerza a la naturaleza a que le brinde resultados. Gadamer explica que tratar tiene que ir mucho más allá de los progresos alcanzados por la técnica, implican los sentidos del médico, las manos, los ojos, los oídos, las palabras, cosas que se hacen esenciales para el paciente en el encuentro del tratamiento.

Cuando el médico afirma que se ha logrado dominar la enfermedad, en definitiva, lo que ocurre es que la enfermedad ha sido separada ya de la persona y ha pasado a ser tratada como un ente propio con el cual hay que acabar. (Gadamer, 2.001). El autor hace una reflexión cuando plantea que tanto enfermo como médico deben estar de acuerdo en conceder el honor a la naturaleza toda vez que se logra la curación.

Finalmente, la superación de la enfermedad como objeto de estudio de la salud por parte de las instituciones y facultades de salud se hace necesaria; el desafío en este momento de discusión de las bases epistemológicas de la salud es justamente el objeto *salud*, hacia una nueva definición de salud (Almeida Filho y Silva, 1.999).

### ***La salud bucal***

A pesar de los avances conceptuales, tecnológicos y científicos en el área de la odontología, cuyos cambios se vieron más acelerados después de la segunda mitad de siglo XX, y conociendo los nuevos enfoques y miradas hacia la salud, en los que ésta es reconocida como una construcción social, signada por estructuras irrepetibles de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas (Alcántara, 2008), pareciera que esto no se refleja cómo debería hacerlo en la salud bucal de las personas, ya que las enfermedades del aparato estomatognático, en especial la caries dental, sigue afectando entre 60 por ciento y 90 por ciento de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos (OMS, 2004).

El modelo hegemónico dominante de la salud junto al vertiginoso desarrollo tecnológico ha favorecido el ejercicio odontológico centrado en las especialidades y subespecialidades de la profesión, así como en servicios de salud con énfasis en el modelo curativo, lo que paradójicamente no ha dado respuesta acorde a las necesidades de la población.

La práctica de la medicina mantiene un determinismo biologicista predominante. Pero la odontología ha recurrido a un reduccionismo o determinismo mucho más desintegrador, al explicar las leyes de la biología en consonancia con las leyes de la mecánica y al considerar la cavidad oral como un sistema cerrado, suficiente y exclusivo. Reflejo de esta ingeniería biológica son los conceptos de aparato masticatorio, piezas dentarias, salud oral y mortalidad dentaria, entre otros (Payares, 1997).

Las prácticas que prevalecen son los tratamientos clínicos individuales y las pocas actividades de educación para la salud bucal se asumen como una vía para evitar o distanciar la recurrencia de la enfermedad.

Como consecuencia de este modelo, la salud bucal se muestra como un fenómeno separado del resto de la salud general; la boca es vista como un órgano separado del resto del cuerpo humano y así mismo, es fragmentada en órganos aislados, reduciéndola a fracciones: dientes, encías, tejidos blandos, lengua, perdiendo cualidades y parte de su esencia; recordemos de nuevo a Morin (1993) cuando plantea que el todo tiene una cantidad de propiedades y cualidades que no tienen las partes cuando están separadas.

La mirada clínica ha sido desplazada por la mirada técnica (Rodríguez, 2006), así no sólo ocurre un vaciamiento de la subjetividad del paciente quien es reducido a una suma de órganos, sino también al profesional de la salud quien es convertido en un simple mecánico del cuerpo que repara las partes dañadas del paciente.

Vemos como el diente en singular, siga siendo el epicentro y diámetro de una práctica que desde hace varias décadas ha declarado y aceptado la importancia de lo social y semiológico. De lo que se trata es que los especialistas, dedicados al estudio cada vez más particular y específico, practiquen modelos que tengan una permanente referencia y contrarreferencia con modelos más totalistas. Sólo así será posible

desentrañar las circunstancias que unen la biología humana con la conducta y la sociedad (Payares, 1997).

Ya no habla el paciente, ahora hablan los órganos, y en palabras de Gadamer hemos sido tan audaces que en ese objetivizar hemos llegado a la necesidad de medir y “fijar valores normativos, para no observar tanto la enfermedad con los ojos o escucharla a través de la voz, sino para leerla en los valores que proporcionan el instrumental de medición de salud y/o enfermedad” (2.001, p.115).

Y ¿Qué surge de estas mediciones? La verificación, “una especie de reconocimiento casi aritmético de la forma en que puede ejercerse una influencia sobre la enfermedad” (2.001, p. 116), que deviene en el tratamiento. La palabra tratamiento da cuenta del hecho de tratar con alguien entrenado para curar enfermedades; también, en la acepción más cotidiana del término, tratar alude a *tratar bien* o *tratar mal* a alguien. El médico *trata bien* a los pacientes, el odontólogo *trata correctamente* a sus pacientes.

Es un hecho que lo que hace necesario el tratamiento médico es la perturbación de la salud. Este trato o tratamiento implica por un lado hablar al otro de buen modo, no forzarlo a aceptar cualquier medida o tratamiento, dar libertad de decidir. La otra implicación de este término es terapéutica, que significa servicio, que se orienta no sólo a la enfermedad sino también hacia el enfermo quien en lo más profundo desea ser *tratado bien*.

El proceso formativo en odontología se caracteriza por la preeminencia de un enfoque predominantemente curativo y clínico-rehabilitador. En atención a ello, el cuerpo deja de ser referente simbólico, para convertirse en un simple referente instrumental reducido a un sistema de relojería que suele fallar, y al que hay que reparar para que siga en funcionamiento y, por lo tanto, produciendo y consumiendo (Couto, 2.010).

El estudio de las representaciones de la salud bucal es una guía de acción y marco de lectura de la realidad, en torno a los discursos que circulan en los intersticios de las relaciones que se tejen en los espacios escolares, familiares y de la comunidad; la comprensión de estos discursos favorece la reconstrucción de las prácticas de salud bucal y de acciones necesarias para su mantenimiento como la educación y la promoción la salud bucal.

Por la naturaleza de los hechos estudiados, que consistió en develar la escuela como espacio de socialización en salud bucal, y reconociendo la naturaleza multidimensional, su construcción social y el carácter de proceso dinámico, esta investigación se enmarcó en el paradigma cualitativo interpretativo, para comprender la naturaleza del fenómeno, el significado de sus realidades y relaciones que dan razón de su comportamiento, en una interacción entre el sujeto cognoscente y lo conocido, en la búsqueda de su significado, interpretación y comprensión.

### ***La educación para la Salud***

Para la OMS (World Health Organization, WHO, 1986) se entiende por educación para la salud no solamente la diseminación de conocimientos elementales sobre cuestiones de salubridad, sino, sobre todo, la formación en el conjunto de la población, de hábitos capaces de aportar, en lo que concierne a las enfermedades engendradas por las condiciones del medio, la eliminación total o parcial de posibilidades de transmisión que dependen del modo de comportarse de los individuo.

La educación sanitaria se constituye en el medio para obtener la necesaria modificación de comportamientos con el fin de que el individuo alcance por sí mismo los mejores niveles de salud, adquiriendo un sentido de autorresponsabilidad y una actitud positiva hacia la salud propia, de los suyos y de su comunidad.

Para Arroyo y Cerqueira (1997), la Educación para la Salud es la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con respecto a la salud.

Esta disciplina no debe estar limitada a la difusión de información, sino que debe asumir también la aplicación de procedimientos y métodos adecuados para el logro de los objetivos esperados. Implica una actividad formativa, dirigida al desarrollo de una actitud consciente y responsable por parte del individuo, hacia el fomento, conservación y restablecimiento de la salud.

Ella ejerce influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivos y actitudes del ser humano en relación con el proceso salud-enfermedad; igualmente, sirve para modelar al individuo, en base a su capacidad para aprender, lo que permite el aprendizaje de conductas, normas y valores con responsabilidades compartidas por pacientes y el profesional.

En tal sentido, las actividades impuestas por el profesional de la salud versus aquellas auto-iniciadas por el paciente, ambas centradas en la enfermedad, en el contexto de normas culturales o de grupos, genera interrogantes muy interesantes con respecto al rol que juega el profesional de la salud. De manera que cuando este último reconoce las costumbres de auto-cuidado que trae el paciente y trata de optimizarlas junto con él, obtendrá mejores resultados que al tratar de imponer nuevos regímenes de conductas (Seif, Bóveda, Criado, Delgado, Maldonado, y Perrone, 1997).

Por otro lado, la educación para la salud comprende oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora de conocimientos de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud, con la finalidad de responsabilizar a los individuos en la defensa de su propia salud y la colectiva (OMS, 1999).

Lo contrario a esto significa alejarse de algunas de las prioridades de las Metas del Nuevo Milenio de la ONU o de la clásica Declaración de Yakarta de la OMS para el fomento de la salud en el siglo XXI como estímulo al asociacionismo y el empoderamiento de los grupos e individuos para mantener su salud y combatir enfermedades (Martínez Hernández, 2.008).

Sin embargo, como tanto hemos repetido, el dominio de las acciones en materia de educación para la salud responde a la lógica médica, por lo que las acciones colectivas se constituyen dentro del modelo curativo extrahospitalario, mientras que las acciones individuales como diagnóstico y detección temprana de la enfermedad y medidas específicas preventivas se aplican intrahospitalariamente; ambas prácticas se corresponden con el modelo médico dominante, basados en dos premisas: la ignorancia de las personas y la necesidad de defenderse del medio agresor (Bello y Marcano, 1998) .

Los modelos monológicos de intervención en salud que prescindan del conocimiento de realidades locales se han caracterizados por la transmisión de información; así mismo, la perspectiva biomédica ha tendido a conceptualizar la salud, la enfermedad y las conductas de riesgo como fenómenos exclusivamente biológicos y/o psico-biológicos; otras de sus características son la verticalidad en sus intervenciones, la unidimensionalidad, unidireccionalidad y la jerarquía (Martínez Hernández, 2.008).

La mayoría de los programas de salud prescindan de un análisis exhaustivo de la realidad local o lo limitan a estadísticas de morbi-mortalidad o a listas de necesidades obtenidas desde la óptica del profesional, desmotivando la participación comunitaria.

Sumado a esto, la práctica más frecuente en cuanto a actividades de educación para la salud está dada por la charlas, lo que implica transmisión de información,

verticalidad, unidireccionalidad, monologismo, relación saber/ignorancia; concretándose en lo que se ha denominado charlismo, de acuerdo con varios autores Couto (2.010), González (2005) y Romero (2010).

Todo esto desdice de lo formulado en la Conferencia de Alma Ata (OPS, 2004) en la declaración de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), donde se incorporaron elementos de gran importancia para la participación comunitaria, y donde se enfatiza que las prácticas sanitarias deben ser aceptadas por la comunidad, no impuestas por gobiernos u organismos y la comunidad debe tener plena participación en las acciones sanitarias.

### ***Promoción de la Salud***

La Carta de Ottawa (WHO, 1986) define la Promoción de la Salud como proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y de salud, incluso un mayor control sobre ese proceso.

Todo esto para alcanzar mejorar su bienestar físico, mental y social; los individuos y grupos deben ser capaces de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o saber manejar el medio ambiente; es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solo acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de la salud.

El mismo documento identifica tres estrategias básicas para la promoción de salud: la abogacía por la salud para crear las condiciones sanitarias adecuadas, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses de la sociedad. Además, establece que estas estrategias se apoyan a su vez en cinco áreas de acción prioritarias

como son: establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

Por otra parte, la existencia de un proceso de capacitación o empoderamiento de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es promoción de salud o no; entendiéndose empoderamiento como el proceso en el cual los individuos adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud (Davies y Mac Donald, 1998).

No obstante, los objetivos de la promoción de la salud han sido entendidos como realidades independientes de los recursos médicos locales, de las condiciones económico-políticas y del contexto histórico cultural en donde se produce, desatendiendo el mundo de representaciones y prácticas de las realidades locales (Martínez Hernández, 2.005).

En otro ámbito de ideas, con relación a la participación de las comunidades, ésta se ha caracterizado por el fomento de una participación la cual refiero como *participación pasiva* pues se concibe, en el mayor de los casos, como una simple asistencia a *campañas* u operativos, intermitentes por demás. Por otro lado, la concepción de estas actividades de acuerdo con León Uzcátegui (2005), es representada como una actividad paternalista, tecnocrática y utilitaria en relación a las comunidades. La participación, entendida de ese modo, no se trata de una acción de y con la comunidad, sino desde el Estado, sobre y para la comunidad.

En este sentido, en Venezuela, pareciera que la noción de participación en salud ha tenido un énfasis mayor en la gestión contralora más que en oportunidad para la capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su propia calidad de vida y de salud.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) de 2.000, establece en su Artículo 62: La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo”.(p. 85)

Con respecto a esto, plantea León Uzcátegui (2.005), que también aparecen referencias explícitas a la participación ciudadana y su papel en el control social de la gestión pública en diversas leyes vigentes: Ley Orgánica de la Administración Pública (2001) artículos 1, 135, 138; Ley Orgánica de Planificación (2001) artículos 14, 58, 59; Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública (2002) artículos 5, 8, 24 y Ley Orgánica de la Contraloría General de la República (2001) artículos 1, 6, 14, 24, 25, 75, 76.

La participación en el control social de la gestión pública en salud en los distintos niveles de gobierno representa la más común de las actividades planteadas; en relación con la participación ciudadana en salud, refiere el mismo autor, representa un potencial no desarrollado, poco explorado, pero con enormes posibilidades.

Cabe destacar que mientras no sean traducidos a la realidad los principios de la promoción de salud y la participación, las acciones que se empleen al respecto continuarán siendo reflejo del paradigma hegemónico de la salud.

Martínez Hernández (2.008), explica cómo el modelo monológico de promoción de salud, vertical, promueve el flujo comunicativo a poblaciones dianas con una aplicación acrítica del prototipo biomédico característico de la comunicación clínica al terreno de la promoción de salud, donde la población asume la posición de paciente y el profesional de terapeuta, relación ya comentada saber/no-saber. A la vez que se omite la perspectiva nativa junto a sus comportamientos, actitudes y valores.

El mismo autor continúa expresando que en esas relaciones de saber/no-saber, se crean progresivamente situaciones de delegación o confianza por parte de las comunidades hacia los expertos, lo que contribuye a la representación de participación pasiva de las personas. El individuo o grupo se siente subvalorado, incapaz de atender su situación de salud, por lo que pasa a considerar externo a él los mecanismos de prevención, depositando en el profesional esta responsabilidad.

Finalizando este punto, la promoción de la salud debe partir de un integrar de conocimientos, saberes, valores y cultura, entre las comunidades y los agentes de intervención en salud, promocionando el empoderamiento de las comunidades. Cuando la información recibida por un pueblo es creada y dirigida por los sectores dominantes, ella se convierte en un simple convenimiento de conocimientos (explicaciones), que impide comprender los genuinos valores de una sociedad (Bello, s/f).

### ***Escuelas Promotoras de Salud. Escuelas Saludables.***

Una escuela promotora de salud se refiere a una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar (OMS, 1999).

Para lograr este objetivo, la escuela promotora de salud implica al personal de salud, de educación, a los padres, representantes, estudiantes, líderes de la comunidad, en la tarea de promover la salud. Fomenta la salud y el aprendizaje con todos los medios a su alcance y hace todo lo que está a su mano para ofrecer ambientes para la salud y una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud.

La escuela promotora de la salud aplica políticas, prácticas y otras medidas que respetan la autoestima del individuo, ofrece oportunidades múltiples de

desarrollo, y reconoce sus esfuerzos e intenciones, al igual que los logros personales. También se esfuerza por mejorar la salud del personal de la institución, estudiantes, las familias y los miembros de la comunidad, trabaja con los líderes comunales ayudándoles a comprender como puede la comunidad contribuir a la salud y la educación.

Con el propósito de fortalecer la capacidad institucional de los países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud busca forjar y consolidar alianzas multisectoriales y multidisciplinarias con organizaciones nacionales e internacionales, públicas y privadas (Cerqueira y Ippolito-Shepherd, 2004).

En esta línea, y en colaboración con la Organización de Estados Americanos (OEA), se ha elaborado una propuesta de trabajo conjunto dirigido a crear ambientes saludables para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a través de lograr que cada escuela sea una Escuela Promotora de la salud y fortaleciendo la enseñanza de las Habilidades para la Vida. La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud es aplicada por la OPS/OMS conjuntamente con la OEA y UNESCO para lograr este fin.

Los países de América Latina y el Caribe están en pleno desarrollo de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud. Los Ministerios de Educación incluyen diversos programas de salud escolar, los que enfatizan la importancia de la educación para la salud en forma integral; la creación y mantenimiento de ambientes saludables, la alimentación y vida activa; y el acceso a servicios de salud, que incluye la detección de los problemas de salud más comunes en los escolares.

En Venezuela, en 1999 se inicia un proceso para fortalecer la participación protagónica, pluricultural, con equidad y justicia social de la sociedad, donde se enfatizan los derechos y la protección de niños, niñas y adolescentes, la familia y la

comunidad (OPS/OMS, 1999a). Las escuelas como espacio para la salud integral y la calidad de vida nacen entonces para reforzar valores y conductas que se traduzcan en bienestar individual y colectivo.

Ahora bien, entre los principios que rigen la salud establecidos en el artículo 3 de Ley Orgánica de Salud Venezolana (Gaceta Oficial N° 36.579, 1998) destaca el de la participación; que plantea que todos los venezolanos y venezolanas tienen el deber y el derecho a participar en las decisiones y planes de salud que se implementen.

Por su parte, los Ministerios de Salud, Educación y Deportes, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 1999b), desarrollan el Programa La Escuela como Espacio para la Salud Integral y Calidad de Vida, como ambiente ideal para favorecer la salud escolar a partir de un enfoque integral, considerándolo una herramienta integradora que contribuya al desarrollo humano de la población escolar y su entorno, mediante acciones orientadas hacia la educación para la salud integral, los ambientes saludables, la participación de la comunidad y la previsión de servicios de salud y alimentación.

Es un espacio para la transformación social, con el compromiso de formar ciudadanas y ciudadanos plenos de derechos, fundamentado en los principios de igualdad, equidad, libertad, solidaridad y justicia social, donde niños, niñas y adolescentes logran un armonioso desarrollo biológico, emocional y social, con estilos de vida saludables, en un ambiente de bienestar, compartido con sus familias, docentes, personal de la escuela y comunidad, bajo un enfoque integral y participativo.

En este marco, adquiere relevancia estudiar la socialización en salud bucal en el espacio escolar, conocer las representaciones de salud bucal que se construyen durante la niñez y develar las relaciones que se establecen entre los diferentes actores

que intervienen en ese proceso de socialización, para contribuir con la salud y calidad de vida del escolar.

### ***Niños y niñas promotores de salud bucal. Espacio escolar saludable***

En el marco de las metas del milenio, la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL) y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina plantearon una serie de metas orientadas a mejorar las condiciones de salud bucal de la niñez entre las que se destaca que el 90 por ciento de los niños y niñas sean promotores de salud bucal.

Aun y cuando la experiencia en este ámbito es poca, ella junto con las propuestas de escuelas saludables y las escuelas promotoras de la salud bucal, las cuales sí han logrado ponerse en práctica, son estrategias a explorar en el espacio escolar en donde se puede dar la oportunidad de un ejercicio verdaderamente participativo, horizontal, de compartir de saberes y experiencias dentro de los contextos y realidades particulares, en donde se involucre a los niños y niñas en el compromiso por su salud.

El estudio de la niñez en su espacio escolar con sus indisolubles relaciones con la familia y la comunidad se declara posible a ser reconstruido apuntando a un proceso que privilegie acciones inherentes a la salud bucal del escolar, en el entendido que es la escuela el lugar en donde transcurre gran parte de la vida los niños y las niñas y donde la socialización opera como parte de la función escolar. El estudio de las representaciones sociales que sobre salud bucal tienen los niños y

niñas, su rastreo y comprensión permitió acercarnos a la realidad física y social de la percepción que tienen los escolares hacia el componente bucal de la salud.

### **Microespacios de la niñez.**

#### **Desenvolvimiento de la familia**

La familia representa el contexto de desarrollo para las personas que la conforman en las distintas etapas de su vida. En cada una de esas etapas se consuman distintos procesos implicados en la evolución y realización de las personas, que definen la trayectoria de vida. Para Mora Salas, los cambios históricos, socioeconómicos y culturales indudablemente repercuten sobre el ciclo de vida familiar y en el de sus miembros. Sin embargo, la diversidad de contextos y prácticas sociales permiten singularizar en lugar de universalizar las realidades familiares; las "influencias epocales" revelan variedad de prácticas familiares y formas de significarlas de manera compartida en contextos locales y micro-culturas. (Moro Salas, 2.008).

#### ***Desde las familias primitivas***

En "El origen de la familia, la propiedad privada y el estado", Engels (1.884), comenta que la evolución de la familia en los tiempos más primitivos consiste en una constante reducción de un círculo en cuyo seno prevalece la comunidad conyugal entre los dos sexos, círculo que en su origen abarcaba la tribu entera. La exclusión progresiva, primero de los parientes cercanos, después de los lejanos y, finalmente, de las personas meramente vinculadas por alianza, hace imposible en la práctica todo

matrimonio por grupos; en último término no queda sino la pareja, unida por vínculos frágiles aún, esa molécula con cuya disociación concluye el matrimonio en general. Su escrito se basa en la clasificación de la familia que hiciera Lewis Morgan (1.877).

De modo que uno de los elementos que marcaron el surgimiento de la familia como la conocemos en la actualidad lo constituyó la regulación de la sexualidad, especialmente la que se da entre padres e hijos y entre hermanos, en primera instancia, y posteriormente entre familiares en primer y segundo grado. Esto sentó las bases para que la organización de las relaciones dejara de cimentarse en lo biológico y se fundamentara en la estructura del grupo social, ya que, como lo menciona Esteinou (2008), la prohibición del incesto no es una regla sobre el matrimonio y sexualidad con la madre o hermana, sino que se fundamenta en la obligatoriedad de darlas a otros.

Se considera a la familia es un grupo humano que se distingue del resto por los vínculos de sangre o adopción, que la colocan en una situación única sobre el resto de los grupos, donde cierto número de personas se reúnen en un determinado espacio-tiempo, en el que por medio de interacciones e intercambios psico-afectivos cumplen con una tarea.

A la familia se le piensa como el grupo primario por excelencia, debido a que la persona, desde su nacimiento, se encuentra inmersa en él y es ahí donde vive y desarrolla las experiencias y habilidades que servirán como base para la vida en todos los ámbitos de su existencia.

Cervel (2005) menciona que la familia es un sistema humano caracterizado por relaciones consanguíneas y de afectividad que facilitan el desarrollo de las personas que lo conforman haciendo posible la adquisición de habilidades psico-sociales. Por su parte, Álvarez González (2003) escribe que la familia es un grupo humano caracterizado por vínculos afectivos, sanguíneos o adoptivos en el que

a partir de los contactos continuos e interacciones comunicativas se posibilita el desarrollo de estabilidad, cohesión interna, así como posibilidades de progreso evolutivo según las necesidades de cada uno de sus miembros y siempre en función del ciclo vital del sistema familiar.

Los abordajes sociales de la familia, sin desdecir de las relaciones consanguíneas, apuntan la mirada a nociones que lo biológico no ha tomado en cuenta y representa una amalgama de elementos que se expresan en las formas familiares de vivir y convivir, de relaciones, de influencias, valores, cultura y producción.

### ***La familia como grupo social***

Al abordar a la familia como un grupo social, se asume que se encuentra regida por los mismos principios y fundamentos del resto de los grupos, es decir, que posee un mismo sistema de interacciones, configurándose una determinada estructura de relaciones a partir de la cohesión, las alianzas y la comunicación, presentando una diferenciación entre sus miembros con respecto a los roles y tareas específicas que desempeñan (Munné, 1995).

Es importante destacar que la familia tiene una tarea primordial que se le asigna socialmente, que es la responsabilidad de educar y formar a sus miembros, para que desarrollen su máximo potencial humano y se inserten al sistema social de forma sana y productiva. La manera en que un grupo familiar la realice, dependerá tanto del ambiente y contexto sociocultural donde se encuentre inmersa, como de sus características particulares: patrones de interacción y comunicación, estructura de normas y distribución de roles, entre otros

Lévy-Strauss (1987) mencionó que una familia es un modelo ideal que sirve para designar a un grupo social en particular que, a pesar de presentarse con diversas

formas y características, siempre ha servido de base para la organización de los sistemas sociales en los que se ha estudiado.

Resalta que la familia no es una entidad natural que surja de manera espontánea, sino que ella sólo es posible a partir de lo que otras familias proporcionan a los miembros de origen de la pareja; es decir que existen familias que proporcionan al hombre y la mujer, y que posibilitan la creación de un nuevo grupo familiar, lo que implica la existencia de una sociedad organizada en torno a una cultura; así, en un contexto particular, existen diversos grupos familiares dispuestos a reconocer la existencia de lazos que no sólo son de consanguinidad.

Haciendo referencia al pensamiento complejo de Morin (1993), cuando manifiesta que el todo tiene una cantidad de propiedades y cualidades que no tienen las partes cuando están separadas, podemos aplicarlo a la familia, y decir que la familia no es el resultado de la suma de las conductas de un grupo de personas que vive en un espacio, el hogar, y que para conocer sus relaciones y comportamientos no basta con estudiar la conducta de sus miembros.

En consecuencia, la familia como sistema social implica que el comportamiento de cada miembro incide en la conducta de resto de los miembros de la familia (Liccioni, 2007), y simultáneamente se dan entre ellos relaciones que influyen en las conductas de todos sus miembros formando el sistema social de la familia.

En este sentido las perennes relaciones que se dan en el núcleo familiar no son unidireccionales, cada actor influye y es influido, su conducta impacta y es impactada por el resto de los actores del grupo familiar, los niños y niñas como miembros de la familia participan de estos procesos, que se transforman en aprendizajes y que hacen que evolucione tanto como el grupo familiar.

De aquí que, como todo sistema social, las familias también evolucionan, y de hecho, no sólo cada familia es distinta a otra, sino inclusive una misma familia modifica sus prácticas con el tiempo, lo que la hace ser distinta aun manteniendo dentro de su núcleo a las mismas personas que en el grupo familiar original (2.007).

Por otra parte, no sólo los miembros de las familias son los responsables de sus cambios y evolución. Las comunidades donde viven representan un contexto que imprime cultura, valores e ideales a las familias, creando sellos de distinción compartidos entre las familias que pertenecen a cada comunidad, contribuyendo a estos cambios y evolución.

De igual forma, los acontecimientos naturales, socioeconómicos, tecnológicos, culturales y políticos que ocurren en la sociedad impactan en las familias y repercuten sobre el ciclo de vida familiar y en el de sus miembros.

### ***La familia popular venezolana***

Los estudios realizados en Venezuela sobre la familia la han identificado a través de algunos rasgos que la describen por su diversidad.

Entre los rasgos de la llamada familia popular venezolana se encuentra la heterogeneidad en la estructura que presentan las familias habitantes de los centros urbanos populares en Venezuela (Moreno 1993, 1995) y (Trigo 2005). Su naturaleza compleja se distingue en la variedad de uniones resultando familias monoparentales, familias nucleares, parejas reconstituidas, familias extendidas, parejas sin hijos, otros, y en el tipo y número de miembros que conforman los grupos familiares. De acuerdo con Mora Salas, algunos autores han atribuido este rasgo al impacto diferencial experimentado por la familia como consecuencia de los procesos de modernización que ha tenido el país desde los años 1960 (2008).

El proceso uniforme de su dinámica interna es otro elemento distintivo de la familia popular, que distingue a la madre y los hijos como miembros incondicionales del grupo y juntos caracterizan una experiencia de vida, a esto Moreno (1993, 1995) denomina matricentrismo y Hurtado (1995a, 1995b) lo llama matrilinealidad.

En suma, Hurtado plantea que la heterogeneidad de la estructura y el funcionamiento homogéneo de las familias populares varían de acuerdo con la estructuración de lo popular o la variedad de *estratos socioeconómicos* que conviven en el mismo sector popular, generalmente IV y V de acuerdo a la estratificación realizada a través del Método Graffar-Méndez Castellano (Mora Salas, L. 2008).

### ***La familia venezolana: del campo a la ciudad***

Otro aspecto importante se refiere a los cambios que la familia venezolana ha sufrido en su evolución desde la familia de Kardiner, constituida por un todo homogéneo, sujeta a una pauta patriarcal de monogamia legal, donde la lealtad entre los miembros de la familia no se basa en motivos utilitarios, el status de sus miembros es convencionalizado, el padre es la cabeza legal y la autoridad máxima y cada familia vive en una vivienda particular, hasta la familia de alto riesgo de Brofman y Casanova, donde gran porcentaje de las familias venezolanas entrarían ubicadas. Este tipo de familia no garantiza la atención de sus miembros y por lo tanto no posibilita la incorporación de sus integrantes a la vida social, de acuerdo a los requerimientos de la sociedad, el proceso de socialización pasó a ser función de la calle, el barrio y en términos comunicacionales de una industria generadora del producto-mercancía: la violencia (Bello, 2.005).

Continuando con las transformaciones que atravesó la familia venezolana en sus diferentes momentos productivos tenemos que con la mudanza de las fuentes de economía del campo a la ciudad comienzan a generarse cambios en la familia. En los primeros 30 años del siglo XX la tipología de la familia es muy similar a la tipificada

por Kardiner; la familia se concebía como un ente similar tanto a nivel rural como urbano en lo que respecta a su estructura, composición y funciones y continuó siendo la institución base para la socialización del individuo y por ende para el control y dominio de la sociedad sobre éste (Bello, 1991).

A finales de estas tres décadas se empezaron a notar cambios referentes a desintegración familiar, migración de algunos miembros de la familia a la ciudad, cambio en la identificación de la familia de acuerdo a la ocupación del jefe de la familia (familia artesana, agricultora, de letrados, ganadera) a familias según su ubicación (rural, campesina, urbana) y a la tenencia de riquezas (familias pobres, medias, ricas).

Luego el proceso de industrialización trajo modificaciones más drásticas; el tipo y condiciones de trabajo (esfuerzos físicos, mentales, horarios, turnos, guardias) comenzaron a impactar en el tiempo para la atención a las actividades familiares, el trabajo femenino y la doble jornada de la ama de casa afectó la calidad del apoyo de la mujer a las exigencias del hogar, generó crisis en el liderazgo del hogar y reducción del número de hijos, cambió también el tipo de vivienda, hubo el paso de la familia de unidad de producción a unidad de consumo, las funciones de la familia en salud y educación se transfirieron al Estado, la recreación como reflejo del modelo económico de consumo y la ciudad se transformó, se desarrolla en urbanismo y las urbanizaciones, surgiendo el barrio como manifestación de las diferencias de clase.

Un tercer proceso, el democrático, influyó en el desplazamiento de la familia como institución dominante, representado por organismos mediadores creados y consolidados en la sociedad venezolana con el fin de desplazar la función familiar de mediación; estos mediadores los utilizara el Estado para ejercer directamente sobre el actor social su dominación. Así surgen como mediadores los partidos políticos, gremios, colegios profesionales, clubes, agrupaciones religiosas, asociaciones de vecinos, empresas, comunidades educativas, medios de comunicación, sindicatos,

sociedades empresariales, asociaciones deportivas que fungen como entes de control y dominación social (Bello,1.991).

El autor plantea la formación de una nueva categoría que estaría dada por la iconologización de la familia. El retorno de la familia-institución sería la base de esta nueva definición de la familia pero ya no para atender sus demandas sino para demandar de ella la solución de problemas de seguridad, violencia, salud, educación, alimentación, etc. Lo que cumple una doble función: por una parte atribuirle a la familia la obligación de solución a las problemáticas, y por otra, servirse de ellas para encubrir la incapacidad del Estado para solucionar los graves problemas sociales.

### ***La familia amparada***

La constitución nacional establece que el Estado protegerá la familia como célula fundamental de la sociedad, protegerá el matrimonio, favorecerá la organización del patrimonio familiar, facilitando a cada familia la adquisición de su vivienda cómoda e higiénica.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 2.000) en su Artículo 75 reza textualmente:

El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia (p. 88).

Por su parte en la Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (2.007), en su artículo 3 plantea que:

la familia, la asociación natural de la sociedad y espacio fundamental para el desarrollo de sus integrantes..... el Estado

protegerá a las familias en su pluralidad, sin discriminación alguna, de los y las integrantes que la conforman con independencia de origen o tipo de relaciones familiares. En consecuencia el Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quien ejerza la responsabilidad de las familias (p.3).

Así mismo, la Ley Orgánica del Trabajo y su Reglamento (LOTTT) de año 2012, establece una serie de artículos que protegen a la mujer en sus relaciones laborales inherentes a igualdad de derechos, exámenes, salarios, beneficios relacionados con el embarazo, el parto y la lactancia, atención médica, guarderías, que redundan en beneficios para la familia.

### **La escuela en Venezuela**

La escuela representa un importante contexto de socialización. Todas las culturas poseen sistemas organizados, de mayor o menor complejidad, mediante los que los individuos adultos preparan a los jóvenes para su incorporación a la sociedad. En las sociedades industriales desarrolladas, la escuela es, por excelencia, la institución encargada de la transmisión de los conocimientos y valores de la cultura, y, por tanto, de preparar a los niños para el desempeño adecuado del rol de adulto activo en las estructuras sociales establecidas.

Cuando se habla de historia de la educación en Venezuela suele partirse de la institución hispánica, sin reseñar la pedagogía autóctona (Uslar Pietri, 1989), entendiendo por tal la transmisión de las prácticas sociales de manera informal y cotidiana del *aborigen* y *el negro* junto a su prole en la cotidianidad de sus haceres y saberes. La escuela ignora lo cotidiano y el contexto o lo que Lanz Rodríguez (2003) llamó el cimarronismo e indigenismo.

### ***Una escuela integral. La educación en la tribu.***

La enseñanza en la época pre-colonial fue generosa en prácticas culturales; algunas se expresaron en las practicas del conuco, cestería y pesca tradicionales de comunidades campesinas y acerbo tradicional negroide, en sus cantos y modos de vida, representando un complejo socio-cultural llamado resistencia (2003); a lo que también se ha referido Brito García, (1986) conceptualizándolo como resistencia contra-cultural que subsiste desde tiempos inmemoriales.

Así pues, dentro de sus espacios, antes de la intervención de los colonos, el aprendizaje de los aborígenes era de forma oral y experimental y eran los ancianos, mospiaches y caciques los que actuaban como agentes socializadores. Los medios socializadores eran los ritos, ceremonias y actividades recreativas.

Las tribus tenían maestros diestros en el arte de la magia, que eran llamados piaches, reverenciados y venerados como dioses. Entre la edad de diez y doce años se escogían a los muchachos que se entrenarían para llegar a ser piaches, era un entrenamiento muy rígido por espacio de dos unos años y al final recibían el testimonio de sus maestros, los piaches, del dominio de la ciencia (Guzmán, s.f).

De acuerdo con este autor, los mitos y las creencias constituían la totalidad de la cultura; era muy importante para la comunidad que todos sus miembros estuvieran suficientemente preparados, así los mitos se realizaban como forma institucionalizada de reproducción de la cultura. La educación surge como la necesidad de proceso de asimilación y de re elaboración de la cultura.

Las prácticas educativas diferían de una comunidad a otra. En algunos casos se llegaba a una educación integral que tenía por finalidad la sociabilización, culturización y personalización, en perfecto equilibrio con las aspiraciones individuales y colectivas y se extendían a toda la comunidad puesto que todos debían estar preparados en las normas, creencias y comportamientos.

La educación se caracterizó por ser una práctica social, integradora y permanente, que preparaba para los oficios, con formación ética y una visión cósmica del universo, con una metodología de participación directa en las actividades de la vida cotidiana con la aplicación intencional de sesiones de transmisión de conocimientos, de consejos y de mitos, contenidos de enseñanza, fines educativos, docente y discípulos; criterios de selección y de evaluación, el empleo de técnicas específicas para lograr la instrucción, especialización de los educandos por medio del acto de enseñanza.

Fue una práctica social separada de otras actividades, lo que le otorga autenticidad al proceso educativo; una formación socializadora con una orientación de una educación para la vida.

***La escuela a partir de la conquista y la colonia. Educación que reforma y deforma.***

Con la llegada de los españoles a América, se inicia un nuevo proceso de educación que empieza con la tarea de catequización a los pobladores de las tierras descubiertas, para reducirlos a la fe católica e instruirlos en los usos de la sociedad civil española. El acto educativo giró en torno al adoctrinamiento de los *primitivos* a la fe cristiana y a la difusión de los nuevos valores y patrones culturales a la población nativa (CERPE, 1979).

La característica cultural sobresaliente de este largo periodo es la identificación del Estado y la Iglesia en la tarea de catequizar a los pobladores para reproducirlos a la fe católica y de instruirlos en los usos de la sociedad civil española, creándose un nuevo estado mental y erradicando progresivamente del medio de las condiciones de barbarie y el espíritu de gentilidad que reinaban entre los primitivos pobladores (Fernández, 1.991, p. 463).

Entre las instrucciones dadas por los Reyes de España, se ordenó junto a la iglesia, “que se debe una construir en cada población” (Fernández, 1991, p. 482),

debía ser construida una casa donde se reuniera a los niños de cada población para que el capellán les enseñara a leer y a escribir las nociones fundamentales de la fe católica y la cultura del mundo racional.

El etnocentrismo cultural característico de este período se expresa en el signo de imposición de su forma de conciencia al mismo tiempo que de una forma de gestión; es así como la educación aparece como una actividad fundamental de los colonizadores, sufriendo transformaciones sustanciales con respecto al aprendizaje que se producía en las comunidades indígenas, tanto en su forma como en sus contenidos, así como por los métodos pedagógicos empleados (Guzmán, s.f).

El proceso de cambio de las instituciones del siglo XVI español (Cánchica, 1980) se da con una predominante actividad misional irrefutable, ligada esta actividad a la fundación de templos, conventos, colegios y universidades.

Dentro de estas prácticas educativas de la colonia podemos distinguir la formación de una estructura rudimentaria que comprendía tres niveles: Escuela de Primeras Letras, Preceptorado de Gramática y Latín y Estudios Universitarios, caracterizados los tres por la falta de coherencia y articulación entre ellos (Guzman, s.f).

La educación escolar formal en nuestro territorio se inicia en 1512 con dos colegios fundados por los curas franciscanos en Cumaná que llegaron a acoger 40 jóvenes (FUNDACIÓN POLAR, 1988). La primera escuela se llamó Escuela de Primeras Letras y tenía como razón la sumisión pacífica política e ideológica de los indios.

Estas escuelas se crearon para atender a los hijos de los conquistadores y descubridores, y otras opciones de instrucción con rasgos de educación popular para evangelizar y occidentalizar a la población nativa (Bravo y Uzcátegui, 2007).

La Encomienda fue una de las instituciones más importantes de la época en la educación de los indios (CERPE, 1979), tenía como objetivos:

- Apartar los indios de sus vicios.
- Instruirlos en los buenos usos y costumbres.
- Enseñarles la religión cristiana.
- Enseñarles a vivir en policía. (convivencia ciudadana).
- Obligarlos a servir a los españoles.

La educación colonial se va a distinguir como una educación de casta, discriminatoria, elitesca, según la índole de la pertenencia social, étnica y sexual de la persona, Los pardos, indios y negros, no tenían acceso a la enseñanza por ser considerados de linaje inferior. (Guzmán, s.f).

Otras de sus características resaltan: concepción teocentrista, enseñanza transmisionista y aprendizaje memorístico. Estos dos últimos elementos se mantienen hasta la escuela de nuestros días.

En 1579, comienza lo que puede considerarse el inicio de la educación para el trabajo en nuestro país al celebrarse un contrato de aprendizaje para el oficio de herrero en Mérida y se inicia bajo la modalidad de contratos de aprendizaje o el aprendizaje de oficios por contratos, la cual se podría pensarse es el origen de esta modalidad del sistema educativo (Bravo y Uzcátegui, 2007).

A finales del siglo XVII y a comienzos del siglo XVIII, surge una cierta formalidad y extensión de la educación colonial. La congregación de los Jesuitas fueron, quienes a partir del siglo XVII intentaron implementar la educación popular, es decir policlasista (Bonilla-Molina, 2004).

Si bien la escuela se extendió por la mayoría de las ciudades, eran insuficientes en las zonas rurales, en la villas y aldeas; esta situación junto al hecho

de haberse fundado con el interés de evangelización y las metas de enseñar a leer, escribir y contar proporcionadas en lengua nativa, la hacía muy distante de ser útil para emprender o proseguir los estudios, que en lengua latina, se ofrecían en los conventos, seminarios y universidades.

Esta situación hizo de la escuela una institución de poca utilidad, no muchos la necesitaban, lo que la hace ajena a la atención de las autoridades, aquejada por la falta de recursos y servida por personas improvisadas e incompetentes.

### ***La educación y la escuela en la Ilustración.***

De las ideas evangelizadoras hasta la ilustración, y sus influencias en la educación y la escuela, en esencia no se evidencian grandes diferencias en cuanto a adoctrinamiento como objetivo. La doctrina católica marcó el destino religioso hasta nuestros días, borrando rasgos de nuestro acervo religioso no solo por la incapacidad para comprender o valorar una cultura distinta, si no que estaban religiosamente predispuestos contra los líderes religiosos de estas religiones *diabólicas* o *supersticiosas* (Bravo y Uzcátegui, 2007).

La ilustración, por su parte, su actitud más característica fue la crítica a las tradiciones y a la autoridad en nombre de la razón humana y de su capacidad de explicar toda la realidad sin necesidad de recurrir a mitos, leyendas, ni supersticiones (Rubiano Albornoz, 2009).

Para 1590 la Corona prescribe insistentemente la enseñanza de la lengua castellana a los indígenas:

para que a través de su aprendizaje y olvido de las propias borren las costumbres religiosas de su gentilidad y “ansí”, dice la Real Cédula de 16 de enero de 1590, para con más facilidad y copia de ministros puedan ser adoctrinados y enseñados, como para que se les quiten las ocasiones de idolatrías y otros vicios y cosas en que se distraen por medio de su lengua (Fernández, 1991, p.482).

Los misioneros y capellanes, pertenecieron a las Órdenes religiosas de los Dominicos, Franciscanos, Jesuitas y Capuchinos, trabajaron en la evangelización durante los siglos XVI y XVIII y hasta la guerra de emancipación iniciada en 1810. Se fundan Órdenes religiosas, conventos y monasterios donde se enseñaba a leer, escribir, contar y rezar y en la secundaria, se impartían estudios de Gramática y Latín.

Dos fechas importantes para la educación en Venezuela fueron en 1696 cuando se crea el Magnífico, Real y Seminario Colegio de Nuestra Señora de Santa Rosa de Lima de la Ciudad de Santiago de León de Caracas; y posteriormente, en 1721 por Real Cédula, se decide la creación de la Real y Pontificia Universidad de Caracas, la cual gozó de la doble autorización Real y Pontificia.

Más tarde, para 1810, un balance de la educación en el territorio, arroja que la instrucción se presenta como una iniciativa privada, con predominio de características misionales y conventuales, impartida fundamentalmente a los blancos y blancos criollos, mientras que a los nativos y pardos considerados como grupos sociales inferiores, se les impartía otro rango de educación orientada a la sociabilidad básicamente (Bonilla-Molina, 2004).

La primera corriente pedagógica claramente definida en Venezuela surge de las aspiraciones de libertad protagonizadas por Don Simón Rodríguez, el Licenciado Don Miguel José Sanz y Don Andrés Bello. Se crean asideros legales en los artículos de la Constitución de 1811 en donde se plasman los ideales pedagógicos favoreciendo la instrucción y el progreso de la razón pública, lastimosamente la guerra de independencia alejó a los niños y jóvenes de las aulas.

La educación en el contexto del proyecto político independentista fue muy importante pues se sostenía que la libertad no podía conservarse en el seno de la

ignorancia. El proyecto político que pretendía sustituir el absolutismo imperante, motivo de la gesta emancipadora, estaba ligado a un proyecto educativo cargado de intenciones democráticas. Uno de los signos definitivos fue la promulgación, por Bolívar, del decreto 1821 en el cual todos los centros educativos de la república pasaban a pertenecer al Gobierno (Rubiano, 2009).

Sin embargo, en los primeros años de la República, la legislación de 1821 disponía que los maestros enseñaran dogmas de la religión y de la moral cristiana; lo que evidenciaba que la escuela primaria continuaba siendo similar a la ya existente durante la colonización, es decir, privada y religiosa. Como resultado de limitaciones económicas, para 1830 tan solo existían cien escuelas primarias municipales.

La instrucción queda clasificada la enseñanza en tres niveles: primaria, secundaria y científica (universitaria).

En 1843 se promulga el primer Código de Instrucción Pública, que contenía 14 leyes para regular toda actividad educativa; la educación pasó a ser una función del Estado, laica, garantizando los beneficios a todos los ciudadanos, que concebía a la educación como la palanca principal para alcanzar el progreso, soportada en la formación moral y espiritual, lo cual denota un marcado idealismo conceptual. De hecho, la igualdad social y política, solo estaba concebida en el papel (Bonilla-Molina, 2004).

A pesar de esto, en 1853 el retroceso de la instrucción primaria es notable, en catorce años prácticamente llegó al mismo número de alumnos atendidos de 1839. Llegaba el 1869 y aun no se había avanzado en lo concerniente a educación; el 27 de junio de 1870 Guzmán Blanco dictó el decreto de Instrucción Pública, declara a la educación popular, gratuita y obligatoria, creando fondos para fortalecer la educación. En su programa político presenta uno de los documentos más interesantes de esos tiempos en materia educacional, plantea democratizar la educación, diversificarla,

regionalizarla, formar más que informar, coordinar esfuerzos interinstitucionales, descentralizar bibliotecas, museos y jardín botánico al poder comunal (Rubiano Albornoz, 2009).

Se estableció un anticlericalismo y se impulsó la ciencia positiva, a la manera de las tesis del evolucionismo de Darwin, Spencer y otros (Saavedra, s/f). Aparece el Ministerio de Instrucción Pública para regir la educación popular (primaria) y la superior y la cátedra de pedagogía primaria de la Universidad Central de Venezuela.

Acciones como la extensión hasta el 6to grado de la escuela primaria, la creación de las escuelas Normales, escuelas Experimentales, son datos relevantes que continúan sucediendo en el desarrollo de la educación y la escuela en Venezuela.

Posteriormente, en 1894 se establecen los estatutos reglamentarios para la organización general de la educación primaria, gratuita y obligatoria, se divide la educación en grados, se crean los kindergarten o jardines de infantes, escuelas especiales para sordos, ciegos, escuela de artes y oficios, de bellas artes, politécnicos, técnicas y agropecuarias.

A la vez se fijan criterios para la obligatoriedad de la instrucción, los objetivos de las escuelas federales, para la formación y la selección de los maestros, sus deberes, los métodos de enseñanza y del régimen de evaluación.

### ***La escuela en el contexto del Siglo XX.***

En 1908 con el General Gómez al poder si se quiere existió una preocupación por el estado de la educación; la instrucción pública fue objeto de reflexión, más en términos cualitativos que cuantitativos, en la idea de corregir fallas referentes a falta de observación, evaluación y planificación en función de las deficiencias. Aparecen los *Programas Provisionales de Enseñanza Primaria para las Escuelas Federales de*

*la República* destinados a la educación primaria, elaborados por el Consejo de Instrucción del Distrito Federal denominados.

En 1935, sólo el 19,9 por ciento de la población en edad escolar estaba inscrito en la escuela. Entre el año 1935 y 1938 aumenta a 110.000 alumnos inscritos y un incremento del 54 por ciento del número de escuelas. En 1940 se presenta un proyecto de reforma de la Ley de Educación, con la finalidad de adecuar la norma a los adelantos pedagógicos registrados en Venezuela. Se aprueba la Ley Orgánica de Educación y se extiende la atención escolar a zonas fronterizas y rurales.

El gobierno de Medina Angarita en 1941 se compromete a incrementar la educación, no sólo en su extensión sino en su parte más preciosa de contenido y formación (Rubiano, 2009).

En 1948, Rómulo Gallegos, plantea la escuela unificada, la creación de dos turnos escolares para ampliar la cobertura, se aumentó el presupuesto destinado a la educación y también se destacó el Plan Nacional de Edificaciones Escolares.

Más adelante en 1955, durante el mandato de Pérez Jiménez, se inscribieron 30.000 alumnos más en las escuelas primarias. La masificación de la educación durante las décadas 60, 70, 80 y 90 alcanzan altos índices de escolarización.

Durante el mandato de Rómulo Betancourt (1959-1964), con el maestro Luis Beltrán Prieto Figueroa teórico del proceso *la educación de masas* el país se inscribe en el Proyecto Principal N° 1 de la UNESCO para América Latina que garantiza la obligatoriedad de la escuela primaria.

En el primer período de Rafael Caldera se crean los programas preescolares, se actualizaron los programas de primaria y se inició un proceso de descentralización de la educación.

Por su parte, Carlos Andrés Pérez en su primer mandato, estableció los nueve primeros grados como escuela básica, obligatoria y gratuita; se pone en marcha la revolución educativa con tres políticas fundamentales: Educación para la Democratización, Educación para la Innovación y Educación para el Desarrollo Autónomo. (M.E, 1976.). Algunas políticas sociales en beneficio de los escolares implementadas en este período fueron la creación de la beca alimentaria para los niños más necesitados en los sectores populares, el vaso de leche escolar, el morral escolar con todos los útiles y las casas hogares.

Luego, en el mandato de Luis Herrera Campins se avanza en Educación Indígena, Educación Especial, programas sociales, la aprobación de la nueva Ley Orgánica de Educación, el programa de Aprender a Pensar. Con Jaime Lusinchi (1984- 1988) vale la pena subrayar la implantación de la reforma curricular de 1986.

En el segundo período de Carlos Andrés (1988-1993), el balance de treinta años de democracia, anunciaba un 9,8 por ciento de analfabetismo en comparación con el 56 por ciento de 1958 y un aumento significativo de la matrícula.

Rafael Caldera (1994-1999), en 1996, dirige un nuevo cambio curricular en el marco de una Reforma Educativa que pretendía la participación de todos los sectores de la sociedad, partiendo de la idea de modificar el proceso educativo a partir no sólo de cambiar el sistema escolar, sino también el entorno social, se puso en marcha la Beca Alimentaria, el Bono de Cereales, Bono Lácteo, la Dotación de útiles y uniformes escolares (roperos escolares Negra Matea).

Sin embargo, el sistema educativo y la educación que se imparte a través de sus instituciones ya no se corresponde a las demandas sociales; la desaparición de las escuelas técnicas constituyó en el extravío de la pertinencia educativa, al negarle a los sectores más excluidos una oportunidad para continuar estudios y poder acceder a la educación superior.

Una orientación altamente conductista y psicologista del siglo XVIII, permanecen aún en la concepción *pedagógica* de la escuela.

El modelo curricular, pieza neural de la reforma, se proponía convertir la escuela en un ente formador, sustentada en los cuatro pilares de la educación propuestos por la UNESCO (1996): aprender a conocer, a ser, a hacer y a convivir. El modelo presentaba la transversalidad, centrado en el perfil de competencias del egresado y en las competencias por áreas y planteaba la instrumentación de todos los componentes del currículo en el Proyecto Pedagógico Plantel y en el Proyecto Pedagógico de Aula (Odreman ,1998).

### ***Hacia una escuela en el siglo XXI.***

Con la llegada del presidente Hugo Chávez al poder se redefine la educación y la escuela, vinculándolas al proyecto político que se comienza a instalar concretándose en el Proyecto Educativo Nacional (PEN), basado en los principios del Estado docente, protagonismo ciudadano, poder local, la identidad nacional, integración educación, cultura y deporte, vínculo comunidad, formación docente, supervisión y dirección del centro escolar, transdisciplinariedad, metodologías participativas y descentralización (Bonilla-Molina, 2004).

Sobre la base de refundar la nueva República, se plantea construir un nuevo modelo de sociedad, nuevos ciudadanos/as y en consecuencia nuevos republicanos/as para lo cual el Estado tiene como único instrumento a la educación, que por esencia rectora debe dirigir, orientar y supervisar. (Ministerio para el Poder de la Educación, 1997).

En concordancia con ello, se implantaron entre otros el Programa Bandera Escuelas Bolivarianas, el Programa Alimentario Escolar y el Programa Bibliotecas de Aula. Se crean diferentes categorías a desarrollar en el ámbito escolar entre las que se

destaca *la escuela, espacio de salud y vida* que orienta la prevención, protección y defensa de la salud como derecho humano desde la escuela integradora y solidaria.

La creación del [Proyecto](#) Escuelas Bolivarianas en 1.999 (Ministerio de Educación y Deporte, 2004), se constituyó como una [política](#) del Estado venezolano, con el fin de brindar una educación integral y de calidad a niños, niñas y adolescentes en los primeros niveles escolares, afrontando las deficiencias presentadas en dichos niveles.

La concepción de la nueva educación fue la búsqueda del rompimiento con las relaciones [praxis-teoría](#) sujeta a [modelos](#) extranjeros, con poca valoración de lo propio, con una visión curricular fragmentada, no integrada y conductista, con un proceso de evaluación sumativo no integrador, que no refleja los intereses ni las alternativas que permitan que se avance en función de la construcción del nuevo ciudadano.

Entre las particularidades de la escuela bolivariana se planteó el llamado *Proyecto Bolivariano* con los programas: Plan Simoncito, Escuela Bolivariana, Escuelas Técnicas Robinsonianas, Liceo Bolivariano, las Misiones y Universidad Bolivariana.

La actual Ley Orgánica de Educación (2009), presenta un sistema educativo organizado de la siguiente forma: un subsistema de educación básica conformado por los niveles de educación inicial, educación primaria y educación media; y un subsistema de educación universitaria que comprende los niveles de pregrado y postgrado universitarios.

El nivel de [educación inicial comprende las etapas de maternal](#) desde su nacimiento hasta los 3 años de edad y preescolar desde los 3 hasta los 6 años de edad, y su función principal es socializar al niño en el entorno escolar. El nivel de

educación primaria su vez comprende seis años conducentes al certificado de educación primaria. En el nivel de Educación media se presentan dos opciones: educación media general con una duración de cinco años, de 1ro a 5to año, y educación media técnica con una duración de seis, de 1ro a 6to año, ambas conducen a obtención del título correspondiente.

Esta propuesta plantea como principios de la educación, la democracia participativa y protagónica, la responsabilidad social, la igualdad, la no discriminación, formación para la independencia, valoración y defensa de la soberanía e identidad nacional, la cultura de paz, justicia social, respeto y equidad. Entre las competencias del Estado está la planificación y ejecución de políticas y programas de desarrollo socio-cognitivo integral.

Visto el anterior repaso, puede decirse que la educación y en consecuencia la escuela, contienen un innegable componente político, sociológico y pedagógico que expresa el pensamiento de la época y el estado del conocimiento como interpretación de la realidad.

### ***La escuela como contexto de socialización.***

La escuela en general constituye un contexto de desarrollo diferenciado de la familia. Ambas, familia y escuela, tienen patrones de comportamiento, reglas de interacción, métodos de comunicación y procedimientos de transmisión de la información que le son característicos. El lenguaje constituye uno de los aspectos de mayor trascendencia en la definición de ambos contextos de desarrollo.

De acuerdo con Greenfield y Lave (1.982), el niño establece relaciones que son de naturaleza distinta con su familia y su escuela, además el tipo de actividades que comparte con ellos varía sustantivamente:

Mientras la familia se encarga de transmitir el conocimiento común y emplea un lenguaje más cotidiano, en la escuela el vocabulario, la estructura del discurso y las mismas funciones que cumple el lenguaje son diferentes de los que normalmente tienen lugar en la familia. En la escuela, el lenguaje se caracteriza por una fuerte tendencia a referirse a los objetos, a los fenómenos y a sus atributos, situándolos fuera de su contexto. A esto se suma el hecho de que los temas de los que se habla son radicalmente distintos, la escuela se ocupa principalmente de la transmisión del saber organizado, producto del desarrollo cultural.

Otra diferencia que se observa entre la socialización familiar y la de la escuela es que mientras en la familia las actividades que se realizan están insertadas en la vida cotidiana, la escuela se caracteriza por la fuerte presencia de actividades descontextualizadas, específicamente diseñadas y planificadas de acuerdo con una serie de fines y objetivos educativos altamente sistematizados.

En cuanto a los contenidos de las actividades que se realizan en la familia suelen ser muy significativos para el niño y sus consecuencias prácticas son bastante inmediatas, en la escuela, en cambio, los fines últimos de las actividades se refieren a una realidad futura y los mismos aprendizajes tienen sentido a largo plazo.

Así mismo, otra importante diferencia es que el aprendizaje del niño en la familia sucede en estrecha relación con las personas que forman parte de su círculo más inmediato, normalmente en situaciones de uno a uno o de pequeño grupo; en la escuela, en cambio, por las características relacionadas con la cantidad de alumnos por salón, las oportunidades de interacción con un adulto, el profesor, son mucho más escasas, por lo que no puede asegurarse una relación de naturaleza estrecha entre el profesor y el alumno.

Por otra parte, comparado con los años anteriores de la niñez, lo que tiene que ver con el tamaño de los grupos con los que comparte, en la escuela las relaciones

entre iguales dejan de ser casi exclusivamente diádicas para pasar a ser grupales, planteando al niño mayores exigencias en lo que concierne a competencia comunicativa, coordinación de intenciones.

Por su parte, refiere Liccioni (2.007), el contexto escolar ofrece múltiples situaciones en las que es necesario tener en cuenta la relevancia de los factores cognitivos emocionales, tales como el papel del maestro, el diseño curricular, y las actividades concretas dentro del aula. La incorporación de programas que contemplen las emociones y educación emocional en la escuela las convierte en vehículos para el aprendizaje de lecciones esenciales para la vida y no simplemente una institución de enseñanza de contenidos netamente cognitivos.

Cuando el niño y la niña llegan a la escuela, refiere la autora, ya han iniciado su educación emocional. La autoestima es una de las emociones más necesarias en la niñez, ella representa la capacidad del ser humano para reconocerse y valorarse a sí misma, y la hace ver como una persona satisfecha con ella misma, con posibilidades de amar y ser amado, con respeto hacia sí mismo y capaz de tomar decisiones. La autoestima es importante para el rendimiento escolar, al igual que el rendimiento escolar influye en la autoestima.

En los programas de promoción y educación para la salud la autoestima es aliada para la adopción de medidas de autocuidado; así, un niño o una niña con alta autoestima tendrá más disposición a aplicar medidas para el mantenimiento y mejora de su salud.

Este aspecto, el de la educación de emociones, es crucial para la enseñanza de valores para la vida de los niños y niñas que repercutirán en su vida de adulto, y entre ellos el valor de la salud.

### ***La educación bancaria***

Haciendo una referencia al pensamiento de Paulo Freire sobre la educación tradicional, a la cual llama educación bancaria, el educador aparece como su agente indiscutible, como su sujeto real, cuya tarea indeclinable es *llenar* a los educandos con los contenidos de su narración, que aparecen como retazos desvinculados de la realidad donde se engendran y en cuyo contexto adquieren sentido; incentivándose procesos de memorización y repetición en el educando, que es convertido en *vasija* para ser llenada. Tanto más depósitos llene mejor será el docente y tanto más se deje *llenar* de información, mejor será el alumno (Freire, 2.002).

En esta visión *bancaria* de la educación el *saber* es una donación de los sabios a los que juzgan ignorantes. Esta donación se basa a su vez en una manifestación instrumental de la ideología de la opresión, la absolutización de la ignorancia, que forma la alienación de la ignorancia, según la cual ésta se encuentra siempre en el otro.

Para Freire la educación para la liberación niega la unilateralidad del aprendizaje entre educador y educando, despierta la creatividad y la reflexión, busca la comunión y la solidaridad, busca una relación horizontal entre profesor y alumno, pues no se puede aprender a ser democrático a través de métodos autoritarios.

El maestro, quién aliena la ignorancia, será siempre el que sabe, mientras que los alumnos serán los que no saben. El sentido de esta educación es la transferencia, transferencia de valores, de conocimientos, en ella ocurre que: el educador siempre es el que educa, es quien sabe, el sujeto que piensa, quien habla, quien disciplina, quien prescribe, quien actúa, quien escoge los contenidos programáticos, quien identifica la autoridad del saber con su autoridad funcional y finalmente es el sujeto del proceso; mientras los educandos son siempre los educados, los que no saben, los objetos pensados, los que escuchan dócilmente, los disciplinados, los que siguen prescripciones, los que tienen la ilusión de que actúan, los que se “acomodan” a los

contenidos impuestos, a los que el saber antagoniza su libertad y finalmente, los meros objetos.

Esta educación se acomoda a la razón moderna, sin embargo desde la conquista y luego en la colonia, ya se identifican estas características. Su equivalencia con el saber y la razón médica están representadas en la formación y ejercicio profesional, emergiendo como categorías en el ser y hacer profesional.

### ***Características del modelo hegemónico de la educación***

El modelo hegemónico de la escuela se apoya en la pretensión de un modelo único que busca uniformizar todos los procedimientos de todas las escuelas, para que se comporten de manera idéntica, esto corresponde con el concepto de simultaneidad sistemática, que también uniforma todos los contenidos y programas en tiempo y espacio (Narodowski, 1994). Los contenidos programáticos de las asignaturas de todos los grados están estrictamente diseñados y configurados y su cumplimiento es exigencia improrrogable para el docente.

Otra de las características es la división y separación de los espacios productivos de los recreacionales, en el salón de clases se imparte lo formal del proceso y en el patio se produce el recreo, esto implica, al menos es el deber ser y lo que se pretende, que dentro del salón la disciplina es estricta, es el área donde se *dictan* los conocimientos y debe ser respetada.

La fragmentación de los contenidos, materias y temas al igual que la fragmentación de los tiempos y jornadas escolares es otra característica de este modelo, inclusive se tiene previsto en el diseño del plan de clase la manera como

unificadamente cada maestra/o distribuye el horario y el tiempo en cada actividad diaria.

El modelo aplica los criterios de la pedagogía el arte de enseñar y educar a los niños, lo que se corresponde con los requerimientos que sostiene la modernidad que el niño debe ser educado, disciplinado, encerrado, cuidado, vigilado a través de dispositivos de disciplinamiento. Foucault (1975) compara las instituciones escolares con fábricas, cárceles y hospitales, que se construyeron para aislar a las personas, donde las órdenes, la vigilancia y la corrección están dadas por relaciones de poder que existen en esas instituciones en la figura del maestro/a en el caso de la escuela.

Así aparecen símbolos que la codifican como la disposición de los pupitres en fila, el pizarrón como símbolo de autoridad y saber, el examen como forma de control, los ritos de entrada y salidas de del salón de clase en filas y separando niñas de niños. Por otra parte, la asimetría entre docente y alumno/a, en la que la autoridad y el conocimiento están en el docente, conlleva a un proceso monológico y unidireccional de educación.

## **El espacio comunidad**

### ***Sobre el concepto de comunidad***

La comunidad es el espacio donde habita el grupo familiar; también forma parte de ese influjo de relaciones que interviene en el aprendizaje aportando sellos culturales, valores ciudadanos, prácticas sociales tanto del hacer, el conocer y el sentir de sus miembros.

Maritza Montero (2.003) define a la comunidad como:

Grupo social dinámico, histórico y estructuralmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte

intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y tiempo determinado y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines. (p. 200).

La misma autora afirma que es realmente difícil un término difícil de definir por lo “polisémico, complejo y confuso” (2003, p. 197). A este respecto comenta que sólo George Hillery encontró más de noventa y cuatro definiciones diferentes. En su estudio logra deducir que comunidad puede comprenderse como un grupo de personas que comparten tres aspectos fundamentales: un área común, por lo menos por un tiempo determinado, una interacción social y tienen lazos comunes entre sí.

Señala por su parte Sánchez (2000), “Lo que distingue una comunidad de cualquier otra agrupación social, tenga o no un territorio específico, es el sentimiento global de pertenencia, de solidaridad y de confianza, el valor del colectivo que implica la noción de sentido de comunidad” (p. 48). Este sentimiento de pertenencia es definido como aquel donde los miembros se preocupan unos por los otros y el grupo por ellos y una fe compartida de que sus necesidades serán satisfechas permaneciendo juntos (McMillan y Chasis, citados por Sanchez, L. y del Pino, M., 2008), es decir, un conjunto de atributos humanos que hacen posible la convivencia de los grupos, independientemente de su ideología, religión o estrato social. En este marco se consolidan las relaciones y se procura el bienestar del colectivo.

Existen otros aspectos que marcan el concepto de comunidad como lo relacionado al *punto de encuentro* entre las personas, la integración con el vecino, la solidaridad, el compromiso y el espacio o ámbito físico y/o psicológico de seguridad y pertenencia.

Como quiera que una comunidad esté integrada por pocas o muchas personas, los lazos que se establecen implican conductas congruentes con los valores, sentimientos y cultura compartidos por la comunidad, teniendo la particularidad que

al desarrollarse una identidad social, no desaparecen las identidades individuales que cada una de las personas de una comunidad ha desarrollado a lo largo de su vida.

Otro aspecto importante es recordar que la comunidad y lo comunitario representan un motor de cambio, pensar en términos comunitarios supone superar el individualismo, la fragmentación y las dicotomías sociales.

En el marco legal, en las Leyes venezolanas se maneja el concepto de comunidad expresado en la Ley de los Consejos Comunales (LCC, 2006), en su artículo 4, parágrafo 1, la cual expone que comunidad es un:

Conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un área geográfica determinada, que comparten una historia e intereses comunes, se conocen y relacionan entre sí, usan los mismos servicios públicos y comparten necesidades y potencialidades similares: económicas, sociales, urbanísticas y de otra naturaleza (2.006).

Se observa que el principal elemento que conforma una comunidad son las familias, en consecuencia, puede asumirse por comunidad, el conjunto de familias, y por lo tanto personas, que interactúan entre sí, habitando un espacio común, unidas por lazos afectivos de solidaridad y pertenencia, basándose en el interés del bien común.

### ***La comunidad en acción***

La participación activa de una comunidad siendo parte integral de la solución a sus problemas, es conocida como acción comunitaria, y representa un esfuerzo organizado, sistemático, voluntario y decidido, con el cual la comunidad se involucra en los procesos, se apropia de los recursos y tecnologías adecuadas a su medio, y se concientiza de su importancia, para poder garantizar la sostenibilidad de los mismos.

La Conferencia de Alma Ata (OPS, 2004) declaró la estrategia de “Atención Primaria en Salud” (APS); esta declaración incorpora elementos nuevos y de gran importancia para la participación comunitaria: las prácticas sanitarias deben ser aceptadas por la comunidad, no impuestas por gobiernos u organismos, y la comunidad debe tener plena participación en las acciones sanitarias. Esta estrategia implicó que las comunidades conscientes debían tomar acción en sus propias situaciones.

Posteriormente, en la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (OMS, 1997), se planteó aumentar la capacidad comunitaria y empoderar de los grupos e individuos para mantener su salud y combatir enfermedades. Empoderar a los individuos exige un acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio.

El desafío está en movilizar el potencial para la promoción de la salud a muchos sectores de la sociedad, las comunidades locales y dentro de ellas las familias.

***Un microespacio de la investigación: Yagua.***

El estudio se realizó en la Parroquia Yagua; en ella está ubicada la Escuela Básica “Dr. Carlos Arvelo” en ambas, parroquia y escuela, se recogió la información que nutrió la investigación.

El Municipio Guacara del Estado Carabobo está situado en el sector Este del Estado. Está dividido político-territorialmente en dos parroquias urbanas: Guacara y Ciudad Alianza, y una parroquia rural: Yagua, la cual está situada en el sector Nor-Oeste del municipio.

Al Norte limita con el Municipio Guacara por un punto del Cerro La Josefina, determinada por la coordenadas N1.141, 800 y E.619.100, en el nacimiento de Quebrada La Jabonera; al Este con el Municipio Guacara desde el nacimiento de la Quebrada La Jabonera hasta su desembocadura en el río Guacara, siguiendo aguas abajo por dicho río hasta el puente Valencia-Caracas; al Oeste, con la Parroquia Urbana San Diego del Municipio Valencia, por la fila La Josefina y Mocomaco; y al Sur, con la Parroquia Urbana Ciudad Alianza, desde la Punta Tapica siguiendo por el eje de la autopista Valencia-Caracas, hasta el Caño El Nepe.

Yagua se localiza entre las coordenadas geográficas 67° 54' 00" de longitud oeste y 10° 15' 30" de latitud norte, a 480 m.s.n.m. está ubicada en el sector central de la Parroquia Rural de Yagua al Nor-Oeste de la Ciudad de Guacara.

En cuanto al acervo cultural e histórico, esta comunidad fue fundada en el año 1945, por el Sr. Ramón Vallis y sólo la habitaban 350 personas que trabajaban la ganadería y la agricultura; posteriormente pasó a manos del Sr. Antonio Pimentel a quien se le debía pagar alquiler. En el año 1957 la vende al Instituto Agrario Nacional (IAN) y se le asigna una parcela de cinco hectáreas a cada agricultor. Es a partir de 1965 cuando se desarrolla la industria en la zona comenzando a generar otras fuentes de trabajo alternando con el trabajo agrícola.

Yagua fue un caserío del Municipio Guacara hasta el 27 de junio de 1988, cuando fue elevada a la categoría de Municipio Foráneo del Municipio Autónomo Guacara. Hoy Parroquia Rural del Municipio Guacara.

Actualmente la Parroquia Yagua tiene un terreno de 4400 hectáreas donde residen alrededor de 30.000 habitantes, más 6.000 habitantes que conforman la población flotante. Las personas en su mayoría se dedican al trabajo de las industrias adyacentes (Corpoven, Unilever, Tio Rico y Tejinac), la agricultura (especialmente la naranja y la mandarina) y otros trabajos (mecánica, cerámica, costura, carpintería, y

otros). Otras personas trabajan hacia Guacara y Valencia, aún y cuanto es una comunidad muy trabajadora, sin embargo se reportan altos índices de desempleo.

La parroquia cuenta con los servicios básicos de agua, electricidad, aseo urbano, transporte público y policía regional. En relación con los servicios de salud de la comunidad se cuenta con un CDI Yagua, varios consultorios odontológicos privados y el Ambulatorio de Guacara, Yagua donde para el momento de la solicitud de información no funciona el servicio odontológico, farmacias.

### **Enlaces en la Cotidianidad**

Dentro de estas perspectivas, es imperativo señalar que los aportes de Berger y Luckmann (2005), son claves en la construcción epistemológica de la realidad, de ahí la importancia del doble carácter de la sociedad como facticidad objetiva y, como representaciones sociales en la que el ser humano, con los elementos que le son propios a su unidad compleja, se sumerge en la intersubjetividad de la vida cotidiana donde el escenario central es la escuela con sus realidades cercanas.

Es así que el hombre no refleja lo social cual espejo de agua porque las ideas que se forma son representaciones mediante las cuales percibe o conceptualiza lo real, por lo tanto, las ideas son integraciones de lo real.

En articulación con lo planteado, los autores antes citados, parten de preguntarse cómo el mundo social llega a tener significados para las personas. De principio, esta cuestión implica un supuesto básico: la realidad se construye en la vida cotidiana. En este orden de ideas, “entre las múltiples realidades existe una que se presenta como la realidad por excelencia” esa es “la realidad de la vida cotidiana” (p.37), la cual es imposible ignorar porque se experimenta en plena vigilia, por ser la condición natural del existir y conocer.

De ahí, que el lenguaje utilizado en la vida cotidiana proporciona continuamente las objetivaciones indispensables, constituidas por un orden de objetos que han sido designados previamente como objetos, y dispone el orden dentro del cual éstas adquieren sentido y, dentro del cual la vida cotidiana tiene sentido para quienes transitan realidades múltiples en la dinámica diaria de los centros educativos de educación inicial y educación básica. De esta manera el lenguaje marca las coordenadas de la vida en la sociedad y llena esa vida de objetos significativos.

A decir de Lyotard (1987), en una sociedad donde el componente comunicacional se hace cada día más evidente, a la vez como realidad y como problema, seguro el aspecto lingüístico adquiere nueva importancia, por lo que sería superficial reducirlo a la alternativa tradicional de la palabra manipuladora de la transmisión unilateral de mensajes.

Los actos del habla no los lleva a cabo únicamente el locutor, sino también el interpelado y, además, el tercero del que se ha hablado. Las relaciones de la comunidad consigo misma y con su entorno se establecen en una triple competencia, saber-decir, saber-escuchar, saber-hacer, transmitiéndose en relatos constituyendo el lazo social.

Por tanto, la realidad de la vida cotidiana se presenta además como un mundo intersubjetivo, que se comparte con otros. Esta intersubjetividad establece una diferencia importante entre la vida cotidiana y otras realidades de las que tiene conciencia el ser humano, de ahí que la vida cotidiana sea tan real, para los otros como para mí. En realidad ninguna persona puede existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarse continuamente con los otros. También es cierto, que los otros tienen de este mundo común una perspectiva que no es idéntica a la de otro.

Un enfoque posmoderno plantea de manera magistral que aproximarse a la cotidianidad, es acercarse en los planteamientos de Hopenhayn (1995), al “campo de

lo inmediato” (p.22) y, lo inmediato está representado sin lugar a dudas por lo que es la vida de cada día y todos los días.

### **Teorías de socialización**

Toda familia socializa a los niños y a las niñas de acuerdo a su particular modo de vida, el cual está influenciado por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la cual está inserta. Los sustentos teóricos que sirvieron para fundamentar las relaciones establecidas entre los diferentes espacios familia, comunidad y escuela y la influencia sobre los niños y niñas, y de estos a los espacios en esta investigación fueron la teoría ecológica del cambio de desarrollo de Bronfenbrenner y el enfoque sociocultural de Vygotsky.

#### ***Teoría ecológica de Bronfenbrenner***

Urie Bronfenbrenner fue un psicólogo estadounidense que propuso una teoría ampliamente aceptada de la psicología evolutiva actual, la teoría ecológica sobre el desarrollo y el cambio de conducta en el individuo. Su propuesta destaca la importancia que tiene el estudio de los entornos que rodean a las personas; supone que los individuos son producto de las interacciones de una serie de sistemas que se superponen y que los afectan significativamente.

A la luz de la teoría se introduce el concepto de ambiente ecológico definido como aquel donde transcurre el desarrollo de las personas, acontece su día a día y en el cual ocurren una serie de hechos que lo afectan, dicho espacio está conformado por un conjunto de estructuras concéntricas en la que una está contenida dentro de la otra llamadas microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 1987)

Microsistema: Corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado

en el que participa. En el caso de los niños y niñas, los microsistemas primarios incluyen a la familia, el grupo de los pares, el aula de clases, el vecindario, es decir el ámbito más próximo del individuo.

*En la escuela como espacio de socialización en salud bucal* evidentemente que la escuela viene a ser el microsistema donde se desarrollaron la gran parte de los acontecimientos de la investigación; un espacio rico por demás en interacciones y relaciones interpersonales; los otros dos espacios primordiales de la investigación correspondieron a la familia y la comunidad.

Mesosistema: Se refiere a las interacciones entre dos o más microsistemas, en los que la persona en desarrollo participa; se amplían cuando la persona entra en un nuevo espacio y se puede entender como un sistema de microsistemas.

La interacciones familia-escuela-comunidad es el mesosistema, de acuerdo con la teoría, donde participan los actores de la investigación. Los intercambios constantes de experiencias, transferencias de valores, cultura, formas de conducta representan el bagaje que impregna a los participantes de sus microsistemas y los nutren.

Exosistema: Se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona si está incluida.

Macrosistema: Se refiere a los marcos culturales o ideológicos que pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otras culturas o ideologías

diferentes. Lo configuran los valores culturales y políticos de una sociedad, los modelos económicos, condiciones sociales, entre otros.

Este enfoque ayuda a comprender cómo los sistemas familia-escuela-comunidad, constituyen contextos importantes para impulsar el desarrollo de los niños y niñas bajo su influencia y dependen a su vez de los sistemas más amplios como los exo y los macrosistemas.

Los microsistemas primarios en el caso de los niños, incluyen a la familia, el grupo de los amigos, la escuela, su comunidad, es decir el ámbito más próximo en el que se relaciona; la escuela y la familia organizados de una manera particular y en un proceso de interconexión dinámico, constituyen uno de los primeros mesosistemas que se organizan alrededor de los niños y niñas.

Un exosistema para el niño y la niña podría ser el lugar de trabajo de los padres, el círculo de amigos de los padres, los cambios en las políticas educativas del estado. Un macrosistema envuelve a todos los sistemas, el maestro por ejemplo debe considerar la religión de sus alumnos, sus creencias y costumbres.

Según Bronfenbrenner (ob. cit), existe un patrón de relación donde se establece una vinculación estrecha entre dos o más personas que se hallan en un proceso de interacción permanente, que denominó díadas y que representan un concepto clave para la teoría. Las díadas son sistemas de al menos dos personas, que se estructuran básicamente en el microsistema, son necesarias para el desarrollo y ejercen una poderosa influencia en la motivación para el aprendizaje.

La díadas más frecuentes son madre/hijo(a), padre/hijo(a), maestro(a)/alumno(a), en ellas se presenta la actividad conjunta; forman un contexto crítico para el desarrollo ya que promueven en el niño o niña la adquisición de

habilidades como producto de la interacción estimulan la evolución de un concepto de interdependencia importante para su desarrollo psicológico.

Entre los integrantes de la díada se establece el apego emocional, el cual debe ser fuerte y duradero para incentivar la participación de la persona en desarrollo en actividades conjuntas cada vez más complejas, de tal manera, que se facilite su aprendizaje y desarrollo psicológico; Bronfenbrenner (ob. cit), le asigna trascendental importancia a esta forma de vinculación afectiva. Sus características esenciales son reciprocidad, establecimiento de sentimientos mutuos y cambio gradual en el equilibrio de poderes para la formación de una interacción madre/ hijo, maestro /alumno, adecuada.

De acuerdo con esto, la relación madre/hijo(a) y maestro(a)/alumno(a) es clave en el proceso de socialización en salud bucal, particularmente en el desarrollo de habilidades y la motivación para el aprendizaje de conductas tendientes al cuidado y mantenimiento de la salud.

El enfoque ecológico ayudó a comprender cómo los sistemas familia – escuela - comunidad, constituyen contextos importantes y el proceso de socialización de salud bucal en los niños y niñas. Las díadas conformadas madre/hijo(a), padre/hijo(a), maestra/alumno(a) se reconocieron en las representaciones sociales, los microsistemas familia, escuela y comunidad establecen interacciones dinámicas (mesosistemas).

### ***Teoría Socio cultural de Vygotsky***

Vygotsky se propuso, en gran parte de sus investigaciones, negar la estricta separación entre el individuo y su entorno social. En lugar de esto, el individuo y lo social se conciben como elementos mutuamente constitutivos en un sistema

interactivo único, se consideró el desarrollo cognitivo como un proceso para adquirir cultura; este enfoque se llamó socio histórica (Cole, 1984).

Para Vygotsky (1.995) el lenguaje actúa como mediador simbólico transformando al individuo; al principio cumple función comunicativa y luego, una función referida a la regulación del proceso de comportamiento; también sirve como instrumento para producir efectos sobre el entorno social.

Entre los conceptos que resaltan en su enfoque, introduce el de zona de desarrollo próximo y la describe como la diferencia entre el desarrollo actual del niño o niña determinado por la tarea de resolución de problema de forma independiente y el nivel más alto de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de problema bajo la guía de un andamiaje, sujeto, adulto por lo general, con mayor capacidad que el niño.

La adquisición de conducta culturalmente adecuadas es un proceso de interacción, donde la relación entre niños y niñas y adultos en la que éstos guían conductas es un elemento esencial del concepto adquisición/aculturación/educación (1.984). Lo interesante de este enfoque de zona de desarrollo próximo y sus implicaciones en el desarrollo y aprendizaje de conductas y hábitos en la investigación en salud bucal en la niñez es la oportunidad de ir incrementando gradualmente las responsabilidades del niño y la niña en cuanto a su propia salud, en colaboración con adultos y compañeros de su entorno.

Los niños y niñas son instados a resolver situaciones problemáticas bajo la ayuda y motivación de los adultos, en el caso de la escuela, sus maestros, quienes deben emplear estrategias que ayuden a sus alumnos a alcanzar su zona de desarrollo proximal. En el salón de clase los contenidos pueden ser presentados con técnicas de la pregunta, las asociaciones, que incentiven a los alumnos a actuar activamente en su aprendizaje.

Esto significa que el alumno/a sea provocado a ir *más allá*, que no se le limite a responder de modo pasivo o mecánico a los estímulos que actúan sobre él. Pero para esto el maestro debe proveerse de estrategias capaces de hacerlos llegar a su zona de desarrollo próximo. Un ejemplo de una herramienta sencilla que incentive a los niños y niñas ir *más allá* es presentarles una imagen de una casa y hacerle preguntas sobre ellas. Un caso típico en el que no se provoca más que el relato de sus características sería preguntarle el color, la forma, el tamaño de la casa; de hecho muchos contenidos programáticos para que el niño aprenda los colores, por ejemplo, serían de este tipo.

Al contrario, si lo que se busca, lo que queremos es que el niño o la niña alcance un nivel superior, que alcance su zona de desarrollo próximo, se aplicaría otro tipo de preguntas: ¿quien vive en esa casa? Esa casa se parece a la tuya? ¿Recuerdas haber visto una casa así? ¿Como crees que es esa casa por dentro?. Este ejercicio puede ser aplicado por los padres y maestros, en cualquier ámbito y con ejemplos del día a día, para estimular el desarrollo potencial del niño y la niña.

También refiere la teoría de Vygotsky, que un ser no puede estar exento del contexto que lo rodea; éste interviene en la formación de su aprendizaje y el individuo viene a ser el resultado del ambiente histórico social donde se desarrolla e interactúa.

Se infiere entonces, que el hombre es un ser social, en constante interacción con su medio, de ahí se observa cómo la cultura se transmite de generación en generación, ya que en la gama de interacciones culturales se encuentran los bienes intangibles, que son propios de un pueblo o comunidad determinada, y el autoconocimiento, que se transmiten por medio de las enseñanzas de los adultos mayores a los niños, niñas y jóvenes; de no ser de esta forma, se perdería la continuidad en el tiempo.

Para este autor, los estados de conciencia se generan a partir de la experiencia social (Vygotsky, 1995), la conciencia individual se construye desde afuera, mediante la interacción con los demás. En esta caso, la interacción del niño con los adultos es esencial para el progreso cognitivo del niño y la niña. Los conocimientos espontáneos adquiridos por los niños y niñas, empíricamente abundantes y desorganizados, encuentran su sistematización lógica a lo largo de su relación con los adultos.

Vygotsky (1995) enfatiza que el desarrollo no puede ser concebido como una característica del individuo independiente del contexto en el que éste piensa y actúa; por el contrario, se ve determinado por el entorno sociocultural a dos niveles: por una parte, la interacción social proporciona al niño información y herramientas útiles para desenvolverse en el mundo; por otra parte, el contexto histórico y sociocultural controla el proceso a través del cual los miembros de un grupo social acceden a unas herramientas u otras.

El enfoque de la teoría sociocultural es propicio para reflexionar el papel del adulto en los procesos de socialización de los niños y niñas, en los que es clave entender la importancia de incentivarlos a *ir más allá* para el logro de su progreso cognitivo, que si bien los procesos de maduración influyen, el proceso de aprendizaje también estimula y hace avanzar el proceso de maduración.

### ***El aprendizaje de Piaget***

En el modelo piagetiano, una de las ideas principales es el [concepto](#) de inteligencia como proceso de naturaleza biológica. El ser humano llega al mundo con una [herencia](#) biológica, que afecta a la inteligencia. Por una parte, las estructuras biológicas limitan aquello que podemos percibir, y por otra hacen posible el progreso intelectual. Las personas comparten dos funciones invariantes: organización y adaptación. La mente humana, también opera en términos de estas dos funciones no cambiantes. Sus procesos psicológicos están muy organizados en sistemas coherentes

y estos sistemas están preparados para adaptarse a los estímulos cambiantes del entorno. La [función](#) de adaptación en los sistemas psicológicos y fisiológicos opera a través de dos procesos complementarios: la asimilación y la acomodación (Piaget, 1990).

La primera se refiere al modo en que un organismo se enfrenta a un estímulo del [entorno](#) en términos de organización actual, se produce en el sentido de que el organismo debe integrar o incorporar los elementos externos dentro de las estructuras ya disponibles. Mientras que la acomodación implica una modificación de la organización [actual](#) en respuesta a las demandas del medio; la asimilación ocurre si se produce la acomodación de las estructuras previas a los nuevos elementos, a los cambios, en este caso se trata de ajustar los esquemas previos para hacerlos consistentes con las nuevas experiencias. [Mediante](#) ambas vamos reestructurando cognitivamente [nuestro](#) aprendizaje a lo largo del desarrollo (reestructuración cognitiva) e interactúan mutuamente en un proceso de equilibración, que puede considerarse cómo un proceso regulador, a un nivel más alto, que gobierna la [relación](#) entre la [asimilación](#) y la acomodación.

Para Piaget, un esquema es una estructura [mental](#) determinada que puede ser transferida y generalizada. Un esquema puede producirse en muchos niveles distintos de abstracción. Uno de los primeros esquemas es el del [objeto](#) permanente, que permite al niño responder a objetos que no están presentes sensorialmente.

Piaget (1990) plantea algunas características de los niños de acuerdo a su edad y desarrollo en los que menciona el período preoperacional entre 2 y 7 años de edad, en donde hay un desarrollo gradual del lenguaje y de la capacidad para pensar en forma simbólica y un pensamiento lógico unidireccional; entre 8 y 11 años de edad, el período de operaciones concretas, donde resuelven problemas concretos de forma lógica, entiende procesos de reversibilidad y conservación, clasifica y establece series.

La interacción social es también un factor del desarrollo cognoscitivo. Por interacción social Piaget se refiere al intercambio de ideas entre las personas, y esto, es especialmente importante en el desarrollo del conocimiento social.

Los enfoques de Bronfenbrenner, Vygotsky y Piaget aportan sustento al desarrollo de esta tesis en tanto explican la importancia del ambiente que rodea a las personas en el desarrollo de la socialización y las interacciones que se establecen entre las personas que comparten dichos contextos.

### III MOMENTO

#### LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

##### **Nuevas necesidades epistémicas.**

Parte de la herencia que le debemos al pensamiento moderno, y más al espíritu francés, es el reconocer a la ciencia y a los conocimientos científicos un valor tal que deja depreciada, disminuida a toda nuestra experiencia vivida del mundo (Merleau-Ponty, 2003).

Podríamos preguntarnos entonces ¿para qué demorar el conocimiento con nuestra percepción de las cosas, si el saber metódico del sabio, sus medidas y sus experiencias pueden hacernos salir de las ilusiones donde viven nuestros sentidos y darnos la verdad?

Para este Merleau-Ponty, el progreso del saber consistió en hacernos olvidar lo que dicen nuestros sentidos ingenuamente consultados y no tiene lugar en un cuadro del mundo verdadero, que “no son esas luces, esos colores, ese espectáculo de carne que *me* dan mis ojos; son las ondas y los corpúsculos de los que *me* habla la ciencia y que se encuentra tras esas fantasías sensibles” (p. 10).

Pero ya Aristóteles, antes de Cristo, había dicho “lo que está dado a los ojos es la intención del alma” (Martínez, 2.006, p. 42). Esta declaración implicaba que había la idea que, el interés o deseo con el que miramos las cosas hace que nuestros sentidos transformen, desvirtúen o acomoden esos objetos adaptándolos perceptivamente a su perspectiva. El interés con que examinamos algo nos llevará a ver cosas muy diferentes.

Así la percepción que había sido desechada como conocimiento impreciso y engañoso, para Aristóteles es el punto de partida necesario y obligatorio, no sólo de toda la filosofía, sino de todas las ciencias. La escolástica clásica había concluido que “lo que se recibe, se recibe de acuerdo a la forma del recipiente”, lo que epistemológicamente es: el sujeto moldea el objeto percibido según su idiosincrasia. (2.006).

En el siglo XVII, Descartes aclamó que la verdad solo era posible concebirla con la inteligencia. Expresaba que si no se recurre a los resultados de las investigaciones eruditas y se aplica únicamente el examen de las cosas sensibles, se descubre la impostura de los sentidos, por lo que se debía aprender a no confiar sino en la inteligencia. Para él, la percepción no era más que un inicio de ciencia todavía confusa y su relación con la ciencia era la de la apariencia con la realidad. Según esto, tendríamos que tener la moderación de remitirnos a la inteligencia, que es la única que nos descubrirá la verdad del mundo (Merleau-Ponty, 2003).

Por su parte, Copérnico inició lo que se convirtió en un auténtico cambio epistemológico y paradigmático cuando planteó, en relación a su observación del movimiento del sol que diariamente salía, subía, bajaba y se ocultaba, si ese movimiento estaría más bien en el observador y no en el sol (Martínez, 2.006).

Pasaron los siglos, y le corresponde a Immanuel Kant reconocer en la mente humana un participante activo y formativo de lo que ella conoce; ella construye su objeto informado por medio de formas personales o categorías como si le inyectara sus propias leyes. Creando una revolución epistemológica, el intelecto es constitutivo de su mundo (2006).

Más cerca, en el siglo XX, muchos estudiosos giraron su mirada a estos postulados; para Capra: el observador no sólo es necesario para observar las propiedades de los fenómenos atómicos, sino también para provocar la aparición de estas propiedades. Heisenberg precisa: la observación juega un papel decisivo en el evento y la realidad varía según se le observa. La realidad objetiva se ha evaporado.

En este punto, la física de la relatividad confirma que la objetividad absoluta y última es una fantasía, mostrándonos cada observación estrictamente ligada a la posición del observador, inseparable de su situación, y rechazando la idea de un observador absoluto. Esto hace justicia a todos los elementos de la experiencia humana, y en particular a nuestra percepción sensible (Merleau-Ponty, 2003).

Los seres humanos al nacer nos insertamos en una historia que no es propia ni personal; esa historia nos impregna de pensamientos, tradiciones, idiomas, que hace imposible pensar sin esa tradición. En ese mundo nos impregnamos de formas lingüísticas, símbolos, obras de arte, ritos, religiones, que constituyen el universo de símbolos con los que vivimos y experimentamos el mundo.

Nuestra mente tiende a seleccionar, en cada observación, solo aquello que posee un significado personal, el cual es fruto de nuestra formación previa, expectativas, intereses, valores, actitudes, creencias, temores que hayamos asimilado. Actúa dentro de un “marco teórico interpretativo, dentro de un lenguaje lógico” (Martínez, 2006, p. 47).

Entonces no existe ningún elemento de juicio, testimonio empírico o prueba, independiente de un marco interpretativo. En toda observación yace una realidad mental fundante o constituyente un horizonte previo que le dan sentido; estos mecanismos psicofisiológicos actúan como bloques de conocimiento que se activan por un dato, una señal con apariencia de objeto, de palabras o de nuestra memoria y

esta adscripción del dato o señal en una clase de experiencia le da el significado al integrarlo a su estructura o contexto. El observador o receptor es quien crea el contexto (Martínez, ob. Cit.).

Se vuelve aquí a lo que se ha venido presentando. Lo percibido y su significado tienden a depender de nuestro mundo anterior, nuestra experiencia; Merleau-Ponty (2.003) lo expresó en su frase, estamos condenados al significado, y ese significado es construido de acuerdo a la matriz existente de ideas sistematizadas que moldea lo que entra por nuestros sentidos.

En el pensamiento de Habermas (1.982) no hay conocimiento sin interés; el autor plantea que la razón humana esta imbricada firmemente con el interés, y define tres tipos de intereses que privan el conocimiento. Uno instrumental relacionado al conocimiento de la naturaleza, orientado al control y dominio de ella; un interés práctico de las ciencias (teórico-hermenéuticas), trata de comunicación entre los dialogantes y un interés emancipativo, que orienta a las ciencias sociales.

En tal sentido, la toma de conciencia de la influencia que ejercen nuestra actitud, tradición, posiciones teóricas en nuestras percepciones, permitió el paso de la fenomenología y su método, que nos ofrece la libertad de limitar a conveniencia esos factores internos para dejar *hablar más, revelarse más* la realidad de las cosas que queremos conocer (Martínez, 2006).

Por otra parte, en las investigaciones cualitativas es importante adoptar una actitud y postura inicial fenomenológica y prescindir de teorías constreñidoras, que imposibilitan el surgimiento de lo nuevo, lo original. Para lograr esto y poder captar mejor el verdadero sentido y el auténtico mundo de los grupos de estudio practicando la puesta entre paréntesis, *epoje*, de marcos que entorpecen la innovación, logrando una mayor fidelidad al “mundo de la vida” de los seres humanos. Piaget nos habla del

pensamiento sociocéntrico, opuesto al técnico-científico, que es elaborado para servir las necesidades, valores y los intereses del grupo.

Al respecto Moscovici (1.989), quien realza esta postura del epojé al darle rango epistemológico de ciencia a las representaciones sociales como una forma de conocimiento social específico, natural de sentido común y práctico, que se constituye a partir de nuestras experiencias, saberes, modelos de pensamiento e información, que recibimos y trasmitimos por la tradición, educación y la comunicación social. En las representaciones sociales, cobra sentido el sentido común (Martínez, 2006).

El espíritu de la orientación epistemológica está en la comprensión, que respeta la totalidad vivida; tratando de entenderla a través de la interpretación de su lengua y sus gestos, buscando el sentido que las personas dan a sus propias situaciones.

## **Las Representaciones Sociales**

### ***Su devenir histórico***

Hacia 1879, el pensador alemán Wundt en su preocupación por la especulación como única vía para resolver los problemas psicológicos, establece un laboratorio de psicología experimental dando paso al inicio de la psicología como una ciencia experimental. Esto atrajo a un numeroso grupo de estudiantes, norteamericanos en su mayoría, quienes deseaban conocer sus prácticas y métodos, sin embargo no entendieron la filosofía y sensibilidad de la escuela alemana, sino que se deslumbraron con los instrumentos aplicados en la psicología experimental, lo que favoreció la psicología positivista, conductual y experimental (Mora, 2.002)

Wundt continuó su proyecto; a la par que construía modelos de cómo estudiar los problemas que no tenían explicación en el laboratorio. Así se propuso estudiar una psicología experimental, una metafísica científica y una psicología social; haciendo la distinción entre los dos tipos de psicologías: la psicología fisiológica y experimental y la social o etnopsicología.

La primera de ellas aplicaba como metodología la experiencia de la persona que brindaba el reporte introspectivo, siendo necesario para la segunda acudir a formas que dieran cuenta de fenómenos más complejos, para lo cual utilizó metodologías la interpretación de los procesos cognitivos superiores en el hombre: la interpretación de los productos de la experiencia colectiva.

Wundt llega a concluir que los mecanismos de comunicación de los gestos eran la base para la vida social, y realza la importancia del lenguaje como medio para la operación de la actividad cognoscitiva superior; sus aportes alentaron dos vertientes: la tradición de Mead con el interaccionismo simbólico y a través de Durkheim, las investigaciones sobre las representaciones sociales por parte de Moscovici.

Al Interaccionismo simbólico de George Hebert Mead, de la escuela de Chicago, lo distinguen dos rasgos. Uno es que para ellos lo social es algo que se construye y no sólo un calificativo de una conducta o de un estímulo; el otro rasgo es que su postura metodológica se fundamenta más en la observación que en la experimentación. Blumer (citado por Banchs, 2001), plantea que es imposible predecir la conducta, debido a que ésta se construye en el proceso de negociación de significados que se produce en cada encuentro o interacción cara a cara.

La manera como interactuamos no es producto de procesos cognitivos mediadores que determinan nuestro comportamiento (percepciones, actitudes,

valores), sino de los procesos de interpretación y resignificación conjunta que se dan en toda interacción. El significado de los objetos sociales no es inherente a la cosa misma, sino producto de señalamientos que actores sociales se hacen unos a otros en el momento de interactuar, de allí que Blumer proponga sistematizar las ideas de Mead y englobarlas bajo el rótulo de Interaccionismo Simbólico (2.001).

Para el Interaccionismo Simbólico es necesario *sumergirse en el mundo empírico bajo estudio* con el objeto de definir cuál es el problema a estudiar y cuáles sus contornos. Mead aborda la comunicación como catalizadora de la relación del hombre con su colectividad y con la cultura como producto. Toma como unidad de análisis lo que denomina el acto social, el símbolo y su significado son propiedad de la situación interactiva, no están fuera.

Otra gran influencia en las representaciones sociales fueron las investigaciones del sociólogo Émile Durkheim (1.975), uno de los fundadores de la sociología científica, y considerado el pionero de la noción de representación. Este autor puso en circulación el concepto de representaciones colectivas para designar de esta forma el fenómeno social a partir del cual se construyen las diversas representaciones individuales.

Este sociólogo francés estableció diferencias entre las representaciones individuales y las colectivas, sustentado en que lo colectivo no podía ser reducido a lo individual. En su reflexión planteó que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva, que puede ser visualizada en los mitos, religión, tradiciones y otros productos culturales colectivos, y es esa conciencia colectiva la que mantiene la unidad de la sociedad (Mora, 2.002).

En esta visión de Durkheim de las representaciones se imponen a las personas con una fuerza constrictiva, que para él parecen poseer ante sus ojos, la misma

objetividad que las cosas naturales, y concluye por lo tanto, que los hechos sociales, por ejemplo, la religión, se consideran independientes y externos a las personas, quienes, en esta concepción, son un reflejo pasivo de la sociedad. Esto constituye uno de los principales desacuerdos fundamentales con Serge Moscovici, para quien, muy por el contrario, la sociedad no es algo que se le impone desde afuera al individuo; para él los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa que impacta sobre los individuos, sino que la sociedad, los individuos y las representaciones son construcciones.

Otra diferencia que marca distancia entre las representaciones colectivas y las sociales está dada en la noción de Durkheim que implican una reproducción de la idea social. Mientras que en la teoría de las representaciones sociales, son concebidas como una producción y una elaboración de carácter social sin que sea impuesta externamente a las conciencias individuales

Por su parte, la corriente francesa de las representaciones sociales, es una psicología social teórica que se impulsa con la publicación, en 1961, de “El psicoanálisis, su imagen y su público” de Serge Moscovici, donde se encuentran los fundamentos esenciales de la teoría de las representaciones sociales, la cual, comparte con los interaccionistas su interés por el estudio del significado y de la construcción de signos y símbolos del lenguaje a través de la interacción (2.001). El énfasis en el estudio de las representaciones sociales es más cercano al de una sociología del conocimiento y puede definirse como una epistemología del sentido común.

Cuando se estudian las representaciones sociales interesa conocer el estilo global o sistema lógico del pensamiento social, sus contenidos y su relación con la construcción mental de la realidad; construcción realizada en y a través de la

interacción cara a cara con los miembros de aquellos grupos que nos proveen de una identidad social y le dan un sentido a nuestro mundo de vida.

Moscovici señala como constituyentes principales del pensamiento social: lo imaginario, lo simbólico, lo ilusorio; estos elementos conforman nuestra realidad social.

### ***Construcción de la realidad social.***

Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto.

Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común.

El sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar; es conocimiento social porque está *socialmente elaborado*. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan (Reid, 1.998).

El estudio de las representaciones sociales permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero además, nos aproxima a la

*visión de mundo* que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.

De lo anterior se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una representación social alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues ello constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social. (Banchs, 1991).

Para Berger y Luckmann (2.005), la construcción social de la realidad hace referencia a la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, es decir, las personas perciben la realidad como independiente de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone.

El mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad. El sentido común que lo constituye se presenta como la realidad por excelencia, logrando de esta manera imponerse sobre la conciencia de las personas pues se les presenta como una realidad ordenada, objetivada y ontogenizada.

Las R S, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva. (Araya, 2.002).

## ***Conceptos de representación social***

Aun a pesar que las representaciones sociales se consideran fáciles de captar, su definición no comporta la misma facilidad debido a la complejidad de los fenómenos que da cuenta.

Moscovici (1979) define las representaciones sociales como:

*(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (pp. 17-18).*

En otras palabras, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social originado en el intercambio de comunicaciones del grupo social (Mora, 2.002).

De acuerdo con Jodelet (1984), las representaciones sociales son:

*una forma de conocimiento específica, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente marcados. En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico, orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (p. 473).*

El acto de representación es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto, en el sentido de que *representar es sustituir a, estar*

*en lugar de*. La representación es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, ideas, otros (Jodelet, 1.984).

En la noción de la autora, resaltan la concepción de sistemas de pensamiento que nos relacionan con el mundo y con los demás, los procesos que permiten interpretar y reconstruir significativamente la realidad, los fenómenos cognitivos que aportan direcciones afectivas, normativas y prácticas y organizan la comunicación social, y finalmente, dotan a los sujetos de la particularidad simbólica que le es propia en los grupos sociales.

El abordaje de las representaciones sociales posibilita, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994).

Las representaciones sociales son programas de percepción, construcciones con estatus de teoría que sirven de guía de acción y marco de lectura de la realidad; una manera específica de entender y comunicar la realidad. Son sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales. Ellas expresan las relaciones que las personas mantienen con el mundo y con los otros, las relaciones que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público.

Según Moscovici, equivalen a sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan medios para orientación y dominio en el contexto social y material (Moscovici, 1989).

Al estudiar las representaciones sociales nos proponemos conocer por un lado, lo que piensa la gente y cómo llega a pensar así, y por otro lado, la manera en que los

individuos conjuntamente construyen su realidad y, al hacerlo, se construyen a sí mismos. El lenguaje juega un papel de fundamental importancia en la transmisión, comunicación y permanente reconstrucción de símbolos y significados.

De acuerdo con Banchs (1990), la representación social es una modalidad de pensamiento práctico que sintetiza la subjetividad social. Está orientada hacia la comunicación, la comprensión y el dominio de su entorno social; son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos.

Esta investigadora remarca el doble carácter de las representaciones sociales, como contenido y de proceso; en tanto que es una manera particular de conocimiento y también una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento. Muestra las representaciones sociales como una forma del sentido común que caracteriza a las sociedades modernas bombardeadas de manera constante por la información que divulgan los medios de comunicación (Mora, 2.002).

Las representaciones se manifiestan en el lenguaje y en las prácticas, en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar el mundo de la vida. En este sentido, se puede entender que las representaciones sociales hacen posible abordar las concepciones y prácticas que orientan los comportamientos de los niños y niñas frente a la salud. Son modos de construcción social de la realidad que atienden al carácter de modelos explicativos, comprensivos e interpretativos de los fenómenos de la vida real por parte del sujeto común (Moscovici, 1989).

### ***Procesos de las Representaciones Sociales***

Las representaciones sociales se construyen sobre dos procesos: la objetivación y el anclaje. Tan solo la representación objetivada, naturalizada y anclada es la que permite explicar y orientar nuestros comportamientos.

•**Objetivación** puede definirse como aquel proceso a través del cual llevamos conceptos que aparecen de manera abstracta a imágenes concretas que nos permiten comprender mejor lo que se quiere decir. Consiste en transferir algo que está en la mente en algo que existe en el mundo físico. Es definida como la constitución formal de un conocimiento y contempla tres pasos: la construcción selectiva, la esquematización y la naturalización (Jodelet, 1991).

*La construcción selectiva* consiste en la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. En este proceso los grupos sociales y los sujetos que los integran se apropian, de una manera muy particular y específica, de las informaciones y los saberes sobre un objeto. Aquí ocurre la retención de algunos elementos de la información y el rechazo de aquellos que no resulten significativos.

Los elementos retenidos se someten a una transformación con el objetivo de que puedan encajar en las estructuras de pensamiento que ya están constituidas en el sujeto, es decir, estos nuevos elementos van a adaptarse a las estructuras formadas anteriormente. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realizan en función de criterios culturales y normativos, donde se retiene solo lo que se considera acorde con el sistema de valores.

Una vez seleccionada la información y convenientemente adaptada a través del proceso de apropiación, se organiza internamente para conformar una imagen del

objeto representado de manera coherente y de fácil expresión. Esto da lugar a la formación del núcleo central.

*La esquematización* tiene que ver con la tendencia de la representación social a condensar o a abreviar, con la intención de comparar, de inventariar y de ordenar las imágenes. La esquematización va a organizar los contenidos de la representación social, los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico, coherente que permite comprenderlos en forma individual y en sus relaciones, aquí el lenguaje se utiliza para mostrar objetos a otras personas.

*La naturalización* por su parte, es un proceso donde el núcleo central adquiere un status ontológico que lo sitúa como un componente más de la realidad objetiva (Ibañez, 1988); consiste en darle a los elementos del esquema una realidad concreta, material, observable y comprendida por todos. Es dotar de realidad un esquema conceptual, los conceptos se ontogenizan y toman vida automáticamente. Es decir “tratando al concepto como si fuese un ser, atribuyéndole preferencias y acciones, valores y tendencias” (Montero, 2.003, p. 258).

•**Anclaje:** se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto; implica la integración cognitiva del objeto representado desde el mismo sistema de pensamiento. Ese sentido nos informa sobre las raíces del pensamiento social. El anclaje interviene al comienzo y al final de la formación de la representación. Al inicio la construcción opera refiriéndose a lo que es familiar, a eso que es conocido por los grupos sociales. En consecuencia, ese sentido ya conocido expresa la identidad de esos grupos. Al final, confiere a los contenidos un sentido funcional con el fin de interpretarlos y permitir la acción de los grupos. Su noción nos permite entender el proceso gracias al cual la representación social interviene en la constitución de las relaciones sociales.

El proceso de anclaje de las representaciones sociales habla de la familiarización de lo extraño, envuelve mecanismos de clasificación, categorización, etiquetamiento, denominación y explicación que hacen de lo extraño algo familiar, asemejándolo a lo conocido. Estos procesos llevan a anclar el nuevo conocimiento al conocimiento ya habido objetificado (Montero, 2003). Implica la integración al pensamiento de una nueva información sobre un objeto, la cual aparece con un significado específico ante nuestros esquemas antiguos y a la que se le atribuye una funcionalidad y un papel regulador en la interacción grupal.

### ***Dimensiones de las Representaciones Sociales***

En la concepción de Moscovici (1.979) se plantean tres dimensiones para ser analizadas las representaciones sociales con fines didácticos y empíricos, la información, el campo de representación y las actitudes:

- La información**, que se relaciona con lo que *yo sé*, lo que se sabe, es un cuerpo o volumen de conocimientos organizados que un determinado grupo posee respecto de un objeto, hecho o fenómeno social, se refiere también a su cantidad y calidad de la información, que es susceptible de variar desde las más estereotipada, hasta la más original. Esta dimensión lleva a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas. En esta tesis, la información que poseen los niños y niñas sobre la salud bucal se pudo detectar en expresiones como *los dulces pican los dientes, la caries es la destrucción de los dientes*.

- El campo de representación**, expresa la organización y jerarquización del contenido de la representación, variando de grupo a grupo e inclusive dentro del mismo grupo, permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades

cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas; se organiza en torno al esquema figurativo o núcleo figurativo que es construido en el proceso de objetivación; remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado sobre un aspecto preciso de las representaciones, se relaciona con lo que *veo*. Este esquema o núcleo no sólo constituye la parte más sólida y más estable de la representación, sino que ejerce una función organizadora para el conjunto de la representación pues es él quien confiere su peso y su significado a todos los demás elementos que están presentes en el campo de la representación.

En el estudio de las representaciones sociales de la salud bucal en los niños y niñas, el campo de la representación se apreció mediante sus referencias a las imágenes formadas por ellos sobre la salud: *caries son unos animalitos, el dr. muelita, unos gusanitos chiquiticos que no se pueden ver pero que se comen los dientes.*

La teoría del esquema figurativo tiene importantes implicaciones para el cambio social. En efecto, las actuaciones tendientes a modificar una representación social no tendrán éxito si no se dirigen prioritariamente a la modificación del esquema puesto que de él depende el significado global de la representación.

•**La actitud** es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de representación social; es el elemento más fáctico, aparente y conductual de la representación, expresa la orientación general, el aspecto más afectivo de la representación por ser la reacción emocional respecto al objeto o hecho social. Las actitudes reflejan la influencia que ejerce sobre las personas la ideología social. Las actitudes son lo que *siento*; estos elementos se

tomarán como guía para el análisis de la información. La actitud hacia la salud bucal se aprecia en sus frases como: *me gusta cepillarme los dientes*.

Es importante destacar, que conocer las representaciones sociales 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) frente al objeto u hecho de representación. Estas tres dimensiones forman un conjunto que tan sólo puede separarse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual.

Al indagar las representaciones sociales que tienen los niños y niñas sobre salud bucal, algunas respuestas referentes a la información que poseen, fueron: *los dulces dañan los dientes, la caries es la destrucción de los dientes*; con esta información se pueden diseñar contenidos temáticos para el aprendizaje en los programas de salud bucal; con relación al campo de representación, se pudo reconocer la imagen del estereotipo del odontólogo, en correspondencia con el modelo social del *doctor que cura los dientes*, y que se constituye con la imagen social de este profesional, que tiene funciones de *curar, tapar, sacar muelas*, la figura de un doctor dentro de su clínica que recurre a tratamientos exclusivamente curativos para devolver la salud a los dientes; la dimensión actitud se evidenció en frases como *me gusta cepillarme los dientes*, considerado este acercamiento a las técnicas de higiene bucal como un hallazgo positivo que ayuda a mejorar las condiciones de salud a través de programas de educación y promoción.

Muy importante también es entender que el campo de representación viene a ser la dimensión más interesante y más original y quizás la más difícil de captar; de manera que se debe tener claridad, dado que las tres dimensiones refieren al análisis de contenido de los discursos, que el campo de una representación es una dimensión que debe analizarse en función de la totalidad del discurso y no sólo en un párrafo o

en una frase. Así, puede ser que la representación social de un objeto carezca de campo, debido a que el discurso de la persona se expresa a través de elementos dispersos que carecen de organización y en los cuales se observa que la representación no está aún estructurada (Banchs,1986).

### ***Condiciones de emergencia de las representaciones sociales***

De acuerdo con Moscovici (1.979), existen tres condiciones necesarias para que emerjan las representaciones sociales:

- **Dispersión de la información.** Nunca se posee toda la información necesaria o existente acerca de un objeto social que resulte relevante. En este sentido, los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso son, generalmente a la vez, insuficientes y superabundantes.

- **Focalización.** Una persona o una colectividad se focalizan porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. La focalización es señalada en términos de atractivo social de acuerdo con los intereses particulares que se mueven dentro de la persona inscrita en los grupos de pertenencia.

- **Presión a la inferencia.** Socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público. Esto significa que la vida cotidiana, las circunstancias y las relaciones sociales exigen del individuo o del grupo social que sean capaces, en todo momento, de estar en situación de responder.

***Estudio de las representaciones sociales. ¿Cómo estudiar las representaciones sociales?***

Rastrear las representaciones sociales requiere de un especial cuidado al momento de seleccionar la metodología a emplear para su identificación. Esta tarea está en estrecha vinculación con los supuestos epistemológicos y ontológicos trazados por la investigación. Pereira de Sá (1.998), precisa las tres líneas que se han surgido para ello:

CUADRO 2: LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

<b>ESCUELA</b>	<b>ENFOQUE</b>	<b>ALCANCES</b>	<b>ÉNFASIS</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>TÉCNICAS</b>
<b>Clásica Jodelet</b>	Procesual	Análisis de lo social, cultura, interacciones sociales	Aspecto constituyente del pensamiento: los procesos	Cualitativa	Entrevista a profundidad, análisis del discurso
<b>Aix-en-Provence Abric</b>	Estructural	Funcionamiento o cognitivo y del aparato psíquico	Aspecto constituido del pensamiento: los productos	Cuantitativo Técnicas Experimentales	Análisis estadísticos multivariados
<b>Ginebra Willen Doise</b>	Sociológica		Condiciones de producción y circulación RS		

Las dos primeras escuelas o líneas de investigación evidencian los dos enfoques en que han sido abordadas las representaciones sociales, el procesual y el estructural.

De acuerdo con la revisión bibliográfica, la distinción de las representaciones sociales como proceso (procesuales) y como producto (estructurales), Jodelet (1.991) y Moscovici (1.979), plantean que debe tenerse en cuenta por un lado el funcionamiento cognitivo y del aparato psíquico y por el otro el funcionamiento del sistema social, de los grupos y de las interacciones en la medida en que ellas afectan la génesis, estructura y evolución de las representaciones. Esto significa que ambos, procesos cognitivos o mentales y procesos de interacción de carácter social, intervienen en la conformación de las representaciones sociales. (Banchs, 2.000),

En el caso de los procesos cognitivos se focalizan los mecanismos psíquicos de construcción de representaciones centrados en aspectos cognitivos; mientras que en los procesos sociales de construcción de representaciones, se remiten a una dinámica, una evolución. Spink (1.994), comenta que para evitar las falsas dicotomías entre lo cognitivo y lo procesual, debe tenerse presente que el contenido, por ejemplo, puede enfocarse sobre lo permanente o lo diverso y el proceso puede restringirse a la funcionalidad de las representaciones sociales en la creación y mantenimiento de las prácticas sociales.

La propia Banchs, destaca:

Aunque es deseable el estudio simultáneo de contenidos y procesos representacionales, son muy pocos los casos en que se logra un enfoque que los integre a ambos.

-Aunque en las formulaciones teóricas al hablar de procesos se toma en cuenta la doble vertiente social e individual, proceso de construcción social y mental; muy pocos estudios se centran en los procesos de construcción social.

-Cuando se enfocan los contenidos de las representaciones, se lo hace contrastando contenidos y procesos en términos de que los primeros son productos, vale decir, constituidos, estables y

los segundos son dinámicos, vale decir constituyentes, cambiantes (Banchs, 2.000, p 3.4)

En todo caso, cuando hablamos de procesual y estructural se hace referencia a los modos de apropiación de la teoría, ambos abordajes son abstracciones y tal vez no se logren en forma pura.

### ***El enfoque procesual o polo procesual de las representaciones sociales***

Este polo va más allá del interaccionismo simbólico hacia una postura socioconstruccionista, originada a partir de los postulados interaccionistas, influenciada por Foucault sobre todo en términos de análisis del discurso.

Mary Jane Spink (1.994), en su definición del objeto de estudio de las representaciones sociales da cuenta del carácter procesual del enfoque: “es actividad de reinterpretación continua que emerge del proceso de elaboración de las representaciones en el espacio de interacción que lo constituye, en nuestro modo de ver, el real objeto de estudio de las representaciones sociales, en la perspectiva psicosocial”. (p. 121)

### ***Presupuestos epistemológicos y ontológicos del enfoque procesual***

- utiliza el abordaje hermenéutico para el conocimiento de las representaciones sociales, en el que el ser humano es visualizado como un productor de sentidos.
- su foco: análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, contruidos por los seres humanos en el mundo en que viven.
- utiliza métodos de recolección y análisis cualitativo de los datos y la triangulación combinando múltiples técnicas, teorías e investigaciones para garantizar una mayor profundización y ampliación del objeto de estudio, como formas de acceso al conocimiento:

- La naturaleza del objeto de estudio que se intenta aprehender por esta vía, alude a un conocimiento del sentido común versátil, diverso y *caleidoscópico*.

Este enfoque se distingue por ser una aproximación cualitativa, hermenéutica, centrada en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa; por tener un uso más frecuente de referentes teóricos procedentes de la filosofía, lingüística y la sociología; por un interés focalizado sobre el objeto de estudio en sus vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas y por una definición del objeto como instituyente más que instituido (Araya, 2.002).

La tesis *la escuela como espacio de socialización en salud bucal* se realizó dentro de este enfoque procesual, dando cuenta de las representaciones sociales de los niños y niñas sobre la salud bucal, como en un proceso en construcción, mediante una aproximación cualitativa al objeto de representación más como constituyente que constituido y con un abordaje hermenéutico.

### **Las representaciones sociales y la salud bucal**

Como hemos mencionado, abordar estudios de representaciones sociales permite conocer lo que piensa la gente, cómo llega a pensar de esa forma y cómo construye su realidad, en relación con algún hecho o fenómeno de interés social, donde el lenguaje, símbolos y significados cobran importancia; el estudio del concepto salud desde el punto de vista de gente común, se considera un nuevo valor en la civilización occidental, lo que llaman *la nueva conciencia de salud*, la cual determina en gran medida estilos de vida y otras conductas en salud (Pierret, 1.993).

Entender los saberes del sentido común que orientan la acción y la comunicación de los niños y niñas con respecto a su salud bucal y a las actividades de educación para la salud y la prevención de enfermedades bucales constituyó el norte

de esta investigación. A través de las dimensiones de las representaciones sociales se logró conocer mediante el *yo sé*, qué información tienen los niños y niñas sobre el objeto salud bucal, la cantidad y calidad de ese conocimiento; la dimensión actitud, nos permitió captar el que *siento*, lo que sienten con respecto a la salud bucal, que hacen y cómo actúan frente a ella; y el campo de representación, lo que ven, lo que imaginan es la salud bucal, las ideas sobre ese proceso, nos ayudó a entender las propiedades cualitativas e imaginativas, el *veo*, dando cuenta de los conocimientos, de cómo entienden la realidad de la salud bucal.

### **La socialización**

La socialización es un proceso del individuo y un proceso de la sociedad por lo que el fenómeno es estudiado tanto desde la sociología como desde la psicología. Para Rocher:

es el proceso por el cual los seres humanos aprenden e interiorizan, durante su vida, los elementos socioculturales de su ambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en el que debe vivir. (1996,133).

El hombre es un ser social, y en virtud de actividades socializadoras se consigue la relación con los demás. Sin embargo, el individuo no nace miembro de una sociedad, nace con una predisposición hacia la socialidad. Las habilidades sociales son el resultado de predisposiciones genéticas y de las respuestas a las estimulaciones ambientales. La socialización entonces es aprendizaje.

La socialización es un proceso inacabable, que se inicia en la 1ª infancia y dura toda la vida. Para el estudio de la escuela como espacio de socialización en salud bucal se recurrió, como teoría explicativa de las relaciones y los procesos de

socialización de la niñez, a tres espacios considerados como los más próximos agentes de socialización, representados por: la familia, la escuela y la comunidad.

## **IV MOMENTO**

### **ITINERARIO METODOLÓGICO**

La investigación se enmarcó dentro de la égida de la matriz epistémica fenomenológica y el paradigma interpretativo. Su orientación fue hacia la descripción, búsqueda de significado, interpretación, comprensión y logro de sentido, por lo cual posee un corte eminentemente cualitativo.

Según Rodríguez y Valdeorola (2007) la investigación cualitativa es una actividad que localiza al observador en el mundo. Consiste en un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible. Estas prácticas transforman el mundo, lo convierten en una serie de representaciones, que incluyen las notas de campo, las entrevistas, conversaciones, fotografías, registros y memorias.

En este nivel, la investigación cualitativa implica una aproximación interpretativa y naturalista del mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su contexto natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas le dan.

#### **Recorrido metodológico**

Dada la naturaleza de la investigación, se aplicaron los principios del método fenomenológico-hermenéutico. El concepto de la fenomenología hermenéutica

propuesto por Heidegger (1988) supone un cambio de paradigma dentro de la fenomenología: del paradigma de la conciencia asentado en la *percepción* se pasa al paradigma de la hermenéutica asentado en la *comprensión*. De manera que se

sustituye la *conciencia trascendental* de la fenomenología según Husserl, por *vida en su factualidad*, lo que implica un descenso al mundo de la existencia. Por tanto, la relación inmediata con el mundo de cosas, objetos útiles, que en cada caso se pueden comprender o no comprender. Esto explica cómo la fenomenología hermenéutica se caracteriza porque no ha de partir de la *intuición* sino del *entender*.

La presente Tesis doctoral trató de comprender a la escuela como un espacio de socialización en salud bucal. Se delineó como una investigación fenomenológica hermenéutica que se nutrió de las percepciones y vivencias sobre la salud bucal en la niñez y la escuela como espacio de socialización a fin de alcanzar su comprensión. De igual manera, esta investigación ajustó a los postulados de la Fenomenología de la Percepción, propuestos por Merleau-Ponty (1999), en cuanto se procuró describir dichas vivencias.

### **La Fenomenología según Heidegger**

Desde las primeras páginas de *Ser y Tiempo*, la pregunta olvidada es la pregunta por el sentido del ser. Para Heidegger el sentido metódico de la descripción fenomenológica es una interpretación. Ésta no es más que ponerse en el acto de la comprensión. ¿Y en qué consiste la comprensión? De ella se afirma que tiene siempre la estructura del comprender algo en cuanto algo. Al respecto, sostiene Heidegger que lo que la circunspección explicita en su para qué, y precisamente en cuanto tal, lo explícitamente comprendido tiene la estructura de algo en cuanto algo. La interpretación no es el tomar conocimiento de lo comprendido, sino el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender. Siguiendo la marcha de estos análisis preparatorios del Dasein cotidiano, estudiamos el fenómeno de la interpretación sobre la base del comprender del mundo, es decir, del comprender impropio, pero en el modo de su genuinidad (Heidegger, 2003). Dicho de otro modo se comprende una

cosa en cuanto cosa, un útil en cuanto útil, un vegetal en cuanto vegetal, del cual implica siempre la presencia de un parámetro previo del que ya se dispone.

Comprender es proyectar ese conocimiento previo y comprobar que el objeto por conocer se ajusta a la forma mental de la expectativa. Cuando el objeto no se ajusta al molde mental, entonces, lo que se impone es escoger otro molde que haga posible la corrección, o sea, la recta comprensión del objeto. Se podría decir que la tarea de la comprensión es siempre hermenéutica en el sentido en que presupone en todos los casos un *Vorhabe*, un conocer previo, un patrón adquirido con anticipación al acto de conocimiento de que se trata. Es este *Vorhabe*, que permite conocer A en tanto A.

La fenomenología interpretativa o hermenéutica de Martín Heidegger fue propuesta como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser (entes) o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista. El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y cómo el mundo es inteligible para los seres humanos. La fenomenología mira las cosas por sí mismas. Un fenómeno para Heidegger es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo. Una entidad puede manifestarse por sí misma de diferentes maneras dependiendo del acceso que se tenga a ésta.

Nuestra propia existencia encarna una determinada representación e interpretación del mundo. El ser es lenguaje y tiempo, y nuestro contacto con las cosas está siempre mediado por prejuicios y expectativas como consecuencia del uso del lenguaje. Cualquier respuesta a una pregunta acerca de la realidad se halla manipulada de antemano, ya que siempre existe una precomprensión acerca de todo lo que se piensa. El Dasein es mío en cada caso, a su vez, en uno u otro modo de ser. Se ha decidido ya siempre de alguna manera en qué modo es el 'ser-ahí' mío en cada caso.

Para Heidegger no se puede adoptar ninguna actitud, ni siquiera la pura reflexión teórica, que no implique un determinado modo de situarse al que corresponde un modo correlativo de aparecer. No existe la pura autotransparencia de la mirada teórica, un puro reflejo neutro de lo que es. La mirada fenomenológica tiene una estructura intencional determinada por la propia vida fáctica, en la que se asienta toda forma de mirar. La situación hermenéutica se define por un lugar desde donde se mira, una dirección hacia la que se mira y un horizonte hasta donde llega la mirada y dentro del que se mueve lo que ella aspira a ver.

Como ya se dijo el concepto heideggeriano de fenomenología se basa en una peculiar interpretación de los conceptos de fenómeno y de logos. Por fenómeno, *Phänomen*, entiende algo que no es una mera manifestación *Erscheinung* en el sentido de *algo que se anuncia sin mostrarse*, sino más bien la patencia o revelación de lo que la cosa es en sí misma. Tampoco es apariencia *Schein*, es decir, algo que se muestra como lo que no es. Pero tanto la manifestación como la apariencia se fundan, de diferente manera, en el fenómeno. Por su parte, el logos es entendido como el hacer ver aquello de lo que se habla, el descubrimiento de lo que estaba encubierto. Por lo tanto, la fenomenología es el método que consiste en hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra, y hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo.

Las cosas no tienen un significado en sí mismas, pues significan algo distinto para alguien que se proyecta como artesano, como deportista, como científico, entre otros. Cada una de estas proyecciones determina en vista de qué hacemos uso de las cosas. Heidegger llama interpretación a un desarrollo ulterior de la comprensión, la que se apropia de lo comprendido, haciéndolo expreso o explícito. Una forma elemental de interpretación que se da en la vida cotidiana es designada por Heidegger *ver en torno* o circunspección, *Umsicht*, que ocurre, por ejemplo, cuando se interrumpe el curso normal de la actividad práctica. Un martillo no funciona bien, lo que provoca *un preguntarse* por el *en cuanto qué o cómo* del martillo o de la

actividad que trato de realizar con él. Esta pregunta puede llegar a derivar en caso extremo hasta la teoría pura sobre la esencia de los instrumentos en general.

Según Heidegger la hermenéutica no significa el arte de la interpretación, ni la interpretación misma, sino la tentativa de determinar lo que es la interpretación a partir de lo que es hermenéutico. No obstante él dará un nuevo sentido a la hermenéutica, el sentido de lo hermenéutico remite al término griego *hermeneuein*, conectándolo con el dios Hermes, mensajero divino, de manera que resulta la siguiente caracterización: *hermeneuein* es aquel hacer presente que lleva al conocimiento en la medida que es capaz de prestar oído a un mensaje (Gadamer, 1990). De esta manera Heidegger subraya la originaria relación de la hermenéutica con el lenguaje en tanto que portador de un mensaje.

La fenomenología y la hermenéutica en *Ser y Tiempo*, se basan en la filosofía ontológica de Heidegger y, como tal, está interesada en entender los fenómenos en sus propios términos. Para lograr esto, se deben descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del ser humano. La fenomenología interpretativa o hermenéutica se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos sobre la persona o ser humano.

Los seres humanos tienen mundo. Para Heidegger estar en el mundo es existir, es estar involucrado, comprometido. Habitar o vivir en el mundo es la forma básica de ser en el mundo del ser humano. El mundo está constituido y es constitutivo del ser. Los seres humanos tienen un mundo que es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde ellos viven. Este mundo es un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura. El mundo es el todo en el cual los seres humanos se hallan inmersos en, y rodeados por.

Heidegger dice que el mundo es dado por nuestra cultura y lenguaje y hace posible el entendimiento de nosotros mismos y de los demás. El lenguaje hace posible las diferentes formas particulares de relacionarse y sentir que tienen valor en una

cultura. Habilidades, significados y prácticas tienen sentido gracias al mundo compartido dado por la cultura y articulado por el lenguaje. Este conocimiento o familiaridad es lo que Heidegger llama mundo. El mundo se da por sentado, es decir es obvio e ignorado por los seres humanos; sólo se nota en situaciones de ruptura o destrucción como en el caso de la enfermedad en un hijo. Los mundos en los que vive la gente no son universales y atemporales, por el contrario, son diferentes según la cultura, el tiempo o época histórica, y la familia en que se nace.

La persona como un ser para quien las cosas tienen significado. La manera fundamental de vivir las personas en el mundo es a través de la actividad práctica. Heidegger describe dos modos en los cuales los seres humanos están involucrados en el mundo. El primero es aquel en el cual las personas están completamente involucradas o sumergidas en la actividad diaria sin notar su existencia, en éste las personas están comprometidas con cosas que tienen significado y valor de acuerdo con su mundo. En contraste, el segundo modo es aquel en el cual las personas son conscientes de su existencia.

### **Lo fenomenológico de la investigación**

A finales del siglo XIX y a inicios del siglo XX, se experimentó una crisis en la forma de pensar y razonar los hechos que nos rodean, lo que trajo consigo el cuestionamiento de las posturas clásicas del pensamiento, y se comenzó, como ya hemos mencionado, a mirar las realidades, ya no fragmentadas y separadas de sus contextos, sino de una manera holística y compleja, lo que permitió adentrarnos a descubrir la naturaleza profunda de dichas realidades (Martínez, 2004).

Así mismo, ya hoy es reconocido que en toda observación preexisten factores estructurantes del pensamiento, una realidad mental fundante, un horizonte previo, en las que se inserta, que le dan un sentido a esa observación (Martínez, 2006). Esto implica que, lo percibido y su significado tienden a depender de nuestro mundo

anterior. Aristóteles había expresado que lo que se percibía por la vista era la intención del alma.

La herencia de casi tres siglos de la orientación positivista caló en nuestras formas de entender los procesos e implantó en nuestras mentes la idea de un conocimiento científico verdadero, definitivo y verificable empíricamente, donde sólo las sensaciones o experiencias sensibles eran un fenómeno adecuado para la investigación científica; las relaciones causa y efecto, las definiciones operacionales y los modelos matemáticos servían para estructurar teorías.

La revolución de los conceptos fundamentados en la física dejó ver que los supuestos positivistas no eran sostenidos ni si quiera en la misma ciencia. La teoría de la relatividad de Einstein, el principio de incertidumbre de Heisenberg, el de exclusión de Pauli, la complementariedad de Bohr, el descubrimiento de la mecánica cuántica con las relaciones del mundo subatómico y entes inobservables, rompen el paradigma de la experiencia sensorial directa y hacen que emerja una nueva forma de observar la realidad.

Otros varios estudiosos contribuyeron, desde fines del siglo XIX e inicios del siguiente, a darle cuerpo a la nueva orientación, la orientación postpositivista que desde sus diferentes concepciones hicieron aportes al nuevo pensamiento.

La ruptura con el paradigma de la experiencia sensorial directa y la emergencia de una nueva forma de observar la realidad, trajo consigo un nuevo paradigma que abrió un abanico de caminos hacia el encuentro de las realidades de las personas sin restar sus entornos, historias y relaciones, rompiendo las armaduras de la ciencia clásica. “La realidad está por describir, no por construir o constituir” (Merleau-Ponty, 1993, p.10).

En este sentido, una de las características más importantes de las técnicas cualitativas de investigación, y de las cuales ésta investigación doctoral echó mano,

es procurar captar el sentido que las personas (en el caso de esta tesis las niñas y los niños), dan a sus actos, a sus ideas y al mundo que les rodea; nada ocurre aisladamente, sin relaciones e interconexiones. Se pretendió entonces describir las representaciones sociales de los escolares sobre la salud bucal manifestadas en el lenguaje y en las prácticas en el entorno escolar, familiar y de la comunidad, apreciándose también el sentido que maestras, representantes, estudiantes de odontología y actores comunitarios, dan a la salud bucal y a las actividades de educación para la salud.

La investigación cualitativa es ampliamente utilizada por las ciencias sociales para la comprensión de las ciencias humanas. Los diferentes abordajes metodológicos en esta Tesis Doctoral están enmarcados en la matriz epistémica fenomenológica, paradigma interpretativo con sus postulados teóricos de hermenéutica y fenomenología, en los cuales se emplearon métodos de recolección de datos como la entrevista a profundidad, la observación participativa o historias de vida, entre otros.

En palabras de Merleau-Ponty (1.993) “*el algo perceptivo esta siempre en el contexto de algo más; siempre forma parte de un campo*”. Ningún aspecto de la “cosa” aparece de forma separada, no hay cualidades sensibles puras, simples y separables; sino que cada una es lo que es, por su interrelación estructural con otros aspectos de la cosa”. (p. 26)

En tal sentido, las representaciones sociales ocurren dentro de un contexto social, *campo*, siempre forman parte de él, no se dan separadas; la interacción entre los niños y niñas en sus procesos de socialización dentro de su escuela, las prácticas, valores, tradiciones que surgen de esa interacción, son lo que son gracias a su interrelación; los grupos con sus relaciones y procesos de socialización y aprendizajes, representan el todo; el campo y la cosa inseparable, dado que si logran separarse ya no serían lo que son.

De manera que, de acuerdo con Merleau-Ponty (1.993), como toda realidad es un tejido sólido, todo lo que es percibido, es percibido como una figura sobre un fondo y los hechos no son separables, bajo este fundamento fenomenológico se estudiaron los niños y niñas en el espacio escolar con sus interrelaciones estructurales con otros aspectos en su vida familiar y su comunidad como un todo sólido, inseparable.

Todo aquello que es percibido por la conciencia, es definido en la fenomenología como fenómeno, y le es atribuido un sentido en el momento de la percepción por la conciencia otorgadora de sentido. La percepción, es importante señalar, precede cualquier actividad categorial. Siendo así, la ciencia, al igual que el lenguaje y la cultura, es sólo una expresión segunda de esa relación fundadora (Merleau-Ponty, ob. cit). En esta investigación se indagó a los escolares en sus espacios, mediante un proceso intenso de percepción a través de la observación para luego, y sólo luego, proceder a la actividad categorial.

Al hablar del método fenomenológico no podemos dejar de mencionar a Husserl, quien es considerado en fundador de la fenomenología como una crítica al conocimiento. La fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos; el objeto de estudio la fenomenología lo constituyen las realidades que por su naturaleza y estructura sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia del quien las vive.

El propósito de Husserl fue crear un método más riguroso y crítico que el científico, donde se encontraran el empirismo y el racionalismo. Para esto centró su método en una descripción y análisis riguroso de los contenidos en la conciencia absteniéndose de prejuicios y teorías previas con el fin de “basarse de manera exclusiva en lo dado y volver a los fenómenos no adulterados”. (Martínez, 2.004, p. 138).

Para Merleau-Ponty la fenomenología se trata de describir, no de explicar ni analizar. Para este autor, el mundo está ahí, previo a cualquier análisis que alguien pueda hacer de él; comenta que sería artificial hacerlo derivar de una serie de síntesis de entrelazadas sensaciones y percepciones cuando ellas son su producto y no pueden hacerse antes que él. Esto sería una ingenuidad. Todo el universo de la ciencia está constituido sobre el mundo vivido, la ciencia es solo una determinación o explicación del mundo.

Por su parte, una preocupación de Husserl en las investigaciones consistía en la necesidad de prescindir de cualquier supuesto y, por ende, del principal de todos, a saber, la creencia en la existencia del mundo. De lo que se trataba era de concentrarse en aquello que se nos da, en el modo en el que se nos da. Para esto formuló la desconexión, *puesta entre paréntesis*, de la creencia en la existencia del mundo, que constituye la tesis general de la actitud natural. A esta desconexión es a lo que Husserl denomina epojé o reducción fenomenológica y se constituye en el primer y fundamental componente del método de la teoría del conocimiento, en el método para efectuar la purificación radical del campo fenomenológico de la conciencia de todas las intromisiones de las realidades objetivas.

A este respecto, dice Merleau-Ponty, “la mayor enseñanza de la reducción es la imposibilidad de una reducción completa” (1993, pp13-14). En la reducción, la reflexión no se retira del mundo hacia la unidad de la conciencia como fundamento del mundo, sino que toma sus distancias para ver surgir las transcendencias, distiende los hilos intencionales que nos vinculan al mundo para ponerlos de manifiesto; solo ello es conciencia del mundo porque lo revela como extraño y paradójico.

Merleau-Ponty es partidario de “volver al mundo antes del conocimiento del que el conocimiento habla siempre” (p. 9); esto, a diferencia de Husserl quien se exigía una descripción pura.

La matriz epistémica fenomenológica constituyó el marco, el camino por el cual se adentró la investigación *la escuela como espacio de socialización en salud bucal*, donde se pretendió encontrar en ese espacio el trasfondo de la realidad del fenómeno de la salud bucal vista por los niños y niñas respetando sus vivencias, desde su propio marco de referencia.

### **Lo hermenéutico**

La hermenéutica está implícita a lo largo de toda la investigación. La interpretación hermenéutica junto a la observación se considera los métodos básicos de toda ciencia. La observación y la interpretación hermenéutica son inseparables de modo que no debe hacerse esfuerzo alguno en intentar separarlas.

Dilthey (1.948), plantea que descubrir significados de las cosas, interpretar palabras, escritos, gestos, comportamiento o cualquier otro acto humano, conservando su singularidad en el contexto de que forma parte es la función de la hermenéutica. Para él por medio de la hermenéutica conocemos la vida psíquica con la ayuda de los signos sensibles que son su manifestación.

La teoría hermenéutica utiliza el proceso de la interpretación de todo aquello que puede ser interpretado y como tal, debe ser comprendido en su esencia. El filósofo alemán Hans-Georg Gadamer (2.001), concentra su interés de este enfoque en la reflexión del lenguaje. El horizonte gadameriano será el ámbito de captación que recoge todo lo que se presenta ante el conocer, desde la condición de cada persona. El horizonte del intérprete puede ensancharse, ampliarse hasta su fusión con el horizonte del objeto que se desea comprender. La comprensión, se inserta en lo que se ha vivido mediante la transmisión histórica siendo el lenguaje el agente existencial mediador de la experiencia hermenéutica.

Gadamer (1998), sostiene que el lenguaje solo realiza su verdadero ser en la conversación, en el ejercicio del entendimiento mutuo; gracias al lenguaje el

fenómeno hermenéutico adquiere un alcance universal: no solo los fenómenos histórico-espirituales, sino todo cuanto puede ser comprendido es, en principio, comprensible, justamente porque puede ser articulado lingüísticamente.

A este respecto, nos habla del refuerzo del otro, y dice que “darle al otro validez frente a uno mismo no significa sólo reconocer las limitaciones de la propia perspectiva, sino que exige también ir más allá de las propias posibilidades, a través de un proceso dialógico, comunicativo y hermenéutico” (Gadamer, 1.998, p. 22). Esta es la verdadera dialéctica, la que no busca el punto débil del otro, sino que sopesa el valor de su opinión (Martínez, 2.004)

En tal sentido, en esta investigación no sólo se otorgó validez a las palabras de las niñas y niños, maestras, representantes y estudiantes de odontología, sino que se pretendió ir más allá mediante un proceso dialógico y hermenéutico; es así que la hermenéutica fue el método utilizado de acuerdo a las intencionalidades de la investigación, que nos ayudó a captar el significado de las cosas e interpretarlas rigurosamente desde su propio contexto. De acuerdo con Martínez (2006), la hermenéutica es el método adecuado cuando la acción o comportamiento humano se presta a diferentes interpretaciones.

Ha habido autores que han criticado la tendencia de la hermenéutica por su atención al discurso. El propio Gadamer expresa su desacuerdo con Derrida, quien acusa a la hermenéutica de logocentrismo y peor aún de *fonocentrismo* en su obra *La voz y el fenómeno*, al preguntarse:

¿Quién presta atención a los sonidos de las palabras cuando se entiende lo que el otro dice?, ¿Quién presta al hablar atención a su propia voz? La persona que al hablar se esté escuchando todavía a si misma se quedará estancada en medio de la frase, y quien preste atención a la voz cuando esté escuchando un discurso dejará de comprender lo que se está queriendo decir (Gadamer, 1998, p.61).

Esto, dice Gadamer, representa un falso logocentrismo ya que lo que realmente caracteriza a la conversación es que no es en el “*vouloir-dire*” [en francés, significado, se traduce como “querer decir”] que pretende ser la palabra, sino en aquello que se pretende expresar por encima de todas las palabras, donde se encuentra la esencia de comprender y la comunicación. El arte de la hermenéutica no consiste en aferrarse a lo que alguien ha dicho “sino en captar aquello que en realidad ha querido decir” (p.61).

Esta premisa representó gran utilidad para esta tesis, en la que la interpretación de los diálogos y conversaciones se quiso captar aquello que en realidad quisieron decir los actores, y no sólo las palabras que utilizaron, prestando atención a los tonos de las palabras, los gestos, posturas y ademanes, los que pueden decirnos cosas diferentes a las palabras.

La atención al enfoque hermenéutico de manera formal se remonta a principios del siglo XIX, cuando Schleiermacher estructuró un proyecto en busca de una *ciencia hermenéutica*, en la que se planteaba que para poder comprender el significado del mundo, el cual nos llegaba del pasado completamente desarraigado de su mundo original, se debía hacer desde su origen y su génesis. Para esto desarrolló un sistema en el que buscaba comprender, no solo la literalidad de las palabras, sino también la individualidad del hablante o del autor. El principio era moverse en círculo, con un retorno y vaivén del todo a las partes y de estas a aquel.

Posteriormente, Dilthey (1.948), agrega que no solo los textos escritos pueden ser objeto de interpretación hermenéutica, sino toda expresión de la vida humana como el comportamiento, las formas no verbales, los sistemas de cultura, organizaciones sociales, científicas, filosóficas. Sugiere la técnica del círculo hermenéutico “movimiento del pensamiento del todo a las partes y de las partes al

todo” (Martínez, 2004, p. 104), aumentando el nivel de comprensión en cada movimiento; las partes reciben significado de todo y el todo adquiere sentido de las partes, en un proceso dialéctico.

Por su parte Heidegger, ya en el último cuarto del siglo XX, plantea que el ser humano es un ser interpretativo; la interpretación no es un instrumento para adquirir conocimientos, es el modo natural de ser de los seres humanos. Por otra parte piensa que no existe una verdad pura al margen de nuestra relación con el mundo, y que todo intento de abstracción, de separar al sujeto de su objeto de estudio para conocerlo mejor es un error.

En relación a esto, Gadamer (1.998), es de la opinión de que el contexto y nuestra condición sociohistórica influyen en la forma de conocimiento del mundo; no se puede tener un conocimiento objetivo de los significados de los textos u otra expresión de la vida psíquica puesto que siempre estaremos influidos por esta condición. Nuestro modo de ver, nuestras actitudes, valores, normas y pensamientos nos aproximan a cualquier expresión de la vida humana, pero no como una *tabula rasa*, sino con expectativas y prejuicios de los que pudiera ser la vida humana. Por esto la interpretación implica una *fusión de horizontes*, una interacción dialéctica expectativas/significados entre el intérprete y el texto o acto estudiado.

Sobre la voz y la escritura, reflexiona Gadamer, ambas son en realidad inseparables del leer. “¿Qué sería la escritura sin el leer, qué sería el leer sin la escritura, y sin una entonación y articulación, quizás carente de sonidos?”(Gadamer, 1998, pp. 90-91).

La conducta humana, como expresión de la vida humana, es objeto de interpretación hermenéutica. Comprender la conducta individual no es posible de forma aislada. La vida individual no es una realidad aislada, ella esta mezclada e integrada con la de otros seres humanos y grupos por medio de sus culturas; entonces

no es posible estudiar a los individuos fuera de sus contextos, alejados de sus conexiones sociales y culturales.

Otro importante escritor de la hermenéutica es Ricoeur, quien aportó el desarrollo del texto para comprender la conducta humana la cual es para él como un escrito literario que se puede leer y captar su significado. Este autor afirma que una investigación debe ser estructural; enfocar los eventos particulares ubicándolos, tratando de entender el amplio contexto social en que se dan. De acuerdo al autor, la acción humana necesita ser objetificada para convertirse en objeto de una ciencia humana; señala que las acciones dejan huellas o marcas en el tiempo que pueden leerse. “La interpretación es un caso particular de comprensión. Es la comprensión aplicada a las expresiones escritas de la vida” (Ricoeur, 2003, p.85).

Ahora bien, la conducta humana es susceptible de múltiples interpretaciones, por lo que es necesario el empleo de un cuidadoso análisis estructural de sus dimensiones mediante la orientación fenomenológica y hermenéutica para la obtención los significados, los cuales representan los datos a interpretar en la investigación cualitativa.

En la investigación planteada, los datos aportados por los actores sujetos significantes, constituyeron los significados a interpretar. Cada significado representó un evento, en donde no sólo las palabras sino también sus tonos, gestos y posturas enriquecieron los datos.

Kockelmans refiere que la comprensión es la fusión entre la perspectiva del objeto o sujeto de estudio y la de él o la intérprete. La ciencia hermenéutica busca una interpretación válida para las personas que comparten el mismo mundo en un momento de la historia. Para la interpretación de los significados y de las acciones humanas, algunos autores han propuesto criterios o cánones; con el fin de garantizar la validez intersubjetiva de una interpretación que se aproxime lo más posible a la

*verdadera* realidad, Kockelmans presenta cinco cánones a considerar (Martínez, 2.004):

- Autonomía del objeto: el texto o acción humana deben comprenderse desde dentro, su significado debe derivarse del fenómeno estudiado; en el caso de la salud bucal y educación para la salud bucal comportan autonomía y significado por sí mismos.
- La interpretación debe hacer el fenómeno razonable y humano: el investigador debe tratar de entender los fenómenos de forma más profunda que sus propios protagonistas. Las representaciones de la salud bucal de los niños y niñas responden a un conjunto de opiniones, actitudes, creencias, organizado alrededor de una significación central haciendo de ellas un fenómeno que forma parte de la humanidad y sentido común de ellos/as.
- El intérprete debe adquirir una mayor familiaridad con el fenómeno en toda su complejidad; los 15 años de trabajo en la escuela Básica “Dr. Carlos Arvelo” de Yagua han hecho que se establezca una proximidad y familiaridad con el entorno escolar y comunitario, lo que me acerca al fenómeno, aportando de esta manera una mayor validez a la investigación.
- El investigador debe mostrar el significado del fenómeno para su propia situación o para la situación actual general; develar las representaciones sociales de la salud bucal en el espacio escolar se traduce en una mayor posibilidad de mejorar la práctica y los programas de educación para la salud bucal de las comunidades escolares, lo que trae consigo un mejoramiento de la calidad de vida del escolar, una oportunidad para el empoderamiento del/la escolar en salud bucal y una excelente oportunidad para optimizar la docencia-extensión a la comunidad.
- Que permita la aplicación del círculo hermenéutico: La hermenéutica espiral se inició con una extensa lectura y comprensión preliminar, la cual llevó a un proceso de profundización, retornando por veces a los detalles y eventos para re-explorarlos y regresar al todo, en la búsqueda de una visión holística hacia

la comprensión profunda. Este ejercicio representó un momento arduo y enriquecedor en la investigación en el que la comprensión de los significados fue el punto clave de la interpretación. Los significados de las observaciones y entrevistas representaron los eventos significativos a interpretar.

Además de estas consideraciones para mejorar la interpretación de la realidad, Martínez propone un modelo estructurado que permite a través de cuatro dimensiones para la exploración hermenéutica (Martínez, 2.004):

a) Descubrimiento de la intención; la tesis *la escuela como espacio de socialización en salud bucal* tuvo como intencionalidad central indagar las representaciones sociales de los niños y niñas sobre la salud bucal en el espacio escuela-familia-comunidad.

b) Descubrimiento del significado que la acción tiene para el investigador: se descubrió el significado de la salud bucal, para los niños y niñas, así como para sus maestros, representantes, estudiantes de odontología y actores de la comunidad a partir de observaciones; la comprensión de los significados puede ser totalmente diferente del significado que tiene la acción para el investigador cuando éste pone de fondo su marco teórico referencial; conocer el significado dar puede originar una acción, crear una respuesta.

c) Descubrimiento de la función que la conducta desempeña en la vida del sujeto; con el estudio de las representaciones sociales de salud bucal permitió reconocer aspectos que son desconocidos para los propios autores, tal como expresa Shleiermacher “el fin de la hermenéutica es comprender a un autor mejor de lo que él mismo se entiende” (Martínez, 2.004,p. 120).

d) Determinación del nivel de condicionamiento ambiental y cultural; los modos de enfocar los asuntos relacionados con la salud bucal, así como las normas

establecidas intervienen en la formación de las representaciones sociales de la salud bucal que tienen los niños y las niñas y el resto de los actores de la investigación; las interacciones en los mesosistemas dan marco a los conocimientos que se tienen acerca de la salud bucal.

### **Enfoque etnográfico en la investigación**

La etnografía o enfoque etnográfico, se considera una de las metodologías cualitativas más antiguas de la historia, vista como una tradición, iniciada por los antiguos relatos de viajeros desde la Grecia Antigua, con Herodoto, quien narró con especial énfasis en aspectos curiosos de los pueblos y personajes, al tiempo que describía la historia, etnografía y geografía; otros tantos aportes hechos por los clásicos greco-romanos, los viajeros medievales y los cronistas de las indias, hasta la evolución etnográfica de nuestros días. (Pujadas, J., Comas, D. y Roca, J., 2.010).

El término etnografía significa descripción (grafé) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (ethnos); el ethnos, grupo, nación, comunidad, región y cualquier grupo humano que constituya una entidad de relaciones reguladas, constituirá la unidad de análisis de este tipo de investigación (Martínez, 2.004).

El empleo del método etnográfico en este estudio me acercó a la naturaleza de las realidades de los niños y niñas permitiéndome describir y comprender situaciones, eventos, interacciones y comportamientos en sus relaciones con ellos mismos, en su espacio escolar con compañeros, sus maestros, con los estudiantes de odontología y en sus espacios familiares y de su comunidad. El método etnográfico incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. (González y Hernández, 2003).

En relación con la etnografía, posee dos significados básicos; por un lado es un *proceso* basado en un trabajo de campo para la adquisición de conocimientos sobre una realidad sociocultural a través de la aplicación de técnicas de campo; y por otro lado, es entendida como un *producto* resultante de la elaboración e interpretación que el investigador hace del conocimiento adquirido, este producto puede ser presentado en forma escrita, de imágenes de fotografías, libros, artículos, películas (Pujadas, J., Comas, D. y Roca, J., 2.010).

Los estudios etnográficos tienen un papel crucial en los procesos de acercamiento, identificación, análisis e interpretación de las sociedades y grupos humanos; buscan crear una imagen realista y fiel de dichos grupos contribuyendo a su comprensión, a la vez que comparar el producto con grupos más amplios con características similares, y hacer generalidades empíricas a partir del conocimiento etnográfico.

Este proceso investigativo sugiere al investigador no dejarse guiar y despojarse de preconceptos, concepciones y teorías acerca del campo de interés, asumiendo una actitud fenomenológica, a fin de comprender las realidades tal como existen y se presentan, sin intrusión de medidas o problemas preconcebidos, ni hipótesis iniciales. Para lograr esto, el investigador, antropólogo, fenomenólogo, debe practicar la reducción fenomenológica (*epojé*) (Matínez, 2004).

De igual manera, la investigación etnográfica, tiene un gran énfasis ecológico, en el que se observan a los sujetos en su medio ecológico, se estudian como ocurren los fenómenos *in situ* con la mayor autenticidad y espontaneidad.; comentada en otros momentos de esta investigación.

Vale decir lo importante de una mirada amplia de la investigación etnográfica a la diversidad social y cultural en el sentido que le otorgue flexibilidad suficiente en cuanto a la orientación fenomenológica, por ello, está abierta a descubrimientos

fortuitos ante los cuales el investigador deberá permitir que hablen y se expresen por sí mismos, como realidades a ser interpretadas y comprendidas holísticamente.

De aquí que el investigador debe asumir una actitud exploratoria, abierta a lo nuevo, en la que los diseños nunca estén dados por completo con anterioridad, sino que éstos emerjan en el transcurso de la investigación, atendiendo al reconocimiento de que las realidades no son estáticas ni invariables.

El proceso de investigación en la etnografía esta guiado por la idea de que los individuos están formados por ciertas estructuras de significado que determinan y explican su conducta (Martínez, 2004). La justificación del método etnográfico puede realizarse mediante dos tipos de hipótesis; una naturalista-ecológica en la que se presenta la conducta humana influida por el medio ecológico donde se desarrolla, y donde valores, tradiciones, cultura se van internalizando y pueden ser determinantes en la conducta; por lo que deben ser estudiados en su ambiente natural. En el caso de estudio de esta tesis, los eventos se estudiaron en su ambiente natural en el que tradicional sin desligarlos de sus valores, normas, funciones.

La otra tesis, cualitativa-fenomenológica, plantea que el marco de referencia adecuado para comprender la conducta humana de los sujetos es el de ellos mismos, por lo que el investigador debe *poner entre paréntesis* sus teorías para lograr mirara desde la posición de los sujetos de su investigación; esta postura fue la que se intentó adoptar al momento de las observaciones y las entrevistas en esta investigación.

### ***Etapas del proceso de investigación etnográfica***

En general se distinguen tres etapas en el proceso de investigación etnográfico que guiarán la investigación:

- *La determinación del nivel de participación.* El investigador etnográfico se introduce en el ambiente de las personas para obtener información

acerca de los acontecimientos que busca comprender, de modo que debe ser muy cuidadoso para lograr establecer un nivel adecuado de aceptación y facilitar las tareas de recolección de información, a la vez lograr que el grupo llegue a confiar y valorarlo, lo que hará que compartan sus pensamientos con él.

Para el estudio, se realizaron reuniones y contactos iniciales en la escuela, Escuela Básica “Dr. Carlos Arvelo”, donde se convocaron niños y niñas, maestros, representantes, líderes y algunos miembros de los grupos que hacen vida en la comunidad de Yagua y estudiantes de odontología de 4to año de la carrera; en ese un primer contacto se establecieron las pautas de participación en la investigación, se explicaron los fines del estudio y se obtuvieron los consentimientos informados de los participantes y, en el caso de los niños y niñas de sus representantes.

Dada la intencionalidad del estudio, en el que se indagaron las representaciones sociales de la salud bucal de los niños y niñas de 6 a 10 años de edad, estudiantes del 1ro a 4to grado de la Escuela Básica, es importante recordar que la observación de los sujetos no representó ningún inconveniente relacionado con la aceptación de la investigadora en el espacio escolar; como he venido refiriendo en párrafos anteriores, mi presencia en la escuela data de 15 años, lo que me hace alguien familiar del entorno escolar, tanto para los niños y niñas como para el personal docente y representantes de la escuela; en este sentido, gran parte del desarrollo de la investigación, y por ende, la observación y entrevistas se realizaron en el medio ecológico natural donde ocurren los hechos, la escuela; en otras palabras, los fenómenos se estudiaron in situ, tal como ocurren en su día a día, con la mayor autenticidad y espontaneidad.

- *Recolección de información.* En la búsqueda de información que revele las estructuras significativas de las conductas de las personas es importante el contenido y la forma de interacción verbal entre los sujetos y con el investigador en diferentes momentos y espacios; La entrevista semiestructurada, empleada como

conversación dialógica entre la investigadora y los sujetos significantes y la observación fenomenológica representaron las principales técnicas para obtener información. En la búsqueda de información, en el cuaderno bitácora de trabajo se reportaron anotaciones de palabras, las conductas no verbales como gestos, posturas, mímicas, miradas, los patrones de acción y no-acción (comportamiento y pasividad), también los registros de archivos, documentos, que se utilizaron en la presente investigación constituyeron la *memoria* de la investigadora, que nutrieron la observación y comprensión de las realidades a conocer; las anotaciones de campo *in situ*, anotaciones posteriores a los eventos observados, igual que grabaciones de audio, dibujos, videos, fotografías sirvieron para optimizar la información.

- *Nivel de objetividad.* Debido al enfoque fenomenológico de la investigación etnográfica la técnica alcanza un alto nivel de objetividad; esto reside en el cuidado puesto en la selección de la muestra, la empatía lograda con los actores a estudiar, y el buen nivel de confiabilidad y validez; la muestra en este estudio fue seleccionada cuidadosamente; cuidando que cada uno de ellos representara de la mejor manera al total de los sujetos de estudio; se seleccionaron los sujetos clave en relación con la capacidad informativa.

Al respecto cabe recordar un hecho importante en las ciencias que estudian la niñez, que viene a ser la superación de los prejuicios que han conducido a la consideración del niño y la niña como un informante completo, confiable, interesante para la investigación en ciencias sociales (Goncalvez y Franco, 2011). En tal sentido, las informaciones de los niños y las niñas sujetos de esta investigación, se obtuvieron con el empleo de las técnicas más adecuadas de acuerdo al momento y espacio de la investigación. En ellas la empatía fue determinante, teniendo en cuenta que la edad de los sujetos (de 6 a 10 años de edad) implica utilizar recursos que son más propios para ellos. En general resulta más difícil, pues a menudo comprenden mejor cuando utilizamos alguna metáfora o algún juego; en todo caso debemos elegir una

terminología accesible y el lenguaje técnico queda absolutamente descartado para utilizar en estas entrevistas con niños niñas.

El tema de la confiabilidad en la investigación etnográfica tiene la particularidad que dadas las complejidades de las realidades a estudiar, no es posible repetir o replicar de forma estricta como se hace en las investigaciones experimentales; se recomienda para la confiabilidad externa hacer una buena precisión del nivel de participación, una clara identificación de los informantes, especificar el contexto, identificar las teorías terminologías y métodos de análisis y precisar los métodos de recolección de datos. Mientras que para la confiabilidad interna es preciso emplear categorías descriptivas de bajo nivel de inferencias, es decir concretas y precisas, emplear, solicitar a los sujetos informantes la mayor objetividad posible en sus informaciones y utilizar la cantidad y tipo posible de medios técnicos para obtener un espectro más amplio de información.

En cuanto a la validez, se considera que los estudios etnográficos tiene una gran fortaleza debido a los procedimientos que emplean en cuanto a la cercanía con los sujetos de investigación durante los períodos de recogida de datos, su revisión continua, la adecuación de las entrevistas según los participantes, el proceso de observación, la realimentación y reevaluación constante; todos estos elementos otorgan validez a la investigación. La triangulación como esfuerzo de la credibilidad, también aumenta la confianza en la calidad de la información, implica triangulación de subjetividades, de miradas, técnicas de recolección, perspectivas teóricas.

**MOMENTO V**  
**METÓDICA**

El proceso de la metódica de esta tesis doctoral de naturaleza post-positivista hizo posible el desarrollo de la investigación: *La escuela como espacio de socialización en salud bucal*, la cual se sustentó en una serie de presupuestos plasmados en el siguiente cuadro:

CUADRO 3

Paradigma	Interpretativo
Matriz epistémica	Fenomenológica
Método	Fenomenológico-hermenéutico y Etnográfico
Diseño	Descriptivo, interpretativo, comprensivo
Forma legitimante de saberes	Triangulación de sujetos significantes, teorías y autora
Forma de encuentro con la realidad	Entrevista semiestructurada, observación

La investigación se enmarcó dentro del paradigma interpretativo que se corresponde con la modalidad cualitativa la cual acepta los fenómenos tal como son percibidos y vividos, y busca la comprensión interpretativa y comprensiva de la realidad (Hurtado León y Toro, 1997). Los estudios interpretativos utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, que pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio.

La matriz epistémica que sustentó al método y diseño de este estudio se correspondió con la fenomenológica ' ' día las realidades cuya naturaleza y

estructura peculiar sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia del sujeto que las vive y experimenta (Martínez Miguélez, 2004).

En este orden de ideas, la investigación recurrió al método fenomenológico-hermenéutico y al etnográfico.

### **La Fenomenología de la Percepción según Merleau-Ponty**

De acuerdo con Merleau-Ponty (1993), el mundo de vida es también el mundo que percibimos y que trabajamos entre todos; en el que actuamos y al que la modernidad renunció. Por ejemplo, Descartes, tras pronunciar su *vive oclultamente*, cerró sus ojos, renunció a la apariencia (a la percepción) y encontró la verdad, el *cogito*. Y tras él, todo lo que se propusiera encontrar: el espacio, Dios, el mundo físico, los animales, entre otros. Su afán era en cierta manera positivista: de una certeza sólo pueden seguirse certezas, de modo que la cadena resultante pasaría a convertirse en una verdadera teoría acerca de la realidad.

Frente a estos planteamientos, sin duda demasiado estáticos, Merleau-Ponty (1993) toma del último estudio de Husserl, que el mundo de vida es además un horizonte gracias al cual los objetos se revelan como tales. Nuestro mundo no debe ser entendido como algo que existe al margen de nosotros. Vivimos en él, y esto implica *vivir-en-la-certeza-del-mundo*, lo que significa a su vez *vivencializar* esa certeza del ser del mundo. En este sentido, los objetos también forman parte de él, son objetos gracias al mundo, también están-en-el-mundo; es así también el caso de la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana. Fenómeno de estudio de esta Tesis Doctoral.

Así pues, llegamos a otro punto importante, el mundo de vida da como resultado la separación (como si se tratase más bien de una decantación) entre sujeto y objeto. Se reivindica de esta manera otro tipo de conocimiento, el que surgiría de la

praxis vital de la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana de modo que nuestro conocimiento no se reduciría a planteamientos científicistas; es preciso renunciar a ocupar la posición de un observador absoluto y reconocer que el hecho percibido y de una manera general los acontecimientos de la historia del mundo no pueden ser deducidos de una cierta cantidad de leyes que compondrían la cara permanente del universo. Es necesario cambiar el papel de un mero observador al de un actor, hacedor de conocimientos.

De allí surge la necesidad de abordar la presente Tesis Doctoral, bajo la mirada de Merleau-Ponty (1993), quien con su fenomenología de la percepción, nos invita a vernos no solo como observadores sino también como actores. Así, la comprensión de la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana solo será posible si cada cual entiende y asume la posición de un hacedor de saberes, vivenciando y experimentando los conocimientos.

Comenta Martínez (2006), lo cualitativo no implica un estudio por separado de las cualidades del objeto de estudio, sino de un todo integrado que constituirá las unidades de análisis o sujetos significantes, que en esta tesis fueron los niños y niñas de 6 a 10 años de edad en sus espacios (familia-escuela-comunidad) de socialización en salud bucal, los maestros, padres, madres, hermanos y personajes importantes de su comunidad.

Los saberes fueron legitimados mediante un proceso de triangulación; la triangulación como refuerzo de la credibilidad, sirve como proceso de validación, para aumentar la confianza en la calidad de la información. Este procedimiento puede implicar triangulación de subjetividades, de miradas, de técnicas de recolección, de perspectivas teóricas, de métodos interpretativos. A través de la triangulación se aumenta la confianza del investigador en sus datos (Mendizábal, 2006). En esta investigación se triangularon las subjetividades de los sujetos de investigación, los referentes teóricos y la interpretación de la autora; la convergencia de subjetividades

aumentó la validez. Los encuentros con la realidad estuvieron dados por la entrevista semiestructurada y la observación.

### **Diseño de Investigación**

Al provenir de una matriz epistémica fenomenológica, el trabajo responde a un diseño emergente orientado hacia la comprensión de las situaciones únicas y particulares, se centran en la búsqueda de significado y de sentido que les conceden a los hechos los propios agentes, y en cómo viven y experimentan ciertos fenómenos o experiencias los individuos o los grupos sociales a los que investigamos. Tales planteamientos epistemológicos provienen del campo de la fenomenología y de la hermenéutica (Rodríguez y Vallderola, 2007).

Las metodologías constructivistas aportan una mirada comprensiva, holística y profunda a las distintas manifestaciones culturales, a las conductas y comportamientos individuales y sociales en su tiempo y en su espacio, y se interesan por todo aquello que es único y singular. Pretenden comprender en profundidad los fenómenos sociales en su situación natural.

En el caso de esta investigación, se centró en el reconocimiento y la comprensión de las representaciones sociales de los niños y niñas respecto de su salud bucal que circulan en los espacios familia-escuela-comunidad, otorgando el significado y sentido que los propios niños y niñas dan al fenómeno de la salud bucal.

### **Etapas del proceso de investigación etnográfica**

En el cuadro que se presenta a continuación, se resume parte el recorrido etnográfico de la investigación.

Cuadro 4. RESUMEN PROCESO DE INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICO

<b>MOMENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
----------------	--------------------

<b>Diagnóstico inicial</b>	-estudio de antecedentes -reconocimiento de espacios -reconocimiento de los sujetos significantes
<b>Determinación del nivel de participación.</b>	-reuniones y contactos iniciales E. B “Dr. Carlos Arvelo” -se establecieron las pautas de participación en la investigación -se explicaron los fines del estudio -selección de sujetos significantes -se obtuvieron los consentimientos informados de los participantes ( y en el caso de los niños y niñas de sus representantes) -se fijó por consenso el cronograma de entrevistas y observaciones
<b>Recolección de información</b>	-la entrevista semiestructurada (conversación dialógica) -observación fenomenológica -cuaderno bitácora de trabajo, las anotaciones de campo <i>in situ</i> , anotaciones posteriores a los eventos observados, igual que grabaciones de audio, dibujos, videos, fotografías
<b>Nivel de objetividad.</b>	-cuidado puesto en la selección de los sujetos significantes -la empatía lograda con los actores a estudiar -el buen nivel de confiabilidad -validez
<b>Análisis de datos</b>	-transcripciones, audiciones -codificación -formación de categorías -contrastación
<b>Teorización</b>	-integración de un todo coherente y lógico los resultados de la investigación

### **Territorio. El escenario del estudio**

Este estudio tuvo como escenario principal la escuela nacional Escuela Básica “Dr. Carlos Arvelo” ubicada en la avenida José Rafael Pocaterra de la parroquia rural Yagua del municipio Guacara, estado Carabobo. La escuela fue fundada en 1959; presenta un preescolar y la escuela básica de 1ro a 6to grado, organizada con dos secciones de cada grado en el turno de la mañana y dos secciones en el turno de la

tarde; su matrícula es aproximadamente 995 alumnos, con un promedio de 35 alumnos por aula.

La institución cuenta con servicio de dirección, secretaría, orientación, biblioteca, computación, comedor, cantina escolar y servicio odontológico perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, donde se realizan programas integrales dirigidos al componente bucal de la salud, sin embargo el área clínica se encuentra fuera de servicio actualmente por fallas en los equipos y daños en su infraestructura. Aparte de estos presenta los servicios públicos de agua, electricidad, aseo urbano, red de internet, baños para docentes y personal administrativo y baños para alumnos separados de el de las alumnas, canchas deportivas, patios, áreas verdes y estacionamiento; el estado general de la infraestructura de estos espacios es de franco deterioro.

Los sujetos significantes de la investigación habitan en la parroquia Yagua, por lo que el estudio se realizó en la esta parroquia; en ambas, parroquia y escuela, se recogió la información que nutrió la investigación.

### **Sujetos significantes**

Fueron todas las personas que aceptaron participar y dar los testimonios de sus vivencias. Lo protagónico implica que estos sujetos han establecido relaciones con el paisaje sociocultural donde se desenvuelven; la superación de los prejuicios hacia la niñez como categoría alejada de lo social y lo cultural ha restituido su lugar, reconociendo a los niños y a las niñas como sujetos y actores sociales intensamente involucrados en la construcción de sus propias vidas (Goncalvez y Franco, 2011).

En esta investigación los protagonistas fueron los y las escolares, de acuerdo con la clasificación etaria de la niñez, propuesta por UNICEF (2010) (cuadro 1, p. 38

de esta Tesis) comprendidas entre 6 y 10 años de edad, pertenecientes a la Escuela Básica “Dr. Carlos Arvelo” de Yagua.

Los niños y niñas del estudio pertenecieron a primero, segundo, tercero y cuarto grado, a razón de ser esos grados donde se concentra la mayor cantidad de niños y niñas en edad escolar. Se seleccionaron de manera intencional ocho niños de cada edad ( de 6, 7, 8, 9 y 10 años de edad) para las entrevistas, para un total de 40 niños y niñas, estos actores se seleccionaron de acuerdo a la empatía desarrollada entre ellos y la investigadora desde el inicio de los primeros encuentros; sin embargo, por las características y técnicas empleadas de apropiación de la realidad, al momento de las observaciones en las aulas de clase, todos los niños y niñas de los grados observados se convirtieron en sujetos significantes de la investigación.

Las maestras de la escuela, los estudiantes de odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, los representantes y los líderes de la comunidad también fueron sujetos significantes. Debido a que los salones de primero a cuarto grado constituyeron los grados a observar, las maestras de esos grados se constituyeron en actoras de la investigación; en este caso se escogieron cuatro maestras para la entrevista, una de cada uno de los grados.

Igualmente se sostuvieron entrevistas con tres representantes de los niños y niñas: dos madres y un padre; esta cifra surgió como resultado de las convocatorias a las reuniones, a las que en las tres reuniones previas al inicio de la recolección de información fueron los únicos tres representantes que acudieron, por lo cual se decidió que formaran parte de la investigación.

Por la comunidad se sostuvieron encuentros en los que se realizaron entrevistas y conversaciones con tres líderes representantes de dos asociaciones de vecinos y un vecino, dos señores y una señora, todos residentes de la parroquia, los que también se incluyeron como actores del estudio por iguales razones que las de los

representantes. Por último se aplicó entrevistas a tres estudiantes de 4to año de odontología, dos hembras y un varón.

Toda esta información esta resumida en el siguiente cuadro:

CUADRO 5. SUJETOS SIGNIFICANTES DE LA INVESTIGACIÓN

SUJETOS SIGNIFICANTES	No
Niños y niñas entre 6-10 años	40 (8 de c/edad)
Maestras de 1ro a 4to grado	4 (1 de c/grado)
Padres y madres de niños/as	3 (2 madres u 1 padre)
Líderes de la comunidad	3 (2 hombres y 1 mujer)
Estudiantes de 4to año odontolog.	3 (2 hombres y 1 mujer)

### **Encuentros con la realidad. Recolección de la información**

Se fijaron encuentros para iniciar el proceso de comunicabilidad con el fin de crear y reforzar la confianza mutua entre esos sujetos significantes y el investigador; posteriormente se realizó un ciclo de aplicación de entrevistas semiestructuradas que permitió la comprensión e interpretación del conjunto de saberes que provienen de la vivencia de los sujetos significantes; igualmente, se realizaron observaciones que ayudaron a descubrir y describir realidades del proceso de socialización en salud bucal. Se realizaron

- cuarenta entrevistas semiestructuradas a niños y niñas: ocho entrevistas por c/edad (ocho alumnos de 6 años, ocho de 7, ocho de 8, ocho de 9 y ocho de 10 años)
- cuatro entrevistas a maestras: una a cada una de ellas.
- tres entrevistas a representantes de los niños y niñas
- tres entrevistas a estudiantes de odontología
- una entrevista con tres representantes/líderes

Las entrevistas semiestructuradas giraron en torno al tema de la salud, la salud bucal y las actividades de educación para la salud, adaptadas a los diferentes actores; bucal y las actividades de educación para la salud bucal, adaptadas a los diferentes

actores; con los niños y niñas se utilizaron también la técnica de dibujos para aumentar la información. Las entrevistas fueron dialógicas, en las que se conversó con los sujetos, en el caso de los niños y las niñas previo consentimiento informado y aceptado por sus representantes; las entrevistas se reestructuraron, antes de su aplicación, a manera de guiones o pautas las cuales al momento de su aplicación surgieron sin presión ni premura, a fin de mantener el tono de conversación y dejar fluir el diálogo. Se concertaron citas con anterioridad a las entrevistas y se explicó la naturaleza de las mismas y sus objetivos.

De acuerdo con Martínez (2004), la entrevista en la investigación cualitativa, como instrumento tiene gran sintonía epistemológica con el tipo de investigación, que busca el conocimiento expresado en lenguaje normal y no la cuantificación del mismo.

Por su parte, la observación directa en los eventos, tomando notas, recogiendo datos, anotaciones, grabaciones, tratando en todo momento de no alterar el curso de los acontecimientos, fue parte de la “observación fenomenológica” (p.142) empleada en la investigación.

Dado el carácter fenomenológico de la investigación, y atendiendo la necesidad de objetividad, aun a sabiendas que es ingenuo pensar en una observación pura, se trató de mantener una postura de “reducción” fenomenológica (*epoché*), lo que implicó un intento por reducir *todo lo subjetivo*, poner entre paréntesis posiciones teóricas, excluir marcos constreñidores, esto en un primer momento de la observación; así mismo, aunque es una tarea difícil, esforzarse en ver todo lo dado y no sólo aquello que nos interesa y repetir las observaciones tanto como se crea necesario (p. 143).

Otras consideraciones al respecto implican la precaución de *ver todo lo dado* en cuanto sea posible, observar gran variedad y complejidad de las partes y repetir observaciones tantas veces se crea necesario.

### **Categorización, estructuración, contraste**

Luego de recabar la información se realizaron las transcripciones de los discursos de cada grupo de sujetos significantes, procesados con fechas, horas, nombres y lugar de la entrevista y observación, completándolas con las anotaciones de campo, dibujos, grabaciones. La hermenéutica jugó un papel primordial, al regresar repetidas veces los escritos, anotaciones y grabaciones para revivir situaciones y continuar con aspectos o detalles nuevos enriqueciendo el proceso. Luego se realizó un *barrido del discurso* donde se eliminaron palabras y expresiones repetidas y textos irrelevantes.

Para el siguiente paso de esta etapa de la investigación se procedió a utilizar como herramientas algunos elementos de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2.002) y de la metodología propuesta por Martínez (2.004), considerando que ambas tienen ciertas coincidencias en los procesos de categorización y estructuración, lo que permitió utilizar las bondades de ambos enfoques.

La teoría fundamentada Strauss y Corbin “*se refiere a una serie de datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación. En este método, de recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí.*” (2002, p. 13).

En las técnicas utilizadas en la investigación cualitativa (la entrevista, la observación, las preguntas abiertas, los diarios, otros), el tipo de dato recogido suele expresarse en cadenas verbales y no mediante valores numéricos. De ahí, que la mayor parte de los datos cualitativos poseen como una de sus características más conocidas la de ser expresados en forma de textos. De acuerdo con Strauss y Corbin

(2.002), dado su carácter polisémico, su naturaleza predominantemente verbal y el gran volumen que suele recogerse, el análisis de datos es visto como una de las tareas de mayor dificultad en el proceso de la investigación cualitativa. Estos autores concluyen que una teoría fundada empíricamente deberá explicar al mismo tiempo de describir, lo que hace de esta metodología una alternativa indicada para el estudio de las representaciones sociales, ya que permite tanto el estudio de sus contenidos (aspecto descriptivo) como de su estructura interna (aspecto explicativo).

Esta teoría propone dos etapas, la primera corresponde al *análisis descriptivo*, que consiste en construir códigos abstractos a partir de datos particulares, esta codificación, incluye todas las operaciones a través de las cuales los datos son fragmentados, a fin de examinarlos línea por línea, conceptualizados y luego articulados analíticamente de un modo nuevo. Los conceptos y códigos generados a través de la codificación tienen un carácter provisional. Este tipo de codificación se denomina codificación abierta y su objetivo principal es abrir la indagación. Cada unidad de sentido es conceptualizada y nominada, es decir se le adscribe una “etiqueta verbal” que interprete el significado de la información recogida (Araya, 2.002, p. 71).

Los conceptos obtenidos se agrupan en categorías que se organizan por jerarquía dando como producto final conceptos relacionados entre sí dando cuenta de las cualidades del objeto. La estrategia que se aplica a los datos codificados es la comparación permanente o constante.

Categorizar, de acuerdo con Martínez (2004), consiste en colocarle un nombre breve que sintetice o resuma el significado de la unidad. A las categorías menores se les denomina subcategorías. Varias categorías menores, pueden integrar una categoría.

Recomienda Martínez, que la transcripción de los diálogos se realice en los dos tercios derechos de la página, dejando el tercio izquierdo para la categorización y recategorización, numerando las páginas y las líneas del texto. Los contenidos se dividen en *unidades temáticas*, que luego se clasifican, conceptualizan o codifican en *categorías descriptivas* que se transcriben en el tercio izquierdo y que nombran la idea central de cada unidad temática. (Martínez, 2004). El núcleo central definirá a cada categoría.

A partir del análisis de la información, las categorías que emergieron, en relación con los significados de salud bucal para los niños niñas sujetos significantes de la investigación, quedaron identificadas y definidas y se ubicaron en torno a una categoría central; en ese proceso de categorización surgieron seis categorías principales y entre ellas una categoría central: *la salud bucal por descuento de enfermedad*, las cuales se presentan en el Momento VI de la tesis.

La segunda etapa de la teoría fundamentada corresponde al *análisis relacional* o construcción del núcleo figurativo, aquí se establecen relaciones y conexiones entre los diferentes contenidos de los resultados de la etapa anterior. Incluye la codificación axial y la selectiva (Araya, 2002). La codificación axial significa un análisis de las propiedades de la categoría; Martínez refiere que las categorías se pueden integrar en categoría más amplia y comprensiva y agrupándolas de acuerdo a su naturaleza y contenido (Martínez, 2004). La codificación axial permite develar las relaciones entre categorías y avanzar hacia su integración. Ayuda a generar modelos comprensivos sobre diferentes aspectos.

Posterior a esto, la codificación selectiva implica la integración de la categoría y sus propiedades, reducción de categoría por descarte, fusión o transformación. Es un modelo comprensivo que articula aspectos esenciales de los resultados en torno al fenómeno central.

La categoría central surge como aquella que mejor se relaciona y está conectada con el resto de las categorías, aparece frecuentemente en lo largo de los discursos. Esta categoría tiene un gran poder analítico, por el hecho de formar un todo explicativo.

Martínez (2.004), refiere este proceso como *estructuración*. Precisa el autor que toda observación implica ya una interpretación, o sea un esquema que le da sentido a la observación puesto que preexisten factores estructurantes del pensamiento, una realidad fundante, un horizonte previo en donde se inserta. Entonces, la interpretación implica una *fusión de horizontes*, una interpretación dialéctica entre las expectativas del intérprete y el significado de un texto.

En palabras de Martínez, la *estructuración y teorización* constituyen el corazón de la investigación; una vez establecidas y organizadas las categorías se puede optar por alcanzar uno de estos tres niveles de acuerdo a la profundidad y expectativas de la investigación; a) descripción normal; b) descripción endógena; y c) teorización original (2.004).

En la descripción normal se presenta una síntesis descriptiva y matizada de los hallazgos, analizando junto con las teorías del marco teórico, lo que representa las conclusiones del trabajo. La descripción endógena, generada desde adentro, la categorización y el análisis, nexos, esquemas, relaciones de categorías y clase parte de los propios datos; se logra una verdadera originalidad, sin embargo las posibles *teorías* quedan implícitas, no se hacen evidentes.

La estructuración ideal parte de un proceso de integración de categorías menores o más específicas en categorías más generales y comprensivas, convirtiéndose en un gran categoría, amplia, detallada y compleja. La estructuración tiene una etapa individual, referida a cada actor informante y otra general relacionada con todos los informantes.

El siguiente paso, de acuerdo con Martínez, es la *contrastación*, donde se relacionaron y contrastaron los resultados con estudios similares y referentes teóricos. En este momento fue importante el diálogo con los autores que precedieron la investigación.

### **Fiabilidad y credibilidad**

En el marco de esta investigación de corte cualitativo, se asume el concepto de fiabilidad. De acuerdo con Rodríguez y Valdeorola (2007), el criterio de fiabilidad nos indica el grado en que los resultados se repetirían si repitiéramos la investigación. Sin embargo, debido a que los contextos sociales, culturales e históricos propios de las investigaciones cualitativas están en constante transformación, se genera un problema a la hora de garantizar la replicabilidad de los resultados. Por ello, en lugar de hablar del criterio de fiabilidad propio del método cuantitativo, se utiliza el criterio de dependencia, esto es, el carácter de vinculación de los resultados a un contexto socioecológico concreto.

De manera que en esta Tesis Doctoral, se utilizó el *Criterio de Dependencia*, otorgada por los mismos actores sociales, quienes tendrán a su disposición una compilación de toda la información recolectada en su forma más pura, certificando a través de una hoja de acreditación, que lo que se ha transcrito y posteriormente interpretado es lo que realmente fue dicho por ellos. Esto permitirá al investigador respetar la esencia del objeto, con perseverancia, permanencia y constancia a fin de evitar perder el rumbo de su investigación, desviarse o caer en especulaciones inconscientes, abogar por opiniones o conceptos preconcebidos, dejarse seducir por reflexiones narcisistas o preocupaciones autoindulgentes ni caer en conceptos taxonómicos o teorías excluyentes

## **Teorización**

Consiste en intentar la integración de un todo coherente y lógico de los resultados de la investigación, con el aporte de los autores que sirvieron de referentes teóricos. En este momento la hermenéutica favoreció la unificación e integración de las partes y adecuarlas atendiendo los requerimientos especiales de las ciencias humanas. (Martínez, 2.004). Representa un modelo ideal que ofrece una estructura conceptual inteligible, sistemática y coherente para ordenar los fenómenos.

En resumen los pasos fueron:

- organización de contenidos por unidades temáticas
- clasificación y codificación.
- integración en categorías más amplias, megacategorías.
- despliegue de las categorías en la matriz temática denominada corpus temático.
- determinación de la categoría central y nuevas categorías relacionadas
- estructuración, interpretación
- contrastación y teorización.

## **MOMENTO VI**

### **EL ESPACIO DE LA INTERPRETACIÓN**

#### **La estructuración**

Llegado a este momento en la investigación, se impone la necesidad de dar cuenta de todo lo que ha acontecido. Heidegger (2.003) sostiene que ser humano es ser interpretativo, lo que quiere decir que la interpretación más que un instrumento para adquirir conocimientos, es el modo de ser de los seres humanos (Martínez, 2.004). La interpretación implica la fusión de horizontes, la dialéctica entre el investigador y los significados de su investigación.

En la tesis *la escuela como espacio de socialización en salud bucal*, se demarcaron la intencionalidad y directrices que guiaron los procesos de búsqueda de los significados de la salud bucal en los niños y niñas, para lo cual se empleó la teoría de las representaciones sociales; así como también descubrir cómo se revela la práctica de las actividades de educación para la salud bucal en los espacios familia, escuela y comunidad y comprender como se manifiesta el vínculo entre el modelo médico y el modelo educativo.

#### **Que hablen los niños y las niñas**

El diálogo con las niñas y niños, actores protagonistas de la investigación, representó tal vez la parte más rica y emocionante de la investigación, pero al mismo tiempo la más difícil. Ya he expresado que la empatía y familiaridad desarrollada en el espacio escolar con los alumnos y alumnas ha sido fundamental al momento de desarrollar las actividades de observación y las entrevistas, lo cual es una ventaja pues no existieron barreras relacionadas con desconfianza, extrañeza, ni la inquietud que despierta la presencia de extraños en el salón de clases; sus risas, sus ocurrencias, sus expresiones de afecto hicieron de la investigación un ejercicio gratificante. Sin embargo, la gran barrera a vencer fue la poca fluidez léxica, propia de la edad de los

informantes, la cual implicó un mayor esfuerzo y más atención al lenguaje del cuerpo, a los gestos, posturas, bostezos y suspiros, que en ocasiones dijeron más que las palabras; las grabaciones fueron de inmensa utilidad, las anotaciones también y se recurrió en algunas ocasiones a dibujos de los niños y niñas de sus representaciones de la salud.

Del proceso de sistematización, codificación y categorización de las representaciones sociales de los niños y niñas sobre salud bucal (anexo 7, pp. 278-282) surgieron seis categorías principales las cuales se estructuraron en las temáticas.

1ra temática: salud bucal por descuento de enfermedad. *“salud bucal es que no me dé caries”*

2da Temática: salud bucal: ausencia de dolor. *“la salud bucal no duele”*

3ra Temática: *enfermedad bucal causada por microbios.*

4ta Temática: salud e higiene bucal. *“si estoy limpio estoy sano”*

5ta Temática: salud y alimentación. *“yo me como todo”*

6ta Temática: el odontólogo me cuida los dientes. *“el dr. sacamuelas”*

***Primera temática: salud bucal por descuento de enfermedad. “salud bucal es que no me dé caries”***

Se indagaron las representaciones sociales sobre el significado de la salud bucal para los niños y niñas, los relatos de ellos/as giraron en torno a la relación salud-enfermedad, concretadas en expresiones como las siguientes:

*Salud bucal es que no me dé caries (niño de 8 años)*  
*Es no tener caries (niña de 8 años)*  
*Que no se me pegue la caries (niño de 7 años)*  
*No tener las muelas picadas (niño de 10 años)*  
*Es tener los dientes sin caries, ni las muelas picadas (niña de 9 años)*  
*Que no se me piquen los dientes (niña de 6 años)*

Estas expresiones representan la forma cómo la mayoría de los niños y niñas se refirió a la noción de salud bucal; en ellas se refleja la noción a de la concepción de salud centrada en la enfermedad.

El concepto de salud de la OMS que entró en vigencia en 1948, la definió como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta concepción sin embargo, pareciera que trae consigo la idea de que salud es sinónimo de “ausencia de enfermedad”. En las representaciones de la gente en general este aspecto resalta al momento definir la salud, existe una asociación casi automática de estos dos conceptos: salud/ausencia de enfermedad; en los niños es interesante observar cómo aún sin tener un concepto claro del significado de la salud, en este caso salud bucal, ya ocurre esta asociación entre ambos conceptos.

Por otra parte, Romero refiere que la práctica odontológica ha sido permeada por el modelo positivista, fundándose como objeto exclusivo la enfermedad de la boca, haciendo de ella una práctica morbicentrista (2009); de esta forma, como es planteado por Bello y Marcano (1.998), las prácticas de promoción de salud , asumidas como una vía para evitar o distanciar la recurrencia de la enfermedad y para enfrentar al medio agresor, también están centradas en la enfermedad, en el caso de la odontología, en la enfermedad bucal y casi exclusivamente en la caries dental.

Por su parte, la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (F.O.U.C.) no escapa de esta realidad; su ejercicio apunta a la atención de la boca y en ocasiones sólo, al diente. De acuerdo con Couto, (2010), los efectos de una formación profesional odontológica enfatizada en el modelo morbicentrista, en donde la cavidad bucal y el diente han ocupado buena parte de la formación, están representados en la práctica odontológica.

Los programas de salud dirigidos al componente bucal desarrollados por los estudiantes de la F.O.U.C. en la escuela Básica “Dr. Carlos Arvelo” tienen las características antes mencionadas, esto se puede traducir en prácticas de educación para la salud morbicentrista, centradas en la enfermedad y el diente, lo que colabora a la construcción de representaciones sociales en los niños y niñas de la escuela acordes a esta concepción.

***Segunda temática. Salud bucal: ausencia de dolor. “la salud bucal no duele”***

En el rastreo de las representaciones sociales de la salud bucal, el dolor, o su ausencia vino a ser expresado como un síntoma relacionado con la enfermedad bucal, que se evidenció en expresiones tales como:

*La salud bucal no duele (niño de 8 años)*

*Que no me duelan los dientes (niña de 9 años)*

*Que no me duela la muela (niña de 9 años)*

*Es que no tenga dolor (niño de 6 años)*

*Para mí salud bucal es que no me den dolores de muela (niño de 10 años)*

*Es no sentir dolores en las muelas (niña de 7 años)*

En estas respuestas se revela el sentido común del síntoma clínico de la enfermedad: el dolor, como un binomio enfermedad/dolor (Saenz, S., s.f. a); vale la pena resaltar que el dolor físico en los niños y niñas relacionado con la boca en la

mayoría de los casos estudiados no ha sido experimentado, sin embargo las marcas sociales del dolor asociado a la odontología se manifiesta en las respuestas dadas.

La percepción del signo clínico dolor, es prolongación del signo cavidad bucal enferma, y adquiere sentido, expresándose como un componente de la enfermedad bucal. Desde este campo, hace su manifestación la concepción biologicista de la salud y de la enfermedad bucal.

Saenz, hace mención a la concepción del paciente como una cavidad bucal dañada que reclama la atención del profesional. En esta mirada la universidad vuelve a ser protagonista junto a los estudiantes de pregrado de la carrera, quienes en su enfoque biologicista, han recurrido a al reduccionismo-biologicista en las explicaciones del proceso de salud, que impregnan las prácticas de educación para la salud bucal. Frases como *dolor de muela*, *destrucción dental*, *muerte pulpar* son comunes en las actividades educativas, lo que conduce a la formación de representaciones sociales negativas sobre la salud bucal. (Payares, 1.997).

La práctica odontología predominante ha recurrido a un reduccionismo o determinismo biologicista desintegrador, cuando plantea a la boca como un sistema cerrado, al explicar las leyes de la biología en consonancia con las leyes de la mecánica (1997). Bajo esta mirada, ese espacio de la cavidad bucal se hace propicio para el establecimiento de los signos de la enfermedad bucal circunscritos exclusivamente a ese lugar, donde el dolor emerge como principal síntoma.

El reto es pensar la odontología desde una lógica que supere el estadio del oficio del odontólogo como el “eliminador rápido del dolor bucal” (Saenz, S., s.f. a); hacer un ejercicio de prevención y educativo con una concepción en sentido positivo, promocionar la salud y no su ausencia, promocionar modos de vida saludables, espacios saludables, escuelas saludables, es decir una promoción positiva de la salud

(Bello, F. y Marcano, M., 1998); una práctica donde el epicentro sea la salud y no la enfermedad y el dolor.

***Tercera Temática: enfermedad bucal causada por microbios.***

Cuando se indagó sobre lo percibido como una boca sin salud, una boca enferma, las expresiones resaltantes se dirigieron casi en su totalidad a la enfermedad de la caries dental:

*Una boca enferma es tener caries en los dientes (niño de 7 años)*  
*Es tener los dientes picados (niño de 9 años)*  
*Dstrucción de los dientes por las bacterias (niña de 10 años)*  
*Es la caries (niño de 6 años)*  
*Como unos gusanitos que no se ven que hacen guequitos en los dientes (niño de 8 años)*  
*Son “guecos” que se comen los dientes (niña de 7 años)*  
*Cuando se destruyen los dientes (niño de 8 años)*  
*Es un “gueco” en el diente (niña de 6 años)*  
*Es un “gueco” negro en la muela que duele (niño de 8 años)*  
*Son unos animalitos que ablandan los dientes (niño de 7 años)*

Estas voces reflejan la relación que se ha establecido entre salud y enfermedad, en la que la enfermedad pasa a ser el objeto de estudio de la salud, en esta investigación de la salud bucal.

Como se ha venido exponiendo, pareciera que la finalidad de la práctica odontológica es *quitar caries*; si bien la especialización y el desarrollo tecnológico en el área de la salud bucal ha superado las expectativas de los profesionales de la salud, la caries dental sigue siendo el punto débil de la odontología.

Los grandes estudios que a nivel nacional se han desarrollado para estudiar las condiciones de salud bucal de la población venezolana antes de la meta “Salud para Todos 2000” (EPIO en 1968-1970, Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela de FUNDACREDESA en 1987 y Estudio Basal de Prevalencia de Caries y Fluorosis Dental en Niños Escolarizados en 1997) señalaron que aunque hubo una ligera disminución de la incidencia y prevalencia de la caries, ésta no se correspondió con las pautas señaladas por los organismos internacionales (Borges, M. y Mireles, J., 2009).

En su último estudio, en el año 2000-2001, FUNDACREDESA concluyó que sólo 5 por ciento de la población ha asistido a la consulta odontológica, y los tratamientos más predominantes consistieron en restauraciones 40 por ciento, extracciones 28 por ciento y consultas 77 por ciento (MSDS, 2.001). Lo que hace pensar que las estrategias de promoción, educación y prevención de la salud bucal deben ser re-evaluadas, cambiar la educación para la salud centrada en la enfermedad por una promoción positiva (Bello y Marcano, 1998).

La perspectiva biomédica ha conceptualizado la salud, la enfermedad y las conductas de riesgo como fenómenos exclusivamente biológicos y/o psico-biológicos (Martínez Hernáez, 2.008), lo que se suma a programas de educación y promoción de la salud bucal, en los que los estudiantes de 4to año de la carrera de odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo despliegan un discurso unidireccional, biologicista, centrado en la enfermedad caries dental, en donde predomina la información sobre una serie de eventos, signos, síntomas de enfermedad obviando conceptos más apropiados como *bienestar*, *comodidad*, *estar bien*, que tienen más sentido para los niños y niñas.

Esta combinación de eventos marca las representaciones sociales de la salud bucal de los niños y las niñas, que se reflejan en su percepción de biologicista de la enfermedad bucal.

Resalta lo biológico y natural en la explicación del fenómeno de enfermedad se plasma en expresiones como “*unos gusanitos que no se ven que hacen guequitos en los dientes*”, caries “*son unos animalitos que ablandan los dientes*”, “*destrucción de los dientes por las bacterias*”, “*son gusanitos que destruyen los dientes*” el reduccionismo y determinismo biológico le otorga a la biología, a los microbios (gusanos), la exclusividad de la causa de la enfermedad cariosa, vista esta a su vez como la única enfermedad bucal. Estas representaciones son reflejo de lo que los niños y las niñas se han apropiado en sus diferentes microespacios, familia, escuela y comunidad, siendo la escuela uno de los espacios de mayor impacto si se conoce de la existencias de programas de educación para la salud bucal que allí se desarrollan, los cuales responden a la lógica reduccionista de la salud.

***Cuarta temática: salud e higiene bucal. “si estoy limpio estoy sano”***

Al averiguar sobre las formas de mantener la boca sana, como un medio para tener salud bucal se proporcionaron respuestas claras que apuntaron a la estrategia única de higiene bucal, reflejo de la concepción reduccionista y determinista del proceso de salud bucal.

*me cepillo los dientes tres veces al día (niña de 10 años)*

*me cuido los dientes, me los lavo con crema dental (niña de 8 años)*

*me lavo los dientes después que como (niño de 8 años)*

*me cepillo tres veces al día y uso enjuague bucal (niño de 9 años)*

*utilizo cepillo de dientes con crema y enjuague bucal (niño de 10 años)*

*me cepillo los dientes (niña de 6 años)*

*cepillándome después que como (niño de 7 años)*

Las prácticas de higiene bucal representan acciones de primer orden en lo referente al mantenimiento de la salud bucal y a la prevención de enfermedades bucales.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa (World Health Organization, 1986), se señaló la importancia de los centros de enseñanza para la implementación de acciones de promoción de la salud, y se estableció como medio necesario para mejorar la salud a la promoción.

Como ya es conocido, la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo lleva a cabo un programa de salud bucal integral en la E. B. “Dr. Carlos Arvelo”, en el que los estudiantes desarrollan programas de educación para la salud bucal con la finalidad de repercutir positivamente en la salud de los escolares; la enseñanza y refuerzo de hábitos de higiene bucal representa una de las principales estrategias y actividades plasmadas en los programas; sin embargo, la idea de ver a la higiene bucal como la única actividad para prevenir la aparición de la enfermedad bucal en la promoción hace de ellos programas de corte reduccionistas.

Martínez Hernández (2008), plantea que la salud abarca una amalgama que combina comportamientos, desigualdades de clase, representaciones simbólicas, que tiende a ser ocultada por la sistematización de variables de los enfoques biologicistas, que miran los procesos de salud-enfermedad independientes de los recursos médicos locales, condiciones económico-políticas y contexto histórico-cultural.

Por otra parte, para Minkler (1989), lo cotidiano es ver que los enfoques de promoción de la salud emplean acciones centradas únicamente en el individuo, con estrategias casi exclusivamente orientadas a cambios de comportamientos individuales, en las que se responsabiliza por completo a las personas sobre el resultado del proceso de su salud; en algunos casos se les culpabiliza de su posible falta de salud, percibiendo a la enfermedad como el resultado absoluto de un fracaso

personal, obviando los determinantes del entorno e ignorando su conexión con la salud.

En este sentido, es común escuchar frases tales como “*las personas no se responsabilizan de su salud*”, “*si no haces lo que te dice el médico entonces no culpes a otros de tu enfermedad*”, sin detenernos a pensar en que las enfermedades no son unicasales, no existe un causa única para padecerlas y por lo tanto tampoco una sola forma de evitarlas; los enfoques reduccionistas y deterministas de la salud pretender establecer una unidimensionalidad de causas (Martínez Hernández, A., 2008), viendo el proceso de salud enfermedad desligado de los determinantes sociales, culturales, políticos.

La mirada médica enmascara las estructuras globales y locales que determinan la salud de las poblaciones, haciendo ajenos las condiciones económico-políticas, económico-políticas y el contexto histórico-cultural en donde se producen. La concepción unidimensional de la salud bucal y la ausencia de conocimientos en ciencias sociales hace ver a las enfermedades en función de conductas de riesgo para su aparición.

En los programas de salud bucal se hace un énfasis en conductas de riesgo para la aparición de las enfermedades bucales, señalando la falta de higiene bucal como causa principal para el desarrollo de la enfermedad, ocultando el estudio de los determinantes sociales.

Esto se refleja en las representaciones sociales que expresan los niños y niñas informando la noción de entender a la higiene bucal y a sus técnicas como único medio para evitar la enfermedad.

***Quinta Temática: salud y alimentación. “yo me como todo”***

Al escudriñar sobre la forma de mantener la salud bucal, surgió también la representación social de la adecuada alimentación como medio para mantenerse sano; las expresiones que acompañaron a esta representación son tales como:

*“yo me como todo” (niña de 6 años)*

*“como bien y bastante” (niño de 7 años)*

*“no como chuchería” (niño de 8 años)*

*“no como chucherías ni chiclets” (niña de 9 años)*

*“no mastico chiclets” (niña de 8 años)*

*“como sano y no como chucherías” (niño de 10 años)*

Esta representación es del mismo orden que la anterior (si estoy limpio/a estoy sano/a), en cuanto a sus implicaciones de carácter determinista y reduccionista. La alimentación sana, adecuada y balanceada es fundamental para el desarrollo durante la niñez en todas sus capacidades físicas, sociales e intelectuales. Es muy positivo que los niños y niñas reconozcan la importancia de una buena alimentación, sin embargo, al igual que la higiene bucal, la alimentación es sólo uno de los múltiples determinantes que intervienen en el proceso de salud.

El desarrollo cognitivo de los niños y niñas estudiado por varios expertos refiere que éstos/as son capaces de aprender al máximo de sus capacidades y aún, con la ayuda de adultos o personas expertas, desarrollar su máximo potencial para resolver situaciones y problemas de su día a día, tan como lo plantea Vygotsky (1.929) quien lo describe como zona de desarrollo proximal, lo que permite emplear herramientas y técnicas para el despliegue de sus potencialidades. En el caso de los programas de educación para la salud, debe tenerse esta premisa en cuenta, y mostrar al niño y a la niña la multicausalidad de los determinantes de la salud, adaptados por su puesto a su condición cognitiva, pero mostrar más allá del modelo simplista y unicausal del proceso salud-enfermedad.

La condición de *natural* y ahistórica como fue concebida la niñez los ha minimizado socialmente, disminuyéndolos como actores sociales, no siendo

estimados como informantes conocedores de su contexto social (Goncalvez y Franco, 2011), sin embargo, los nuevos estudios sociales de la infancia los/as consideran actores sociales involucrados en la construcción de sus propias vidas (Vergara, A., Chavez, P. y Vergara, E., 2010). Esta nueva condición hace propicia la inclusión de elementos que promuevan en el niño y a la niña la comprensión del proceso de salud y sus determinantes multicausales y multidimensionales.

***Sexta Temática: el odontólogo me cuida los dientes. “el dr. sacamuela”***

Hurgar las representaciones sociales sobre la figura del odontólogo en los niños y las niñas trajo una *colección* de adjetivos que representan al profesional de la salud bucal ante la mirada de los niños y niñas; algunos de esos adjetivos se expresaron como siguen:

*“el doctor sacamuela” (niño de 9 años)*

*“el doctor que trabaja arreglando los dientes” (niño de 7 años)*

*“un doctor que cura” (niña de 6 años)*

*“el doctor que quita la caries y tapa los ‘gucos’” (niña de 8 años)*

*“el que saca la caries” (niño de 9 años)*

*“el doctor de los dientes, el que elimina la caries y saca los dientes dañados” (niño de 10 años)*

*“el doctor que cuida los dientes” (niño de 8 años)*

*“el doctor muelitas” (niña de 8 años)*

Todas estas expresiones recogen la realidad de la vida cotidiana construida alrededor del concepto de odontólogo; al interpretar y reconstruir significativamente la realidad en torno al “odontólogo”, se pone de manifiesto el campo de representación de la representación social que remite a la idea de imagen, de modelo

social, al contenido concreto y limitado sobre un aspecto preciso de las representaciones, se relaciona con lo que *veo* (Araya, 2.002).

Es así como los niños y niñas *ven* al odontólogo, como el “*doctor muelita*”, el que “*saca la caries*”, “*tapa los ‘gucos’*”, “*el sacamuélas*”; adjetivos que se corresponden con la noción general del odontólogo.

El proceso de formación del odontólogo se ha caracterizado por el enfoque predominantemente curativo y clínico-rehabilitador, donde el cuerpo dañado se convierte en un simple referente instrumental reducido a un sistema de relojería que debe ser reparado para que siga funcionando (Couto, 2.010). Por otro lado, el reduccionismo y determinismo explica las leyes de la biología en consonancia con las leyes de la mecánica y considera la *cavidad oral* como un sistema cerrado, suficiente y exclusivo, lo que se refleja en los conceptos de *aparato masticatorio*, *piezas dentarias*, y *mortalidad dentaria*, entre otros (Payares, C., 1997).

En este mismo sentido, para Gadamer (1.996), la medicina moderna, tiene como meta la curación, y esta sólo es considerada desde la mirada mecánico funcionalista, lo cual ocurre también en el ámbito de la odontología. Para Capra (2004), este fenómeno de la curación es imposible de comprender en términos reduccionistas y se remonta a la separación que hizo Descartes entre mente y cuerpo, que llevó a los profesionales de la salud a concentrarse en la máquina del cuerpo, olvidando que el concepto de curación supone una compleja interacción entre los aspectos físicos, fisiológicos, sociales y ambientales de la condición humana. La mirada reduccionista de la enfermedad se constituyó en uno de los principios fundamentales de la ciencia médica moderna.

El odontólogo y su práctica se concentran en tratamientos clínicos individuales y separada del resto del individuo; así, la boca es vista como un órgano aislado del resto del cuerpo, fragmentada en órganos aislados, reduciéndola a

fracciones: dientes, encías, tejidos blandos, lengua, perdiendo cualidades y parte de su esencia; desdiciendo de la máxima de Morin (1993) cuando plantea que el todo tiene una cantidad de propiedades y cualidades que no tienen las partes cuando están separadas. El diente es visto en singular, como epicentro y diámetro de una práctica odontológica (payares, 1997); Gadamer lo expresa muy bien cuando nos dice que ya no hablan los pacientes, ahora hablan los órganos (2.002).

Todo esto se refleja en las representaciones sociales que el niño y la niña construye sobre la figura del odontólogo; esta noción es compartida con personas del entorno familiar, escolar y de su comunidad.

Las funciones que el niño y la niña atribuye al odontólogo se visualizan en sus expresiones y se corresponden con las reflexiones de los de los estudios referidos en los párrafos precedentes. *Tapar, reparar, curar, sacar muelas*, son los equivalentes de la curación, de la aplicación de tratamientos curativos y clínico-rehabilitadores considerados desde la mirada mecánico funcionalista.

### ***La estructura de la representación social salud bucal***

Luego de la interpretación de las seis categorías surgidas las cuales emergieron de la codificación y categorización de las entrevistas a los niños y niñas, (que fueron estudiadas en los puntos anteriores), en relación con los significados de salud bucal, se ubicaron en torno a la categoría que emergió como central, quedando identificadas y definidas tal y como se pueden observar en el gráfico 1; la categoría central: “*la salud bucal por descuento de enfermedad*”, en el siguiente esquema; en torno a ellas giraron los diálogos de indagación.

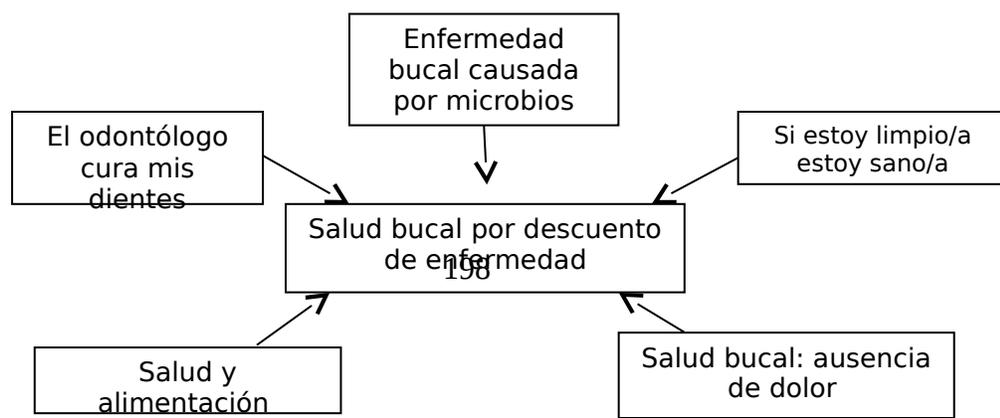


Gráfico 1. Estructura de la representación social de la salud bucal.

A través de las dimensiones de las representaciones sociales se logró conocer mediante el *yo sé*, la información tienen los niños y niñas sobre el objeto salud bucal, la cantidad y calidad de ese conocimiento; la dimensión actitud, nos permitió captar lo que sienten, con respecto a la salud bucal, que hacen y cómo actúan frente a ella; y el campo de representación, lo que ven, lo que imaginan es la salud bucal, las ideas sobre ese proceso, nos ayudó a comprenderlas dando cuenta de los conocimientos de cómo entienden la realidad de la salud bucal.

### **La práctica de las actividades de educación para la salud bucal en los espacios familia, escuela y comunidad**

Para continuar dando cuenta de lo *descubierto* en los encuentros con los actores de la investigación, se planteó como una directriz de la tesis describir cómo se revela la práctica de educación para la salud bucal desde los microespacios familia, escuela y comunidad.

Para esto se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres representantes de los niños de la escuela, a cuatro maestras y a tres representantes de la comunidad.

La categorización se realizó siguiendo los mismos parámetros de la categorización utilizada en el estudio de las representaciones sociales (anexo 8, p.

283); luego de establecer las categorías se definieron categorías mayores a las cuales denominé Dimensiones.

Las relaciones e interacciones que se establecen en los espacios más cercanos donde transcurre la vida de las niñas y niños incluyen la familia, la escuela y la comunidad, en esta tesis los protagonistas de estos espacios enriquecieron la investigación con los testimonios de sus vivencias.

### ***La familia y su salud bucal***

En los encuentros con los representantes de niños y niñas de la E.B. “Dr. Carlos Arvelo” se recabó información referente a las prácticas de salud bucal que se desarrollan en el núcleo familiar. La familia representa el espacio más cercano de la niñez donde ocurren los primeros procesos de socialización, y es el contexto más íntimo de desarrollo para las personas que la conforman en las distintas etapas de su vida.

Luego de la categorización de las entrevistas con los representantes de los niños y niñas (anexo 8, pp. 301-309 ) se estructuraron tres dimensiones con sus categorías:

#### **1ra Dimensión: PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL:**

- Conceptualización de la salud bucal
- La salud bucal como valor

#### **2da Dimensión: PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL:**

- Higiene bucal
- Alimentación
- Participación comunitaria

#### **3ra Dimensión: SITUACIÓN SALUD-ENFERMEDAD:**

- Sentir del proceso salud-enfermedad
- Manejo de la situación salud-enfermedad
- Experiencia en el servicio odontológico

1ra Dimensión: PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL:

La primera categoría que se trabajó en esta dimensión fue: *CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD BUCAL*. La percepción que los representantes tienen sobre la salud bucal giró en función del concepto de salud bucal entendido por ellos y del valor que para ellos representa la salud bucal. También se les preguntó sobre la salud general. Las respuestas aportadas muestran el sentido que le otorgan al proceso de salud bucal, plasmado en expresiones como:

*Para mí la salud bucal viene a ser no tener ningún tipo de enfermedades, ni dolores; es poder tener una vida normal, hacer mi vida sin guardar cama..*

*Salud bucal es no tener caries, no dolores dentales ni perder dientes*

Estas expresiones son similares a las representaciones sociales de los niños y niñas sobre salud bucal en las que resalta la asociación que hacen las personas entre salud y ausencia de enfermedad; no es extraño esta coincidencia, si partimos del hecho que la familia inicia los primeros procesos de socialización, entonces se entiende que la concepción que tengan el padre y la madre respecto de una situación de la vida cotidiana se espera sea correspondida con la representación social que el hijo/a tenga respecto de ese mismo hecho o situación; igual pasa con la noción de ausencia de dolor como conceptualización de la salud bucal expresada en las respuestas, que también se corresponden con la representación que tienen los niños donde se destaca la salud como ausencia de dolor.

De acuerdo con la OMS (2.004) la mayoría de la población adulta padece de caries dental, en esta sentido, los adultos entrevistados respondieron esta pregunta sobre la salud bucal en base a su experiencia directa con el objeto salud bucal, mientras que los niños, la mayoría, se expresaron más por el conocimiento generado a través de los símbolos y lenguajes que reciben y de los cuales se apropian en relación a la salud bucal.

Por otro lado, la práctica odontológica predominante ha recurrido a la racionalización científica en las ciencias de la salud, las que en su lucha contra el dolor adoptaron el modelo mecanicista: el cuerpo es una máquina en la que el dolor es una señal de rotura o mal funcionamiento. Esta concepción envuelve al proceso de salud, haciendo que sea el dolor quien defina el estado de salud bucal y no la propia salud. Lo cual se ve reflejado en las expresiones que señalan a la ausencia de dolor como el estado de salud (Saenz, s.f b).

*Yo creo que salud se resume: no tener dolores y tener todos mis órganos sanos... y la salud bucal es no tener caries*

*Yo digo que salud general no sufrir dolores, ser saludable ...*

*Salud bucal sería no tener caries, ni dolor, estar sana, mantener mis dientes limpios.*

En general las manifestaciones que utilizaron para definir salud y salud bucal reflejaron la explicación biologista y reduccionista de la enfermedad, centradas en la enfermedad y reflejando la ausencia del síntoma dolor como elemento primordial de la definición de la salud bucal.

Llama la atención la expresión “*salud es tener todos mis órganos sanos*”; la mirada clínica hoy día, ha sido desplazada por la mirada técnica que opera un vaciamiento de subjetividad, el paciente es reducido a una sumatoria aritmética de

órganos, tejido y aparatos (Rodríguez, F., 2.006). Ahora ya no hablan los cuerpos, sino las estructuras anatómicas e histológicas, y más recientemente las ultraestructuras.

Esta concepción se equipara a una práctica fragmentada, donde se atiende a órganos aislados del cuerpo, reduciendo la práctica a fracciones trabajo que reparan fracciones del cuerpo. La boca, separada del cuerpo, es un órgano, pero no llega hasta ahí la fragmentación, ella también es fragmentada en partes más específicas, dientes, epicentro de la práctica odontológica (Payares, 1997), encías, lengua, cada uno aislado del resto.

La segunda categoría que se trabajó en esta dimensión fue: *LA SALUD COMO VALOR*. Muchos consideran la salud como el bien más preciado del ser humano; el valor de la salud es intangible, no se puede tomar de las manos, sin embargo puede percibirse, puede sentirse o dejarse de sentir. Para algunos tiene un valor social, para otros se trata de un valor humano. Como quiera que sea entendido, la salud es considerada más que un derecho, un valor humano.

En esta categoría se realizaron preguntas claves: qué importancia tiene para usted la salud bucal? ¿Por qué considera importante la salud? ¿Y una segunda pregunta: ¿qué valor le otorga a la salud bucal? ¿Qué significado tiene el valor de la salud bucal?

Las respuestas se plasmaron como se presentan a continuación:

*Yo creo que la salud es muy importante, si nos da caries nos da dolor, se nos puede inflamar el cachete, y si por ejemplo perdemos dientes de la parte de delante de la boca se ve antiestético....el valor de la salud bucal es la estética, para una poder hablar con tranquilidad, poder reírse...la boca es una carta de presentación, imagínese ir a buscar un trabajo y*

*tengo los dientes picados o que me falte uno, sobre todo los de adelante que son los que se ven.*

Este pasaje expone lo que se ha venido desarrollando en los párrafos anteriores en relación con la noción de enfermedad, caries, que se sobrepone ante el concepto de salud. Otro elemento que se destaca es el referente a la estética como valor en la salud bucal.

En el lenguaje coloquial, el cual se asume como el manifestado en la expresión anterior, la estética denota en general lo bello, lo gracioso; en este sentido, el valor estético se refiere al valor que se le otorga a algo por ser bello. No existe ningún argumento para objetar la adjudicación del valor de belleza, de estético a la salud bucal, sin embargo, la sobrevaloración estética de los dientes anteriores por ser los que se exponen socialmente no debe anteponerse a la funcionabilidad necesaria de todo el conjunto de dientes.

Lo funcional y lo estético deben compaginarse; lo interesante es que la población comprenda que aun y cuando los molares, por ocupar posiciones posteriores en las arcadas de la boca no están expuestos, su función es primordial en los procesos de la masticación y el habla. La práctica odontológica integral cuida igualmente los parámetros estéticos y funcionales

La boca tiene un gran significado, permitiendo, no solo la alimentación, con la apreciación gustativa, sino también la exteriorización de sonidos, palabras y expresiones y la estética (Rufenacht, 1992, citado por González, Solórzano & Balda, 1.999). En un mundo en que lo social representa la esfera en la que nos desenvolvemos, resulta comprensible y perfectamente válido el anhelo de lo estético.

Otra manifestación sobre el valor de la salud:

*La salud bucal es importante ya que la boca representa una parte del cuerpo que si se enferma la persona se siente mal, lo que pasa es que como la caries es una parte pequeña del cuerpo no le dan importancia como cuando tenemos un problema de estómago o riñones....yo creo que el principal valor de la salud bucal es que podemos masticar los alimentos*

En estas palabras se percibe la noción del cuerpo como un todo integral; aún y cuando se menciona a la boca como una parte del cuerpo, fragmentación corporal, se expresa que siendo ella parte de ese todo, su función repercute en el resto del organismo. Por otro lado aparece lo que ya es común en todos los diálogos, la enfermedad en el lugar de la salud, la noción morbicentrista de la concepción de la salud. También revela como valor de la salud bucal a la funcionalidad que le otorga el acto de la masticación.

#### 2da Dimensión: PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL:

Las categorías que se trabajaron en esta dimensión fueron: *HIGIENE BUCAL, ALIMENTACIÓN Y PRÁCTICAS COMUNITARIAS:*

La pregunta para las dos primeras categorías fue: ¿qué actividades realizan en el grupo familiar relacionadas con la salud bucal, para contribuir con su salud bucal? La atención prestada a la higiene y a la alimentación es indicio del conocimiento sobre la importancia de cuidar estos aspecto para mantener la salud bucal, sin embargo ambas son vistas como las únicas posibilidades de acciones para mantener la salud bucal, obviando los determinantes sociales que inciden en los procesos de salud y enfermedad.

*En la casa todos nos cepillamos tres veces al día con crema dental, y nos cuidamos, sabes que si uno come mucho dulce se pican los dientes*

*Utilizamos cepillo y crema para cepillarnos, después de cada comida; y bueno la alimentación es la base de una dentadura sana*

*Nosotros nos cuidamos, nos cepillándonos tres veces al día; creo que la buena alimentación ayuda a una buena dentadura, tomar leche y frutas ayuda en mucho..*

La salud vista así, es entendida como un fenómeno causado por factores de riesgo, una concepción causalista, arraigada en la profesión odontológica con la tendencia a buscar y aislar *factores de enfermedad* a los que se les conoce como *factores causales* (Breilh, 2003). De igual forma, se estudian de manera desarticulados, factores aislados y condicionantes separados, que intervienen dando como resultado una salud desvinculada de su contexto. Pareciera entonces, que existe una resistencia al desarrollo de una mirada compleja que ayude a superar la visión fragmentada de la salud, como un recurso inevitable para su comprensión.

Para la categoría: PRÁCTICAS COMUNITARIAS, la pregunta fue si dentro de la comunidad se realizan actividades realizan actividades comunitarias de salud bucal y si hay presencia de grupos que trabajan con la comunidad; Las respuestas fueron similares:

*Hay grupos doctora, pero a mí no me gusta eso, eso es puuuuura política, ellos hacen su cosas, yo no digo que sean malas pero a mí no me gusta!..que yo sepa, es puro operativo para sacar cédulas y poner “mercal”*

*Bueno, ellos a veces hacen reuniones, pero no son cosas de salud, más que todo ponen mercados populares...pero de odontología nada..*

*Hay varios grupos, a veces, los fines de semana, hacen operativos de sacar cédulas, mercados, pero de odontología no hacen..*

Se denota que las acciones de participación de la comunidad son una actividad asistencialista, *conciéndose como un ejercicio pasivo* (González, M., 2.005). Al respecto también comenta León Uzcátegui (2005), que la participación de las comunidades se ha caracterizado por el fomento de una participación, la cual yo refiero como “participación pasiva”, que se concibe, en el mayor de los casos, como una simple asistencia a “campañas” u operativos, intermitentes por demás; por otro lado, la concepción de estas actividades, de acuerdo con el mismo autor, es representada como una actividad paternalista, tecnocrática y utilitaria en relación a las comunidades.

El Artículo 62 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) de 1999, establece: *La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo* (CRBV, 2000). Sin embargo, la forma más común de participación es en el control social de la gestión pública en salud en los distintos niveles de gobierno; en relación con la participación ciudadana en salud, refiere el mismo autor, representa un potencial no desarrollado, poco explorado, pero con enormes posibilidades (León Uzcátegui, 2005).

Esta forma de *participación pasiva* se basa en la colaboración de la comunidad, la asistencia a los operativos, su exclusión en la planificación y toma de decisiones, con marcadas diferencias de clase y de género en las acciones que desarrolla y la presencia de *expertos* quienes dicen qué y cómo debe hacerse, obedeciendo a una lógica contraria, en la mayoría de los casos, a la lógica de la comunidad lo que conlleva a la exclusión y apatía de la población.

3ra Dimensión: SITUACIÓN SALUD-ENFERMEDAD

Esta tercera dimensión a su vez está compuesta de tres categorías: EL SENTIR DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, EL MANEJO DE LA SITUACIÓN SALUD-ENFERMEDAD Y EXPERIENCIA EN EL SERVICIO ODONTOLÓGICO.

Para conocer el SENTIR DE LAS PERSONAS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD e indagar cómo las personas enfrentan, cómo es el MANEJO DE LA SITUACIONES DE SALUD-ENFERMEDAD se realizaron varias preguntas: ¿ha tenido algún problema de salud bucal? ¿cómo se ha sentido ante éste? ¿qué ha hecho para resolver la situación?

*Yo he tenido caries, a mí me sacaron dos muela porque la caries me les comió el nervio y el doctor tuvo que sacármelas, uno se siente muy mal.. y en este diente de adelante me hicieron un tratamiento de canales, ese sí no quise sacármelo porque es del “tren delantero”, jeje..*

*..una vez tuve un dolor bravo doctora, que no se me calmaba con nada, ni remedios, no podía ni trabajar, no me quedó otra que ir al odontólogo, tenía una muela destruida y la de al lado casi igual, no tanto pero sí más o menos, entonces decidimos que me sacara las dos, para arrancar el problema de raíz..*

*Me ha dado caries, yo tenía un huequito en una muela que se metía la comida pero como no me dolía casi no le hacía caso, pero después empezó a molestarme ya me dolía solo y fui al odontólogo y me la tuvo que sacar... eso fue muy doloroso, no me dejaba hacer nada...*

*Yo tuve una caries cuando estaba pequeña, y después con cada barriga se me “descalsifican” los dientes.. las encía me sangran a veces pero es por el mismo embarazo, yo me cepillo suavemente y uso enjuague..hay que aguantar un poquito hasta salir de la barriga para ir al odontólogo.*

En estas expresiones resaltan varios aspectos, lo primero que se destaca es lo observado en todas conversaciones que es la asociación de enfermedad bucal con caries y dolor, lo cual ya está suficientemente referido.

Algo interesante que aparece en las respuestas es el hecho de que las personas **otorgan poca importancia al inicio de la enfermedad**: “*yo tenía un huequito en una muela que se metía la comida pero como no me dolía casi no le hacía caso*”; este asunto, aunque pudiera pasar desapercibido es de gran importancia si entendemos el hecho de que cuando la enfermedad se ha instalado, el diagnóstico y tratamiento precoz son vitales para impedir el avance de la enfermedad cariosa y sus consecuencias finales como la pérdida dentaria.

Esto quiere decir que mientras más conocimientos posean las personas sobre su salud bucal, más chance tendrán para recibir un diagnóstico y un tratamiento temprano; si se conoce el hecho que quien recibe información a tiempo a través de una buena educación para la salud, sabe que debe ir al odontólogo como parte de una rutina de salud sin esperar tener signos ni síntomas de enfermedades bucales; esta visita hará que el profesional diagnostique a tiempo la enfermedad y realice un tratamiento que impedirá daños mayores.

En este sentido, la promoción y educación para la salud junto a prevención de enfermedades bucales deben ser asumidas no como un aspecto importante del proceso vital de las personas sino más bien asumir al proceso vital (la vida) como un conjunto de acciones cotidianas y trascendentales, donde todas las acciones del actor social se orientan por la promoción y el fomento de la salud (Bello y Marcano, 1.998).

Para esto se hace necesario romper el dominio de las acciones de educación para la salud descontextualizadas, que no responden a las necesidades de la población. Se necesita una práctica de educación para la salud generada del sentir de

las comunidades, utilizando como herramientas los saberes, valores, costumbres y prácticas de la comunidad para que ésta se vea reflejada en las acciones de intervención y las adopte como propias pues de ella surgieron.

Desechar con la concepción de la lógica médica que promueve acciones colectivas extrahospitalarias e individuales como diagnóstico y detección temprana de la enfermedad y medidas específicas preventivas intrahospitalarias, basados en la ignorancia de las personas y la necesidad de defenderse del medio agresor (1998).

Igualmente extinguir los modelos monológicos de intervención en salud que precinden del conocimiento de realidades locales caracterizados por la verticalidad, la unidimensionalidad, unidireccionalidad y la transmisión de información, que conceptualizan la salud, la enfermedad y las conductas de riesgo como fenómenos exclusivamente biológicos y/o psico-biológicos (Martínez Hernández, 2008).

La estética también resalta en las respuestas “*en el diente de adelante me hicieron un tratamiento de canales, ese sí no quise sacármelo porque es del “tren delantero, jeje..”*”, como se expuso en párrafos anteriores el valor de la estética en la salud bucal no puede obviarse y menos objetarse; entre las funciones que cumple la boca la estética representa una de ellas. El punto a destacar es que no debe subvalorarse la dentición posterior en función de la estética de los dientes anteriores. Parte del reto de los programas de salud es lograr que las personas entiendan la importancia de conciliar funcionalidad y estética.

En el mundo de hoy, la sociedad demanda de sus individuos cada vez más una mejor imagen corporal y la boca se ha constituido en parte muy importante de esa imagen agradable y saludable que se busca en las personas (Couto, Esser & Vazquez, 2007). En la odontología es común las demandas de los pacientes quienes acuden en busca de blanqueamientos dentales, *enderezarse los dientes*, en fin tratamientos en los que prevalece el deseo de una *sonrisa sana*, la cual también ha sido definida por

patrones estéticos que por lo general nada tienen que ver con la funcionalidad ni la salud y que sólo responden a valores y patrones impuestos por la cultura que a veces, la mayoría, no es la cultura propia del paciente.

Entra también aquí un fenómeno notorio que en palabras de Sosa (2006, P. 42) viene a ser la “pauta de cambio de moda” en la que una innovación técnica es aceptada lentamente, para luego expandirse y generalizarse su uso a todas las ocasiones posibles hasta llegar a establecerse como parte del “repertorio profesional”. En el campo de la odontología los tratamientos estéticos y de ortodoncia representan ejemplos de este fenómeno.

Según Couto, Esser y Vazquez (2.007), el odontólogo se debate entre su objetividad y neutralidad como profesional de la salud bucal y el reto estético planteado desde la cultura. Este reto debe ser encarado desde una mirada integral, donde confluya la funcionalidad y la estética, sin disminución de ninguna, pero rescatando la esencia de la salud bucal que es integral.

Volviendo a las expresiones recogidas, estas llaman la atención: “...pero después empezó a molestarme y ya me dolía solo y fui al odontólogo y me la tuvo que sacar”, “..el dolor... no se me calmaba con nada, ni remedios, no podía ni trabajar, no me quedó otra que ir al odontólogo”, ambas dan cuenta del manejo de la situación de salud-enfermedad, en las que se limitan a enfrentar problemas en los que **el dolor aparece como factor desencadenante de la visita al odontólogo**; esta visita es pospuesta y la decisión de acudir al consultorio es tomada a causa del dolor fuerte.

González (2.005) en su estudio sobre el discurso médico y las representaciones sociales, observó que las personas acuden al servicio de salud “Núcleo de Atención Primaria” cuando tienen alguna enfermedad, las cifras del 64,7 por ciento así lo expresaron, lo que se puede explicar por la minimización del proceso de generación de conocimientos sobre la promoción y la educación para la salud, que

impide desarrollar en las comunidades una mirada desde la salud y su conservación y no desde la enfermedad.

Por otro lado, condicionar la consulta odontológica sólo a casos de dolor implica que la patología ha avanzado al punto en que el tratamiento comienza a ser cada vez más sofisticado y complicado y por ende más costoso.

Una gran cantidad de personas hemos sufrido dolores bucales; en muchas ocasiones el dolor dental puede llegar a ser extremadamente intenso. Según la Sociedad Americana del Dolor, el dolor dental es uno de los dolores de más elevado rango. La mayoría de los pacientes acuden al odontólogo por dolor y se calcula que el 70 por ciento de las primeras visitas al odontólogo son por dolor en mayor o menor grado (Petersen, 2.003).

A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología en odontología, la caries dental sigue siendo la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos (OMS, 2004); por su parte, la exodoncia parece ser un tratamiento utilizado con bastante más frecuencia de lo que creemos (Petersen, 2003).

La selección de este tipo de tratamiento, sin duda alguna depende del avance de la enfermedad y también tiene un gran importancia la situación socioeconómica del paciente, toda vez que muchas de las patologías bucales se encuentran dentro de las enfermedades de tratamiento más costoso en el mundo (Blanco, 2.004). Especial atención debemos entregar a la población de escasos recursos y del ámbito rural, ya que en la mayoría de los casos, presentan menos acceso a la atención odontológica.

Es por estas razones que la educación para la salud bucal, la promoción de la salud y la prevención de patologías bucales debe ser asumida con responsabilidad de parte de tanto del Estado y las instituciones de salud, ministerios, universidades, gremios odontológicos, ONGs como de las comunidades quienes son las que padecen

los avatares de las enfermedades bucales. La prevención y el diagnóstico precoz pueden evitar extremos como dolor y tratamientos mutilantes, bien sea por la gran destrucción de tejido o por cuestiones socioeconómicas que impidan al paciente optar por tratamientos protésicos y/o endodónticos los cuales generalmente son costosos.

La última categoría de la dimensión SITUACIÓN SALUD-ENFERMEDAD es la EXPERIENCIA EN EL SERVICIO ODONTOLÓGICO; las respuestas recabadas giran en torno a lo que sienten o han sentido al ser tratados en un servicio odontológico y a su percepción del servicio como tal,

*Para mí fue una experiencia traumática, ahora quedé con miedo al odontólogo...*

*La odontología es muy cara..*

*Yo le tengo miedo a los odontólogos...a los “públicos” más, porque como uno no les paga...mejor que uno pague su broma.. lo barato sale caro..*

*Yo he ido al público y al privado, los dos son buenos, pero en el público sacan muelas, en el privado me salvaron el diente.. es caro, no me quedó otra que pagar, pero valió la pena*

Resaltan varios elementos en estas respuestas. El primero es lo referido a la mala calificación que se hace de los servicios odontológicos públicos visto en la frase: “*los públicos como uno no paga...lo barato sale caro*”; el deterioro de la imagen de lo público y la idolatría de lo privado ha calado en el imaginario de la población, quien concluye que lo público no sirve porque no se paga (Bello y Marcano, 1998).

Esta connotación se ha venido reforzando en la actualidad cuando se observa como la crisis del sector salud se ha incrementado, y aun cuando también han surgido estrategias como Modelo de Atención Integral (MAI), Barrio Adentro y los CDI, la experiencia es que el problema de la falta de insumos, de equipos y personal,

producto de la crisis económica generada a nivel no solo regional sino mundial, ha devenido en una percepción negativa de los servicios públicos de salud.

Por otra parte, aún predomina el modelo de atención biologista, curativo positivista que impregna el sector salud, en donde prevalece la práctica curativa. En el enfoque del saber médico dominante, la concepción organicista-mecanicista, que enfatiza la orientación curativa y promueve la especialización sobre una base científicista, donde lo importante es la reparación rápida y eficaz del “*hombre máquina*” (Sosa, 2.006, 47).

En este sentido, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en el MAI la salud oral incluye actividades de profilaxis de la caries dental (aplicación de sellantes y enjuagues flúor en escolares) y la obturación, limpieza y extracción de piezas, para lo que se programaron 400 módulos de servicios con el objeto de cubrir las necesidades médico-odontológicas. (Romero, 2010). Lo que resalta el carácter curativo del programa.

El otro elemento que se destaca es “*los dos son buenos (público y privado), pero en el público sacan muelas, en el privado me salvaron el diente*”, este concepto también es reflejo de la antes mencionado; la crisis del sistema de salud no es nueva. La ONU (1990), expresa que ésta es un problema mundial, la estrategia del crecimiento y del producto nacional bruto, cuya consecuencia debería ser salud, educación, alimentación y el bienestar de todos, fracasó. Lo que explica que en el mundo, cada día se acrecientan las enfermedades, y se dificultan las maneras de enfrentar el flagelo morboso.

La reivindicación de lo público sobre lo privado, constituye el principal reto para colocar en primer plano los problemas teóricos-prácticos de la planificación de políticas económicas y sociales, no obstante, “*la primacía del interés público implica una función pública de regulación de lo privado*”, como lo relata Castellano (2.004,

p. 28), se debe partir de realidades concretas, como requisito para lograr impactar las brechas de inequidad social en salud. Los resultados son estadísticos, sin impacto en la calidad de vida de la población.

En cuanto a la expresión *para mí fue una experiencia traumática, ahora quedé con miedo al odontólogo*, puede entenderse que si por un lado se le otorga poca importancia al inicio de la enfermedad y por el otro se pospone la consulta odontológica y se acude sólo cuando existe dolor, el avance de la enfermedad hace que el dolor ocasione experiencias traumáticas en los pacientes, estas a su vez se traducen en sentimientos de miedo hacia el odontólogo y su ejercicio.

¿Qué hacer al respecto? Una práctica bien desarrollada de promoción y educación para la salud en la que las familias y las comunidades sean protagonistas en la construcción de programas, donde sus conocimientos y saberes, valores y experiencias se fusionen con los saberes profesionales, en una relación dialógica, simétrica, bidireccional, fomentándose el intercambio de saberes, y la multidimensionalidad se entienda en la necesidad de erradicar pensamientos deterministas, monocausales y reduccionistas de los procesos salud-enfermedad. Esta reflexión está pendiente y debe ser retomada si se quiere un verdadero cambio.

### ***La salud bucal y la escuela***

El microespacio escolar es el lugar donde llega el niño y la niña luego de los primeros años de socialización casi exclusiva en su núcleo familiar; ya no es sólo mamá, papá, hermanos y algún abuelo o tía quienes estarán día a día con él o ella, ahora le toca desplegar un poco más sus alas y aprender de otros y con otros.

Para obtener información en la escuela se realizaron entrevista a cuatro maestras; una de 1er grado, una de 2do, una de 3ro y otra de 4to, las cuatro fueron las maestras de los niños y niñas entrevistados en el primer aparte de este momento de la investigación.

En esta sección del trabajo, luego de la categorización de las entrevistas con las maestras (anexo 8, pp. 284-292 ) se procedió a la estructuración; surgieron cinco dimensiones:

1ra Dimensión: AUSENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PROPIOS DE LA ESCUELA.

2da Dimensión: PERCEPCIÓN DEL DOCENTE SOBRE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL DESARROLLADO POR LA FO

3ra Dimensión: ATENCIÓN DEL DOCENTE HACIA EL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA

4ta Dimensión: CONTENIDOS SOBRE SALUD BUCAL EN LOS PROGRAMAS DEL MINISTERIO

5ta Dimensión: PADRES Y REPRESENTANTES EN LA ESCUELA

1ra Dimensión: AUSENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PROPIOS DE LA ESCUELA.

Al indagar sobre la existencia de programas de educación para la salud bucal dentro de la escuela independientes de los programas de la Facultad de Odontología (FO) la noticia es que éstos programas no se cumplen, la explicación dada es que durante algunos meses del año se desarrollan los programas educativos de la FO, lo cual es considerado suficiente y no creen necesario que éstos se prolonguen durante el resto del período académico. Vamos a revisar las respuestas y algunos motivos expuestos por las maestras en relación con este tema.

*bueno doctora aquí no se hace nada de eso (programas educativos de salud bucal), sólo se hace cuando vienen ustedes los doctores, de resto nadie se encarga de eso..los niños sólo se cepillan los dientes cuando ustedes vienen, cuando no vienen no se cepillan, quien se va a poner en eso? De paso ellos no traen para acá ni cepillo ni pasta, y de paso tendrían que traer agua porque aquí casi nunca hay...los*

*muchachos de odontología les traen cepillos y pasta pero aquí no hay recursos para eso..*

*imagínese doctora, nosotras (las maestras) tenemos que dar nuestra clases y eso nos quitaría tiempo, y a una le exigen que cumpla su programa, a una no le alcanza el día completa en tanta cosa...*

*mire esas actividades son muy buenas, pero eso le corresponde a los doctores (estudiantes de odontología), no a uno el maestro de aula, yo les enseño lo mío, lo que está en sus libros pero de salud no..la salud bucal es cosa de los doctores..*

*ustedes vienen tres o cuatro meses en el año y con eso es suficiente para que los niños aprendan..*

Resaltan elementos como:

- Intermittencia de los programas
- Sólo se realizan las actividades cuando están los estudiantes de odontología
- Falta de recursos para los programas
- Falta de personal que dirija las actividades del programa
- Resta tiempo a las maestras
- Se considera que la salud bucal es competencia de los profesionales de la salud bucal: *la salud bucal es cosa de doctores*
- Los programas de salud bucal no son competencia de las maestras

Estas expresiones denotan una condición que ya ha sido descrita por Martínez Hernández (2008), que implica que los programas se basan en la transmisión de información que pretende lograr cambios en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de su salud, y que quedan por lo general sin efecto cuando cesa el pase de información. La expresión clara de la maestra al afirmar *cuando no vienen ustedes, los niños no se cepillan*, hace caer en cuenta que si la práctica de las acciones de

educación para la salud mantiene su modelo de intervención como el que se ha descrito en gran parte de este trabajo, los resultados serán siempre los mismos.

Esta falla a su vez relacionada con otra de las expresiones resaltadas: *la salud bucal es cosa de doctores*, que a su vez es el resultado de las relaciones de poder-saber que rondan en las percepciones y el imaginario tanto del profesional de la salud como del resto de la población. Se trata de la mirada médica positivista que establece un estereotipo en las posiciones que ocupan los usuarios de los programas la cual es el no-saber frente a la ubicación de los profesionales como sujetos del saber (Martínez Hernández, 2.008); las maestras suponen que son los doctores los dueños del saber por lo tanto es a ellos a quienes les corresponde dirigir todo lo relacionado con salud bucal. De aquí también las expresiones “*yo les enseño lo mío*” de las maestras, pues en ese terreno ellas son las que ocupen el lugar del saber frente a sus alumnos en la posición del no-saber.

Otra frase importante es la que da cuenta de la intermitencia de los programas educativos de la FO: “*ustedes vienen tres o cuatro meses al año y con eso es suficiente*”; este atributo repercute de forma negativa en la continuidad de los procesos que se quieren fomentar. León Uzcátegui (2005), expresa que las actividades de enseñanza se conciben, en el mayor de los casos, como una simple asistencia a campañas u operativos, intermitentes por demás; cabe resaltar que los programas desarrollados por la FO en la escuela no se corresponden con jornadas ni campañas de salud bucal, sin embargo el hecho de que se realicen durante aproximadamente cuatro meses del período escolar le hace ver como intermitente.

El problema no es el tiempo que este el grupo de estudiante de la FO en la escuela realizando sus actividades, el problema surge porque después de 15 años de trabajo en esa institución, todavía la respuesta se está esperando. De modo que es momento de reflexión y reevaluación de esos programas para cambiar la mirada y atender la complejidad del proceso.

La falta de tiempo, recursos y personal para el desarrollo de programas de educación para la salud bucal en la escuela son elementos de carácter prácticos que se resuelven con una buena gestión y dirección.

#### 2da Dimensión: PERCEPCIÓN DEL DOCENTE SOBRE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL DESARROLLADO POR LA FO

En esta dimensión se puede separar la opinión de las maestras sobre el programa y las características del mismo; en cuanto a la opinión de las maestras, todas consideran que los programas son positivos para los niños y niñas de la escuela, que son importantes por la información que brindan, que presentan información clara y entendible, y que representan un refuerzo positivo para los niños y niñas; en general el programa fue muy bien evaluado por las docentes.

En relación con las características del programa, de acuerdo a los relatos de las maestras se encontraron expresiones:

*Los doctores (estudiantes de odontología) les transmiten información a los niños, le dan sus charlas, los enseñan a cepillarse, esos niñitos no saben, son muy chiquitos todavía (maestra de 1er grado) y se les olvida todo..*

*Les enseñan la caries, las partes de los dientes, como cepillarse, los alumnos no saben bien como mantener la higiene bucal y ellos los enseñan, ellos son los expertos, yo les digo quédense quieticos y atiendan que los doctores los vienen a enseñar...son muy didácticos*

*Los programas son muy buenos, los estudiantes de odontología son los expertos, les transmiten conocimientos y los niños reciben mucha información, porque los niños no saben mucho de eso o lo que saben no lo saben bien....aprenden la caries, como prevenirla, como cepillarse..*

Las características que se revelan en estas expresiones corresponden con las características del modelo monológico de la salud que presenta como atributos: la unidireccionalidad, la intervención desde el saber hacia el no-saber, la transmisión de información, centrada en la enfermedad (morbicéntrico), fragmentado, con la percepción del usuario del programa (los niños y niñas) como receptores pasivos; la discusión de estos aspectos ya se ha realizado en diferentes momentos de este estudio por lo que

### 3ra Dimensión: ATENCIÓN DEL DOCENTE HACIA EL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA

Esta dimensión señala el comportamiento que asume la maestra sobre aspectos relacionados con la salud de sus alumnos. Las respuestas se concentraron en la falta de tiempo de las maestras por la responsabilidad de cumplir con el programa académico de su grado, lo que le impide atender asuntos ajenos a su responsabilidad académica, aunque manifestaron que en los casos en los que ha habido algún niño o niña con algún problema de salud que se presente en su aula ellas lo han referido a la dirección. En cuanto al estado de salud bucal, comentan que no a los niños y niñas no les gusta que les revisen sus dientes y entre eso y sus múltiples tareas no asumen esta tarea.

Es oportuno mencionar que el rol docente no puede estar limitado exclusivamente a cumplir con los contenidos programáticos, al respecto comenta Liccioni (2.007), la escuela no debe continuar *“poniendo todo su énfasis en los contenidos y capacidades intelectuales, ignorando la mayoría de las veces las vivencias emocionales, que afectan a la habilidad para autorregular el comportamiento diario”* (p. 146).

### 4ta Dimensión: CONTENIDOS SOBRE SALUD BUCAL EN LOS PROGRAMAS DEL MINISTERIO

Algunos contenidos sobre salud bucal están presentes en los programas del Ministerio del Poder Popular para la Educación 1ro, 2do y 4to grado, estos giran sobre la boca, sus partes, los dientes, sus partes, enfermedad cariogénica e higiene bucal; se aprecia la boca como objeto fraccionado y separado del resto del cuerpo, la caries con un enfoque biológico y unicausal. Esto demarca como el modelo médico positivista ha permeado al campo de la educación primaria, dando cuenta de su reduccionismo en los programas escolares.

#### 5ta Dimensión: PADRES Y REPRESENTANTES EN LA ESCUELA

La participación de los padres y representantes en las actividades escolares es escasa por no decir ninguna, las maestras refieren que la poca asistencia de a las actividades del colegio ha hecho que las convocatorias y reuniones se limiten a las concernientes a entrega de boletas; la justificación que ellas ofrecen a esta actitud es que la mayoría trabaja y en estos tiempos es difícil mantener un empleo por lo que pedir permiso laboral para asistir a reuniones en la escuela no representa una elección. Pese a esto manifiestan que la mayoría colabora con lo que el colegio solicita.

#### ***La comunidad y su salud bucal***

Con la comunidad se realizaron tres encuentros a los que acudieron tres representantes de la comunidad; con ellos se conversó sobre los objetivos de las reuniones y se acordó una estrategia de diálogo participativo entre los tres actores y la investigadora, por considerarlo más rico en intercambio de experiencias, el cual resultó muy interesante y nutritivo para la investigación. De los diálogos procedió a las categorizaciones (anexo 8, pp. 316-318) y luego se estructuraron cinco dimensiones, las cuales pasamos a revisar.

#### 1ra Dimensión: PERCEPCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

#### 2da Dimensión: PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL

3ra Dimensión: LA SALUD-ENFERMEDAD

4ta dimensión: PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL

5ta Dimensión: FUENTES DE INFORMACIÓN EN SALUD BUCAL

1ra Dimensión: PERCEPCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

*...Yo creo que salud es en general estar libre de enfermedades, que no padezcamos ningún tipo de dolores, que vivamos plenamente*

*...Si, la salud es el tesoro más grande de un ser humano, sin salud ni los reales, ni carros, nada vale, lo más importante es estar sano*

*...significa no padecer ninguna patología, es poder hacer una vida normal, sin dolor, poder trabajar, hacer actividades físicas, deporte, recreación, si estamos enfermos no podemos...*

Estas manifestaciones encajan con el concepto de salud de la OMS, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; donde resalta, como en todas las percepciones registradas, la connotación salud/ausencia de enfermedad, y se agregan aspectos importantes del concepto oficial como las señaladas “*poder trabajar, hacer actividades físicas, deporte, recreación*”; esta conceptualización de la salud es el resultado de lo que ronda en las esferas donde se desarrollan las personas que incide en la construcción social del conocimiento en torno a la salud.

La mirada que se hace de la salud tiene un acercamiento al concepto formal, con ciertos vacíos conceptuales que le son propios también al concepto de la OMS; en la construcción social del conocimiento los procesos de apropiación del saber están impregnados con las lógicas tradicionales que resaltan lo físico o biológico

como sinónimo de salud, lo que está siempre presente en las observaciones realizadas, la salud como descuento de enfermedad.

En los conceptos expresados se vislumbran algunas aproximaciones tendientes a considerar la salud desde una comprensión que contempla del desarrollo personal y social, cuando se menciona la actividad física, laboral, recreacional, lo que supone la atención a aspectos relacionados con el estilo de vida, el entorno social y laboral, que sugieren una comprensión más amplia del proceso de salud.

En las expresiones “*la salud es el tesoro más grande del ser humano*” se refleja el valor dado a la salud. Hipócrates decía que un hombre sabio debía considerar que la salud es la más grande bendición del ser humano.

Dicen Caricote y Figueroa (2.006), la salud no es un problema médico sino que se extiende más allá de los retos de la medicina que pretende apropiársela; por esta razón, en los tiempos actuales, los cambios en las demandas de la sociedad llevan a repensar la salud como un valor en el contexto humano, redimensionándola en su espacio social y cultural, reclamando la construcción de una cultura en torno a ella. Cuando un ser humano es educado desde su infancia hacia la prosecución de su salud, podrá formarse un criterio propio, interpretar y ejecutar medidas saludables tanto para él como para las personas que lo rodean mejorando así, su calidad de vida y bienestar. La familia, la escuela y la comunidad se convierten en espacios oportunos naturales para los procesos de socialización, en los que valores se transmiten de acuerdo al contexto cultural y social del niño y la niña.

La educación en salud es la mejor arma para cuidar de nuestra calidad de vida, sin embargo los beneficios de la implementación de programas educativos de salud y prevención sólo serán palpables en la medida que se reconozca a la salud como la resultante de determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que inciden en los estilos de vida.

El conocimiento como arma, plantea Bello (s.f), deviene de la identificación de las particularidades propias de una cultura en sus diferentes expresiones, lo que permite el reconocimiento universal de una nación. Cuando la cultura no se asume como el saber de un pueblo, cuando ese saber es negado, y se le impone un cúmulo de información y explicaciones no comprendidas, no hay posibilidad de construir herramientas para una *buena* educación en salud bucal. Para el autor, *el saber es el alma que arma a un pueblo.*

#### 2da Dimensión: PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL

Lo revelado por los representantes de la comunidad de Yagua en relación con su percepción de la salud bucal no dista de las manifestaciones del resto de los entrevistados; la salud bucal vista como la ausencia de enfermedad y dolor y como una condición para la realización de tareas y labores productivas de las personas.

*La salud bucal es parte de la salud del cuerpo, tener salud bucal es por ejemplo no tener caries ni dolores dentales que son tan horribles... también si uno tiene dolor de muela cómo trabaja? Un dolor de muela no deja hacer ni los oficios de la casa...*

*La salud dental es lo mismo que la salud de todo el cuerpo, es no tener molestias en los dientes ni en las encías, no tener salud bucal es limitarse, así como usted dice que no la deja hacer las cosas de la casa, así mismo uno no puede trabajar con dolor de muela...*

*Yo creo que también salud bucal es tener todos los dientes, no tener caries, ni molestias dentales, eso es salud bucal...*

“Salud bucal=ausencia de enfermedad=ausencia de dolor”, el discurso se repite; un elemento diferente que se destaca es la noción de salud bucal como la tenencia de todos los dientes en boca; considerar la tenencia o no de sus estructuras dentarias como un indicador del estado de salud bucal, y por ende su percepción de la

salud bucal, sugiere la importancia otorgada a la función integral de toda la boca; además los aspectos relacionados a la función masticatoria, el efecto psicológico y social de la pérdida dental puede representar preocupaciones que impliquen también aspectos relacionados con la estética y el desarrollo de relaciones sociales y laborales, los cuales pueden verse afectados por la pérdida. Esta preocupación involucra nociones que tienen que ver con la percepción de calidad de vida, bienestar y la satisfacción con la vida de los individuos.

Esto es corroborado por Romero (2.006), quien comenta que la pérdida de la dentadura a consecuencia de la caries dental afecta el funcionamiento del complejo estomatognático: la masticación, la fonación y deforma la morfología de la cara, pero además trae consigo alteraciones emocionales, especialmente en las personas jóvenes que se ven afectadas en su proceso de socialización.

Sobre la inquietud manifestada por la imposibilidad de realizar labores cotidianas y trabajar a causa de las enfermedades bucales, comenta la misma autora, que si bien, no producen directamente la muerte de las personas afectadas, las patologías dentarias son causa de ausentismo laboral y estudiantil, ya que en estados avanzados, produce dolor intenso, inflamación de la cara, además de constituir una puerta de entrada para las bacterias y microorganismos capaces de originar alteraciones sistémicas como la endocarditis bacteriana sub-aguda.

El cambio de objetivos en la odontología, de la atención a la enfermedad hacia el fomento de la salud es una de las tareas pendientes de la odontología.

### 3ra Dimensión: LA SALUD-ENFERMEDAD

En esta dimensión se estructuraron dos categorías o subdimensiones; el manejo de la situación de salud-enfermedad y la experiencia de enfermedad bucal y en los servicios odontológicos.

El manejo de la situación de salud-enfermedad muestra las mismas conductas ya reflejadas por los representantes en sus entrevistas:

- **Poca importancia al inicio de la enfermedad**, lo que trae como consecuencia el avance de esta y la disminución de las posibilidades de un tratamiento precoz preventivo. Si se logra una verdadera promoción y educación para la salud bucal, además de disminuir los eventos de enfermedades bucales, en los casos en que estos ocurran el diagnóstico y detección temprana de la enfermedad podrá evitar daños graves en el aparato estomatognático.
- **dolor aparece como factor desencadenante de la visitas al odontólogo**, las personas posponen su visita a la consulta odontológica hasta que la situación de dolor se hace insostenible; esto también disminuye la posibilidad de tratamientos preventivos y básicos, debido a que el dolor generalmente ocurre por la destrucción de los tejidos duros y blandos del diente, lo que significa necesidades de tratamientos más especializados que por su parte son más costosos, con el agravante que en los servicios públicos no se realizan este tipo de consultas; esto genera que el tratamiento de elección en estos casos sea la extracción dental con todas las consecuencias negativas que estas implican.

Estas dos situaciones ya han sido abordadas y analizadas, razón por la que no me extenderé en ellas.

#### 4ta dimensión: PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL

Esta dimensión reflejó tres subdimensiones o categorías: prácticas de salud bucal en la familia, prácticas de salud bucal entre comunidad y escuela y prácticas comunitarias de salud bucal.

Con relación a las prácticas que de salud bucal que los representantes de la comunidad manifestaron realizar en el seno familiar la aplicación de técnicas de cepillado tres veces al día con la utilización de cepillo y crema dental fue la respuesta unánime.

Ante la pregunta sobre la realización de actividades sobre salud bucal de manera conjunta con la escuela manifestaron que no se realiza ningún tipos de acciones de este ni de ningún tipo de actividad de salud entre la escuela y la comunidad, pero todos manifestaron que la escuela es un excelente espacio para desarrollar programas de este tipo donde la familia, la escuela y la comunidad confluyan en beneficio no sólo de los niños y niñas sino de la comunidad en general.

La última categoría surgida en esta dimensión: prácticas comunitarias de salud bucal, a lo que se respondió que no se realizan ningún tipos de actividades de participación comunitaria de salud bucal, sólo se realizan instalaciones de ferias de comida, mercados, jornadas de cedulaación y trámite de cartas de residencia, y en ocasiones jornadas de saneamiento ambiental; queda claro que en estas actividades la participación de la comunidad se limita a la asistencia y en algunos casos la colaboración con la logística. A esto ya se ha hecho referencia, recordemos lo expuesto por León Uzcátegui (2.005) cuando sostiene que estas actividades se caracterizan por una intervención monológica, tipo campañas, intermitentes, con participación en el control social de la gestión pública más que en actividades en mejoras de condiciones de las comunidades.

#### 5ta Dimensión: FUENTES DE INFORMACIÓN EN SALUD BUCAL

La información con la que cuentan los entrevistados se basa exclusivamente en información sobre la técnica de cepillado; todos refieren que dicha información fue recibida de los medios de comunicación, televisión, radio y prensa escrita (revistas encartadas en los periódicos), de sus hogares (mamá, papá, abuelos) y la

recibida de los estudiantes de la FO en actividades que realizan con los representantes de la escuela.

### **Modelo de la salud y modelo educativo**

En este espacio se estudiaron los conceptos de salud y educación para la salud bucal desde la perspectiva del estudiante de odontología, cómo percibe la práctica odontológica, lo preventivo, lo clínico a través de la encuesta semiestructurada y por otra parte, desde las observaciones de sus acciones en el salón de clases en sus programas de educación para la salud donde se observó también la práctica docente de la maestra de aula. Debe recordarse que se trabajó en de 1ro a 4to grado, por lo que esos cuatro grados fueron los observados.

### ***Salud bucal desde el estudiante de odontología***

De la entrevista a los estudiantes de 4to año luego de la categorización (anexo 8, pp. 310-315) surgieron tres dimensiones: percepción de las actividades de educación para la salud y prevención de enfermedades bucales, papel del odontólogo en la salud bucal y características de los programas de educación para la salud.

**1ra Dimensión:** PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA SOBRE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

**2da Dimensión:** PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN LA SALUD BUCAL

**3ra Dimensión:** CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CON DOS CATEGORÍAS:

**1ra categoría:** PAPEL DE LAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD

**2da categoría:** CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

**1ra Dimensión:** PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA SOBRE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Varios elementos resaltan

*Yo creo que las actividades de educación son un complemento del ejercicio odontológico  
Me gusta sobre todo a niños; para mí educar es como dar un poco de conocimiento que tenemos y que le hace falta a las personas...debemos darle charlas, instruir las, enseñarlas..  
Son charlas para educar y enseñar a las personas a mantener sana su boca y prevenir enfermedades, cambiar hábitos...*

En estas frases se observan detalles familiares al modelo de salud positivista; se repite la charla como la única estrategia de educación para la salud. El charlismo está dado por el empleo de las charlas de manera constante y casi exclusiva, obviando estrategias más significativas como es el sociodrama, la dramatización, la conversación, los grupos y mesas de trabajo, los teatros, que implican una práctica horizontal, donde se comparten saberes y experiencias, y se intercambian conocimientos, lo que hace los encuentros más significativos y se incentiva a la verdadera participación en la construcción de los conocimientos; la charla por el contrario implica transmisión de información, verticalidad, unidireccionalidad, monologismo (Couto, 2010; González, 2005; Romero, 2010).

Otra frase que llama la atención tiene que ver con las actividades de educación vistas como “*un complemento del ejercicio odontológico*”. Claramente se refleja la visión de la educación para la salud como un “accesorio” de la práctica odontológica, una actividad subalterna de la clínica, la cual representa el verdadero ejercicio odontológico. Esto no es casual sino que obedece a la lógica del paradigma clínico positivista, que subvalora lo que no es clínico, donde el biologismo dominante y la subordinación a la clínica y su dependencia del modelo médico hegemónico, representa el modo de ver la práctica odontológica.

“Dar un poco del conocimiento que tenemos y que le hace falta a las personas...” “cambiar hábitos...”, estas simples oraciones encierran un concepto clave del modelo de intervención monológica, que considera su actuación desde el saber hacia el no-saber (Martínez Hernández, 2008), igualmente, las actividades consisten en comunicar información, con la finalidad de lograr cambios en el comportamiento y hábitos de las personas hacia el cuidado de su salud, las cuales por lo general no se practican cuando cesa el pase de información. La valoración de la dimensión social de la salud, de las subjetividades de la población y de sus vivencias implica romper el esquema mental en el profesional de la salud que considera su conocimiento como el único válido, ésta puede ser una de las vías para superar el ejercicio desigual de las prácticas de educación para la salud bucal.

#### 2da Dimensión: PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN LA SALUD BUCAL

Esta dimensión generó una gama amplia de funciones que considera el estudiante de odontología debe cumplir en odontólogo, al preguntársele por el concepto de la práctica odontológica, y que listan a continuación:

- actividades clínicas realizadas en el consultorio odontológico.
- el odontólogo es el responsable de la salud de sus pacientes
- tiene la función de curar, resolver patologías
- restituir
- tratar
- sanear
- eliminar enfermedades bucales

- aplicar tratamientos especializados
- integral (no se incluye la educación y prevención)
- educar
- referir pacientes
- devolver la funcionalidad a la boca
- aplicar sus conocimientos y habilidades
- *“la clínica es la base de la odontología”*

Este listado ofrece una panorámica de la percepción del ejercicio profesional para el cual se prepara en los estudios odontológicos el futuro profesional. Casi la totalidad de la lista se corresponde con actividades clínicas lo cual no es sorpresa, pues todo el discurso que hasta ahora venía manifestándose en la entrevista así lo hacía ver. *“La clínica es la base de la odontología”*

Se destaca la especialización en la formación profesional odontológica como aspiración de la mayoría de los estudiantes.

Igualmente se nota cómo la formación académica en la Facultad de Odontología de la UC, ha permitido la reproducción de la lógica instrumental centrada en el aspecto curativo. Estos indicios dan cuenta de una visión ahistórica del proceso salud enfermedad bucal.

Se evidencia también que la formación del profesional de la odontología signada por el modelo biomédico, obviándose los determinantes socio-estructurales.

Además la práctica odontológica ha sido permeada por este modelo y actúa bajo una mirada reduccionista y morbicentrista.

El ejercicio odontológico se circunscribe a la boca y en ocasiones peor aún, al diente y separada del resto del individuo.

Las actividades se concentran en tratamientos clínicos individuales.

El objeto de atención es la boca o el diente enfermo.

Para Gadamer (1.996), la meta de la medicina moderna es la curación, la cual sólo es considerada desde la mirada mecánico funcionalista, esto es así también en la odontología, quien ha sido impregnada por el modelo; la separación cartesiana entre mente y cuerpo, propició en los profesionales de la salud a concentrarse en la máquina del cuerpo, olvidando la curación supone la compleja interacción de aspectos físicos, fisiológicos, sociales y ambientales de la condición humana (Capra, 2004).

En el modelo biomédico tradicional la enfermedad ocupa el centro de las reflexiones y enfoques, sin tener en cuenta el propio mundo y el contexto del paciente y el profesional en la relación terapéutica. El tratamiento clínico se impone como una “responsabilidad” del profesional quien debe proporcionar todos los recursos para “curar” la boca de su paciente. Tratar, curar, restituir, sanear, son tareas que tendrá que realizar para la reparación rápida y eficaz del “*hombre máquina*” (Sosa, 2.006. p. 47). En el enfoque del saber médico dominante, la concepción organicista-mecanicista, enfatiza la orientación curativa como única vía de obtener salud.

Este modelo de atención biologista, curativo-positivista ha calado todas las esferas de la odontología; no es sólo el profesional quien siente que se debe a su paciente, el paciente también deposita en el profesional toda la responsabilidad de su

salud, y asistimos a una situación en la que el sujeto, subvalorado en condición de enfermo se convierte en un observador externo a su realidad y pasa a considerar acontecimientos externos a él todas las actividades de salud bucal, sobre las cuales no tiene control.

Igualmente, el modelo promueve la especialización sobre una base científicista; la racionalidad técnico-instrumental y el mercado han influido en el *quehacer* odontológico, cada día surgen nuevas tecnologías, especialidades y subespecialidades, las exigencias de los pacientes también han aumentado y el odontólogo se enfrenta por una parte a ese reclamo del paciente, que exige *lo mejor y de última tecnología* y por otra la objetividad de su profesión, y entre ellas la explosión tecnológica que introduce la pauta de cambio de moda (Sosa, 2006), en la que la innovación técnica marca el mercado.

La mirada reduccionista de la enfermedad se constituyó en uno de los principios fundamentales de la ciencia médica moderna y de su modelo.

3ra dimensión: CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

De aquí surgieron las categorías: PAPEL DE LAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD Y CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Cuando se preguntó a los estudiantes de odontología sobre cual, según ellos, debía ser la participación de la comunidad en los programas de salud bucal se recogieron las siguientes manifestaciones:

*La comunidad y los pacientes en general deben ser responsables de su salud...ellos deben querer aprender, querer mejorar, ir a la consulta, a las jornadas de salud...mi mamá es odontóloga y ella me dice que cuando estudiaba hacían operativos de cirugía y la gente acudía a cantidades,*

*ella me dice que llegaba con el brazo tumbado de tanta exodoncia que hacia...vaya usted horita a un a un operativo, la gente ni va, la gente no quiere participar..*

En estas frases se destaca el sentido que en general se acostumbra a otorgársele al concepto de participación: asistencia a jornadas o campañas, que nada tienen que ver con el verdadero sentido de la participación comunitaria. Una participación que en este marco yo he llamado “participación pasiva”; vista como una actividad aislada de las necesidades reales y sentidas de la población, en las que se espera de ellas una simple asistencia a eventos planificados en otros niveles a los cuales la comunidad no tiene acceso, generando un ejercicio ajeno a sus intereses y motivaciones.

En la Declaración de Alma Ata en relación con la participación comunitaria, se señaló que *“todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la puesta en obra de los servicios de salud que le son destinados”* (OMS, 1978). Según esta conferencia, la participación comunitaria en salud es *“El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo”*.

Por su parte, la participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface

las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. En este ámbito cobra fuerza el concepto de empoderamiento que es el proceso mediante el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven.

Sin embargo, según lo expresado por los estudiantes de odontología, las actividades de educación para la salud se caracterizan por una práctica descontextualizada, un simple pase de información que viaja del emisor, dueño del conocimiento y lo “transmite” al receptor que de forma pasiva no interviene en el proceso sino como un mero legatario. El proceso no pasa de ser una intervención monológica desde el saber hacia el no-saber (Martínez Hernández, 2008).

De acuerdo con Bartoli, (1.989), en los programas de intervención en salud se observan dos estereotipos de usuarios unos percibidos como un *vacío* de conocimientos que debe ser llenado por los expertos; y otro, un recipiente *lleno* de supersticiones y malas informaciones que los profesionales deben erradicar mediante la persuasión y la información *correcta*. Esta connotación no deja de ser sutilmente perversa, ver a las personas como recipientes pasivos sobre los cuales la razón sanitaria debe intervenir.

Retomando las respuestas “*la gente no quiere participar*”; González refiere que detrás de la apatía de las personas puede haber una forma de participar “*resistiendo, rechazando o simplemente mostrando desconfianza o desinterés hacia las actividades y programas impuestos*”(González, 2.005, p. 223). Esto puede ser el resultado de intervenciones monológicas y unidireccionales, con una aplicación acrítica del prototipo biomédico característico de la comunicación clínica al terreno de la promoción de la salud y la implementación de medidas sanitarias de forma que la población asume la posición del paciente y el profesional el estatus de terapeuta; en esta práctica no se toma en cuenta la perspectiva de la población lo que conlleva a

actitudes de apatías y de no asistencia, calificadas por los profesionales como falta de interés de la población.

*La población debe asistir a las charlas que se le dictan si quiere mejorar su salud, activarse ...en las charla se les enseña cómo cuidar sus dientes, cómo evitar la caries...*

En esta expresión, el estudiante se refiere a la charla dictada en las actividades de educación para la salud; repitiéndose el charlismo como estrategia exclusiva de educación para la salud bucal, también se resalta el carácter reduccionista y morbicéntrico de los contenidos que según su mirada deben contener los programas de salud bucal, aspectos estos ya analizados con anterioridad.

La segunda categoría: CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, arrojó frases como:

*Los contenidos de los programas y charlas deben ser bien planificados por el odontólogo y personal de asistentes....deben cubrir los temas de la boca, sus partes, los dientes, la caries, las técnicas de cepillado dental..*

*El odontólogo debe proponer temas de interés para la comunidad... la caries, su prevención, enfermedades de las encías, de trasmisión sexual...*

*Como experto en el área el odontólogo debe escoger los temas de acuerdo a la relevancia en la salud bucal...caries, técnicas de cepillado, visitas al odontólogo..*

Se demarcan las características ya comentadas del modelo curativo positivista: morbicentrista, fragmentado, del saber al no-saber, unidireccionales, biologista.

***Desde el salón de clase***

En este aparte de la investigación se utilizó la técnica de observación por parte de la investigadora. Cabe resaltar que el empleo de dos técnicas de recolección de datos, en este caso la entrevista y la observación refuerza el proceso de validación de la investigación. La información obtenida mediante las entrevistas y la observación coinciden en los aspectos más relevantes de la investigación, lo que puede constatarse en las repeticiones de conceptos surgidos en ambas técnicas, esto supone mayor fidelidad de la información recabada.

Las observaciones de las acciones desde el salón de clases durante el desarrollo de los programas de educación para la salud de los estudiantes de odontología y donde se observó también la práctica docente de la maestra de aula, se recogió información, que se categorizó (anexo 8, pp. 293-300) y que fue estructurada en tres dimensiones:

La 1ra Dimensión: CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

La 2da Dimensión: ACTITUD DE LOS NIÑOS

La 3ra Dimensión: ACTITUD DE LAS MAESTRAS

La 1ra Dimensión: CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

En general de las cuatro observaciones realizadas, las estrategias didácticas empleadas por los estudiantes fueron cuatro charlas, un juego y un video; se demarca el charlismo como práctica de elección en los programas de intervención, caracterizada por la transmisión unidireccional de información; otra característica destacada fue el contenido basado en la enfermedad en lugar de la promoción de salud (morbicentrismo) también destaca la concepción biologista y el reduccionismo en relación con la explicación de las causas de aparición de la caries dental...

*“vamos a hablar sobre la caries dental...es una enfermedad que destruye los dientes, los tejidos son atacados por las bacterias que viven en la boca, quienes a su vez transforman los azúcares y carbohidratos en ácidos que van destruyendo el esmalte....(4to grado).*

La explicación biológica y reduccionista de la aparición de la enfermedad es una de las premisas del modelo hegemónico de la salud, que obvia determinantes sociales y culturales presentes en el desarrollo de las enfermedades, la enfermedad de la boca pasa a ser el objeto de estudio de la salud bucal; la enfermedad es el centro de la práctica odontológica.

La intervención del saber hacia el no-saber también se observa:

*Niñitos NOSOTROS les venimos a enseñar qué es la caries, cómo debemos cepillarnos y qué alimentos debemos comer para tener los dientes sanos..(estudiante de odontología)  
Yo me sé cepillar doctora..(alumno de 1er grado)  
Seguro?? Ya vamos a ver si es verdad... ustedes se pasan el cepillo por los dientes pero NO de la forma correcta... nosotros vinimos a enseñarlos..(estudiante de odontología).*

Otra vez aparece la metáfora del recipiente vacío de conocimientos o lleno de malas informaciones que debe los expertos se ocuparan de corregir mediante la persuasión y la información *correcta*. De acuerdo con Freire esta es la visión bancaria de la educación donde el saber es una donación de los sabios a los que juzgan ignorantes, una simple transferencia de conocimientos (2002).

La evaluación del proceso de instrucción se realiza con las características propias del modelo educativo, exámenes y test para corroborar el aprendizaje, los exámenes constituyen una forma de control del docente para verificar la atención puesta en sus dictados; se aprecia en este diálogo entre los niños y niñas de 2do grado (AS) y los estudiantes de odontología (EO):

*Entendieron???(EO)*

*Siiii...(AS)*

*Bueno vamos a ver si es verdad porque les vamos a hacer un examen (EO)..*

*Nooo ( gritan los AS, pero se sientan y les entregan las “pruebas”)*

*Perrro...este examen si está peluo ( dice un AS, todos ríen..)*

También se aprecian aspectos positivos como una relación afectuosa que establece lazos afectivos entre los EO y los niños y niñas:

*Llegaron los doctoressss!!!! Los pocos niños y niñas que estaban sentados saltan emocionados de sus pupitres y van al encuentro de los “doctores”, los abrazan y los EO responde con cariño..*

*Ellos son los ídolos de los niñitos (maestra de 1er grado)..*

Las relaciones interpersonales positivas son muy importantes para el desarrollo de los programas de educación para la salud, la empatía y afecto repercute beneficiando los procesos educativos; se conoce que la actitud hacia algún hecho, objeto o persona tiene tres componentes, el cognitivo, el conductual y el afectivo (Gagné, 1993). Este último componente es el responsable de los gustos y simpatías o desagrado ante un objeto o una persona o grupo, por lo que las actitudes positivas mejoran los programas de educación y promoción.

El refuerzo positivo también es un atributo importante en los programas escolares de educación para la salud: actividad observada en 2do grado:

*Como vimos que se portaron bien y que aprendieron mucho les vamos a regalar un cepillo dental y una crema...(EO)*

*Uno para todos doctora???(alumno de segundo grado AS)*

*Los estudiantes de odontología se ríen y contestan: no, no, uno para cada uno!! Los AS: yeeee, contentos!!!*

Actividad observada en 3er grado:

*Después de la actividad del juego del “mega match” donde se dividió al salón en dos equipos, se formularon preguntas y cada vez un alumno de cada grupo debía correr a encender una luz para contestar, el que la encendía primero tenía la primera opción para contestar. El juego se desarrolló con bulla, gritos, carreras y empujones, risas, gritos y regaños (de la maestra), pero al final se cumplió con el objetivo que era recordar los conocimientos que durante todo el programa habían sido dados a los niños/s de 3ro.*

*La actividad culminó con entrega de medallas a todos los niños por su valiosa participación...una actividad muy motivadora para los niños y niñas.*

Estas actividades con refuerzos positivos son motivadoras y también repercuten en la actitud de los niños y niñas hacia los programas de intervención de salud bucal.

Otra característica deseable en los programas es que se permita una relación participante entre los interventores y los sujetos a los que se desea educar, esto permite mejorar el diálogo, si bien esta participación que se refleja en las líneas que siguen no es una participación completa en el sentido de la planeación y diseño de actividades y el desarrollo de las mismas, sí permite una mejor disposición para la atención a las actividades:

*A ver quién aprendió???(EO)*

*Yoooo... (gritan varios niños y niñas de 4to grado)*

*A ver tu R...dinos que aprendiste (EO)*

*R no quiere participar*

*Apués R, cualquiera cualquiera cae...(maestra)*

*Yo, doctora, la caries es cuando se destruye el diente por no cepillarnos...(F)*

*Muuuuuyyy bien, un aplauso para F porque aprendió mucho..(EO)*

#### La 2da Dimensión: ACTITUD DE LOS NIÑOS

Las características más resaltantes que se visualizaron en la observación a los niños y niñas en relación a los programas desarrollados por los estudiantes de odontología fueron:

- Reacción emocional positiva: observación en 3er grado; alumno/a de 3ro: AT; estudiante de odontología: EO.

*“llegaron los “doctores!!”, “nuestra visita preferida” dice una AT; en eso E, K, y MF (unas niñas del salón) se apuran a recibir a las EO, ellas dicen que son sus primas, y S, (un varón) dice: “eso es mentira, verdad doctora, que ellas no son sus primas?” y la EO contesta: “si chico, ella es mi primita” y dos EO también dicen: “y K es mi primita” y la otra EO: “y MF es la mía”, E, K y MF las abrazan y acarician sus cabellos, “viste que si es verdad?”; el resto de los AT sigue entusiasmado por la presencia de EO.*

En 1er grado; alumno/a de primer grado: AP; maestra de primer grado: MP

*al entrar al salón los AP rápidamente se levantan de sus pupitres, dejan de copiar de la pizarra y salen al encuentro de los EO. AP: “los “doctores!!!s”, contentos los abrazan [con cariño] y los EO responden igualmente a los abrazos*

*[momento emotivo]; MP sonríe y me dice: “ellos son los ídolos de los niñitos”*

- Indisciplina: observación en 2do grado: alumnos de segundo grado: AS; maestra de segundo grado MS

*buenos d iiiiiaasss!!!”, los AS están alborotados, unos parados, otros hablando duro con sus compañeros, otros empujándose [ indisciplinados] pues la MS est  afuera del salón hablando con otra maestra.*

*..Algunos niños est n atentos, otros distraídos y otros parándose y hablando. Continúan los EO explicando...*

- Respeto hacia el estudiante de odontología (el doctor); observación en 2do grado alumnos de segundo grado: AS.

*un AS dice: “p rense llegaron los doctores!!” se ponen de pie los pocos que estaban en sus pupitres [ saludo de respeto ante la autoridad] y todos responden: “buenos d iiiiiaasssss!!!! (gritando) [ y muy entusiasmados]*

En 3er grado: alumnos de tercero: AT

*Los EO dicen: “bueno, sin desorden van a hacer lo que nosotros les digamos, okey?” van a hacer caso?, AT: “si, dr!, vamos a hacer caso!!”*

- Participativos: los caracteriza el entusiasmo ante las actividades de los programas educativos y el interés por participar: observación en 4to grado, alumnos de 4to grado: AC

*“...al final los EO les preguntan: “a ver, que entendieron?, que es salud bucal?”, N se levanta y dice: es cepillarse los dientes doctor”, J dice: “es no tener caries”, F: “J tiene la muela picada”, J: “mentira doctor”, C comenta: la salud bucal es que tengamos los dientes blancos, sin manchas”, los EO dicen: “ajá, muy bien C, y que debemos hacer para mantener una buena salud bucal?”, muchos AC contestan “cepillarnos los dientes” y EO: “si señor, así mismo, y que otra cosa debemos hacer? F dice: no masticar chicle doctora porque los chicles pican las muelas”*

En primer grado: alumnos de primer grado: AP

*Al finalizar el video los EO preguntan: “les gustó?” y los AP responden (gritan) “siiiii”,EO: “que entendieron?”, I se levanta y dice: “doctora a mí me dio eso un día pero ya se me quitó”; EO: “a ver niñitos aquí está una amiguita que quiere contar algo” y llama a I para que les cuente, I dice: “en la noche a mí me dio caries y me dolía la muela, pero ya se me quitó”. EO: “aja, y quien sabe que es la caries?”, varios niños y niñas responden: “es un gueco en la muela doctor”, “son los animalitos que se comen los dientes”, A dice: “mi papa no tiene dientes porque se le pegaron esos animalitos”*

- El rechazo al castigo y a la agresión verbal también se observa: observación tercer grado, alumnos/as de tercero: AT; maestra de tercero: MT

*MT si me entero que se portaron mal les quito el recreo de mañana y la próxima semana no dejo que participen*

*cuando vengan los doctores”, un AT dice: “na guará maestra, uste si que’s brava de verdad!”*”.

En segundo grado: alumnos/as de segundo grado: AS, maestra de segundo grado: MS

*“la MS estoy muy brava porque se portaron mal y algunos se quedarán castigados sin recreo”, un AS de nombre V dice: “ah no mae no todos nos portamos mal, yo me porté bien y atendí a los doctores”, y otro, CL dice: “na guara maestra, usted anotó a los que estaban parados y fastidiando? Yo me porté bien”*

En cuarto grado, alumnos/as cuarto grado AC; maestra de cuarto grado: MC; estudiantes de odontología: EO

*los EO colocan unos afiches en el pizarrón, y comienzan la actividad, pocos AC prestan atención, se levantan del pupitre, hablan, gritan, se lanzan papeles unos a otros y la maestra tampoco se muestra interesada; los EO les llaman la atención a los AC, les dicen: “si no están interesados pueden salirse del salón” y la MC les grita: “que les pasa pues? No oyeron a los doctores? Por eso es que deben tener esa boca podrida, porque como no atienden no aprenden”; los AC ante el regaño repican, un AC: “podrida??? Podrida la tendrá...” Otro dice: “maestra que pasó? Por qué tan violenta? Y suelta la carcajada”, todos los AC se ríen..*

- También se observan reacciones de acato a las órdenes pero sólo en 1er grado:

*MP vuelve a decir: por favor niñitos, a sentarse y a permanecer calladitos... la MP canta: “la lechuza, la lechuza, hace shhh, hace shhh....” los AP se quedan callados y se sientan en el piso atentos al video que va a empezar*

### La 3ra Dimensión: ACTITUD DE LAS MAESTRAS

Las características que más resaltan en la observación es el empleo de órdenes, el uso del castigo, algunas recurren a la descalificación de sus alumnos/as, el uso de descalificativos y actitud autoritaria, aunque también hay maestras respetuosas que tratan con afecto a sus alumnos.

En tercer grado, maestra de tercero: (MT)

*...la MT (gritando): “un momentico!!! Que broma es esta pues? Yo no he ordenado que nadie se levante de su pupitre!!! Así que hasta que yo no vea que están tranquilos no les doy permiso de nada; y el que se porte mal lo saco del salón!!” ,... la MT dice: “ahora sí, organícense como le digan los doctores, yo voy a aprovechar de ir a la dirección a hablar un asunto. Ya saben, si me entero que se portaron mal les quito el recreo de mañana y la próxima semana no dejo que participen cuando vengan los doctores”, LE dice: “na guará maestra, uste si que’s brava de verdad!””, MT [tono agresivo]: “yo sí, y ustedes saben que es así”...*

En cuarto grado, maestra de cuarto: (MC), estudiante de odontología (EO)

*...la MC les grita: “que les pasa pues? No oyeron a los doctores? Por eso es que deben tener esa boca podrida, porque como no atienden no aprenden”; los AC ante el regaño repican, un AC: “podrida??? Podrida la tendrá...”*

*EO: R, dinos lo que aprendiste” , R no quiere pararse, ni quiere decir nada, la MC le dice: “a pues R, cualquiera cae, diga lo que aprendió!, tu siempre quieres hablar, horita no verdad”...*

*MC: F y D se me van para el rincón y se quedan sin recreo...*

En segundo grado; maestra de segundo: (MS):

*los EO les reparten a cada uno la hoja con las preguntas, ( que es la salud bucal?, que debes hacer cuando te duele un diente? , di la suma de la salud bucal?); los EO se les acercan a los niños, les aclaran preguntas, algunos niños y niñas no saben escribir bien, los ayudan. H se levanta y dice: “perrrrrooo, este examen tá peluo” y todos se ríen, la MS dice: “que raro, tu todo lo ves difícil, es que tú nunca sabes nada”, H encoje los hombros y se vuelve a sentar...*

Hay situaciones contrarias, en primer grado la maestra se muestra respetuosa y afectuosa con sus alumnos/as

*la MP ya para volver al orden les habla [con firmeza pero sin ser ruda]:” niños hagan silencio por favor, para que los “doctores” puedan empezar”*

El espacio escolar es rico en experiencias que implican socialización; la forma cómo se responde ante diferentes situaciones denota cómo el niño la niña se ha apropiado de elementos para tratar de equilibrar esas situaciones y permitirle una relación adecuada con sus compañeros y maestros.

Las relaciones a veces son más de subsistencia que de placer. La hostilidad en el salón de clases por parte de las maestras o algunos compañeros puede ser motivo de comportamientos agresivos en el niño la niña que desencadenen situaciones de estrés infantil.

El rechazo al castigo o a la agresión verbal forma parte de las conductas de subsistencia que el niño y la niña aprenden a desarrollar como forma de protegerse de esa agresión; las descalificaciones contribuyen a la formación de autoimágenes negativas de las personas.

En la etapa infantil, se comienzan a formar las primeras nociones de la persona como un ser completo, la imagen corporal, los vínculos afectivos; sentir el desprecio de los compañeros o del maestro/a, puede afectar significativamente al niño y a la construcción de su concepto de autoestima.

Lidiar con compañeros que tengan conductas muy diferentes a las propias también es una de las tareas a las cuales se enfrenta el niño y la niña en la escuela. Las situaciones negativas que se puedan presentar deben ser diagnosticadas a tiempo para evitar males mayores, en tal sentido, tratar de eliminar los comportamientos dañinos para las buenas relaciones escolares no es la única alternativa para mejorar la situación, es necesario también fortalecer comportamientos positivos alternativos.

## MOMENTO VII

### Reflexiones finales

#### *Lo que me trajo hasta aquí*

Llegado a este punto, resalta la necesidad de integrar los acontecimientos que a lo largo de este estudio se fueron tejiendo para dar como resultado un cuerpo de conceptos que hablan de las representaciones de los niños y niñas sobre la salud bucal en el espacio escolar. Lo que siempre se plateó esta tesis fue comprender a la escuela como un espacio propicio para los procesos de socialización en salud bucal, toda vez que se entendió que en ella el niño y la niña viven gran parte de su niñez, lo que hace oportuno crear relaciones tendientes a mejorar su salud y por ende su calidad de vida.

La complejidad del asunto hizo necesaria que se estudiaran no sólo a los niños y niñas en su entorno escolar, sino que, ayudados por la teoría de desarrollo ecológica de Bronfenbrenner entendimos que en la socialización de los niños y niñas existen espacios cercanos a su desenvolvimiento más relevantes que otros y esos espacios, los microespacios, intervienen directamente en la formación de conductas durante la niñez, por lo que se decidió estudiar conjuntamente los microespacios: familia, escuela y comunidad, para reconocer en ellos también como se dan los procesos de salud bucal.

La niñez ha cobrado especial interés para los investigadores sociales, quienes ven un terreno rico para explorar dado los cambios y evolución desde aquel niño retratado sin rasgos ni personalidad, hasta el niño y la niña de hoy, protagonista de muchos, por no decir todos, los espacios de la sociedad.

Un tema que no termina de resolverse aún es el tema de la salud. La generación de conocimientos en el área tecnológica, farmacéutica y de innovación puesta a la disposición del sector salud no ha se ha reflejado en la mejora esperada de los indicadores sociales de salud. En tecnología en un abrir y cerrar de ojos son creados nuevos materiales y nuevas técnicas, de gran sofisticación, sin embargo las enfermedades bucales siguen siendo de alta prevalencia a nivel mundial.

Por estas razones los programas de promoción y educación para la salud bucal seguirán constituyendo la mejor alternativa para evitar el encuentro con la enfermedad.

En esta investigación se estudiaron las **representaciones sociales de la salud bucal en los niños y niñas** en el afán de encontrar una vía que nos acerque a las subjetividades de los niños y niñas y en ese descubrir intentar una buena comunicación de los programas escolares de educación dirigidos al componente bucal de la salud como vía para alejar el proceso de enfermedad bucal de los y las escolares. Algunas reflexiones a modo de conclusión de este primer y principal aspecto de la investigación se exponen a continuación.

- La representación de la salud bucal en los niños se impregna de lo que ronda el ambiente donde ellos se desenvuelven. Lo que se dice, lo que ven, se representa y como resultado aparece en los niños y niñas una primera representación de la salud bucal por descuido de enfermedad.

-El concepto de salud de la OMS que expresa "... y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", pareciera que interviniera en la construcción de la representación de "la salud como sinónimo de ausencia de enfermedad".

-Otra representación se revela en el sentido común del síntoma clínico de la enfermedad, el dolor, como un binomio salud/ausencia de dolor. Aún y cuando el dolor físico bucal en muchos de los niños y niñas de la investigación no se ha

experimentado, las marcas sociales del dolor asociado a la odontología se manifiestan en sus representaciones sociales.

-Desde el campo del síntoma clínico hace su manifestación la concepción biologicista, reduccionista y determinista de la salud y de la enfermedad bucal, surgiendo una nueva representación: enfermedad bucal es causada por microbios.

-Dadas estas primeras representaciones, se hace imperante retomar el objeto de la educación y promoción de la salud bucal, el cual debe ser la salud y no la enfermedad; los programas de educación para la salud deben centrar su discurso en la salud, una promoción basada en aspectos positivos de la vida del niño y de la niña y no en las enfermedades.

-Esta combinación de eventos marca las representaciones sociales de la salud bucal de los niños y las niñas, que se reflejan en su percepción de determinismo biologicista de la enfermedad bucal.

-Al hacer referencia a la concepción unidimensional de la salud se observa como ésta sella las representaciones sociales que expresan los niños y niñas informando la noción de entender la higiene bucal como la única actividad para prevenir la aparición de enfermedades bucales; en los programas de promoción de la salud, a que asisten los niños y niñas de esta investigación, el modelo unicausal y unidimensional de la enfermedad favorece estas representaciones sociales. En este mismo orden, aparece también la representación social: comida sana evita la aparición de la caries.

-Una tarea pendiente es entender que los programas de educación para la salud deben mostrar al niño y a la niña la multicausalidad de los determinantes de la salud, adaptados a su condición cognitiva, y abolir el modelo simplista y unicausal del proceso salud-enfermedad.

-En los niños y niñas el campo de representación de la representación social del odontólogo remite a la idea de imagen, de modelo social, de este profesional visto por los niños y niñas como el “doctor” que cuida sus dientes, el “sacamuera” , adjetivos que se corresponden con la noción general del odontólogo. Esta noción es compartida con personas del entorno familiar, escolar y de su comunidad

- Las funciones que los niños y niñas atribuyen al odontólogo se visualizan en sus expresiones “tapar”, “reparar”, “curar”, “sacar muelas”, son los equivalentes de la curación, de la aplicación de tratamientos curativos y clínico-rehabilitadores considerados desde la mirada mecánico funcionalista.

Dados los elementos que surgieron en el rastreo de las representaciones sociales en donde se resalta:

- salud bucal por descuento de enfermedad.
- binomio salud/ausencia de dolor
- del reduccionismo y determinismo biológico de la salud y de la enfermedad bucal, surge una nueva representación: enfermedad bucal causada por microbios.
- la concepción unidimensional de la salud se observa como ésta sella las representaciones sociales que expresan los niños niñas informando la noción de entender la higiene bucal como la única actividad para prevenir la aparición de enfermedades bucales
- En este mismo orden, aparece la representación social de: comida sana evita la aparición de la caries

- el campo de representación de la representación social del odontólogo remite a la idea de imagen, de modelo social, de este profesional visto por los niños y niñas como el doctor que cura sus dientes
- “tapar”, “reparar”, “curar”, “sacar muelas”, son los equivalentes de la curación, de la aplicación de tratamientos curativos y clínico-rehabilitadores considerados desde la mirada mecánico funcionalista.

Este análisis y posterior síntesis de la investigación produjo un ejercicio de lo que pudiera ser una aproximación al concepto de salud bucal desde las representaciones sociales de los niños y niñas sujetos significantes de esta investigación:

*“salud bucal representa la ausencia de caries y dolores dentales, causados por microbios, los cuales pueden ser evitados con una correcta higiene bucal y alimentación adecuada. El odontólogo es el encargado de curar los dientes.”*

Como ya se refirió, se hizo necesario indagar cómo se dan las relaciones de los niños y niñas con los procesos de salud desde sus interacciones con **la familia, la escuela y la comunidad**. Los espacios más cercanos de la niñez intervienen directamente en sus procesos de socialización, ya pocos dejan de reconocer que los hechos no pueden estudiarse aislados de sus contextos, sin considerar la complejidad de tramas y relaciones que tejen, donde un concepto se ve afectado de acuerdo a las relaciones establecidas en su entorno.

-Los conceptos formados en la niñez están impregnados de lo que sus familias y su entorno cercano construyen en torno a esos conceptos; parte de eso se trata la socialización.

- La familia, la escuela y la comunidad se convierten en espacios oportunos naturales para los procesos de socialización, en los que valores se transmiten de acuerdo al contexto cultural y social del niño y de la niña.

- Los niños y niñas están orientados a considerar la salud bucal bajo el mismo criterio que prevalece en las representaciones sociales del concepto de salud bucal de sus familias; es decir, la salud bucal por ausencia de enfermedad y también se repite el binomio salud/ausencia de enfermedad. Esto es así y no es extraña esta coincidencia, si partimos del hecho que la familia inicia los primeros procesos de socialización, entonces se entiende que la concepción que tengan el padre y la madre respecto de una situación de la vida cotidiana se corresponda con la representación social que el hijo/a tenga respecto de ese mismo hecho o situación. Esta asociación está presente a lo largo de todos los hallazgos de la investigación en todos los sujetos investigados.

- Los líderes de la comunidad tienen una percepción más amplia del concepto de salud. Sus expresiones señalan algunas aproximaciones tendientes a considerar la salud desde una perspectiva del desarrollo personal y social; aparece en su concepto la actividad física, laboral, recreacional, lo que supone la atención a aspectos relacionados con el estilo de vida, el entorno social y laboral. Sin embargo, el discurso de salud bucal se repite: “salud bucal=ausencia de enfermedad=ausencia de dolor”.

-Así mismo, la salud como ausencia de dolor también está expresada por las familias sujetos significantes; esta apreciación es igualmente correspondida por las representaciones sociales de sus hijos; salud bucal = ausencia de dolor.

-Todos los adultos entrevistados han tenido experiencia de caries dental y dolores dentales lo que supone que sus respuestas de asociación caries/dolor surgen del sentir los signos y síntomas de la enfermedad.

-La concepción de la salud bucal como ausencia de dolor deviene de la racionalidad científica en las ciencias de la salud que en su lucha contra el dolor adoptaron el modelo mecanicista: el cuerpo es una máquina en la que el dolor es una señal de rotura o mal funcionamiento. Lo que se ha permeado a la esfera cotidiana haciendo que sea el dolor lo que defina la salud y no la propia salud.

-La lógica biológica y reduccionista prevalece en la explicación de los procesos de salud y enfermedad bucal. Los determinantes sociales, históricos y culturales no son considerados en esta explicación quedando como única opción la salud centradas en la enfermedad y reflejando la ausencia del síntoma dolor como elemento primordial de la definición de la salud bucal.

-En el adulto aparece la noción de salud como una sumatoria aritmética de órganos, tejidos y aparatos sanos. El relato de los órganos desplaza al cuerpo. En la salud bucal es el diente el órgano que “habla”, que “dice” si hay o no hay salud. Esta concepción denota la separación y fragmentación de la boca y sitúa al diente como el epicentro de la práctica odontológica.

-En los adultos se denota la importancia otorgada a mantener todos los dientes en boca, lo que sugiere el valor conferido a la función integral de toda la boca; además los aspectos relacionados a la función masticatoria, el efecto psicológico y social de la pérdida dental puede representar preocupaciones que impliquen también aspectos relacionados con la estética y el desarrollo de relaciones sociales y laborales, los cuales pueden verse afectados por la pérdida. En un ámbito general, los adultos entienden la relación de la boca con el resto del organismo; aspecto que resalta la boca como parte de un todo en funcionamiento. Aparece también la preocupación ante la enfermedad bucal como causa de ausentismo laboral.

-La salud se revela como un valor estético. Este aspecto resalta la necesidad de aceptación en los ámbitos sociales y laborales. Las exigencias estéticas promueven

la sobrevaloración de la dentición anterior por ser los dientes expuestos socialmente, lo que es comprensible; sin embargo debe ser entendido que estética y funcionalidad no están separadas. Lo estético en ocasiones responde a “pautas de cambio de moda” impuestas; la “sonrisa sana” ha sido definida por patrones estéticos que por lo general nada tienen que ver con la funcionalidad ni la salud y que sólo responden a valores y patrones impuestos por culturas ajenas a las propias del paciente que las demanda.

-La función masticatoria es vista como primordial para la salud; los programas educativos deben apuntar a la reflexión estética/función; donde ésta relación no sea vista como una dicotomía sino como un binomio de la salud bucal. Este aspecto debe ser encarado desde una mirada integral, donde confluya la funcionalidad y la estética, sin disminución de ninguna, pero rescatando la esencia de la salud bucal que es integral.

- Los adultos perciben la salud desvinculada de su contexto. Prevalece la noción de factores de riesgo aislados y condicionantes separadas que dan como resultado la enfermedad, lo que forma una idea reduccionista y determinista que plantea como únicas vías para prevenir la caries a la higiene y a la buena alimentación.

-Se revela también la poca importancia otorgada al inicio de la enfermedad cariosa, lo que trae como consecuencia el avance de ésta y la disminución de las posibilidades de un tratamiento precoz preventivo. Una buena educación para la salud bucal deberá ser capaz de promover conductas tendientes a la ampliación de conocimiento de las personas sobre su salud bucal; entender los programas de salud pasa por el filtro de los usuarios quienes deben ver reflejadas sus necesidades e intereses en esas acciones. Para que esto sea posible deben ser contruidos en un diálogo horizontal, atendiendo esas necesidades, valores, costumbres de la comunidad; sólo así se aceptarán como propios y en esta medida se entenderán

nociones básicas como la necesidad de la consulta odontológica como medio de diagnóstico a tiempo de sus enfermedades.

-Las prácticas de salud implementadas por las familias corresponden exclusivamente a técnicas de cepillado dental, reflejo del reduccionismo que se filtra en el ambiente.

-Resalta la participación entendida como una “participación pasiva” de la comunidad en los programas de salud; la cual consiste en la “colaboración” de la comunidad, la asistencia a los operativos, su exclusión en la planificación y toma de decisiones, con marcadas diferencias de clase y de género en las acciones que desarrolla y la presencia de “expertos” quienes dicen qué y cómo debe hacerse, obedeciendo a una lógica contraria, en la mayoría de los casos, a la lógica de la comunidad lo que conlleva a la exclusión y apatía de la población.

- No se realizan actividades de participación comunitaria de salud bucal de manera conjunta entre la comunidad y la escuela, sin embargo todos los representantes de la comunidad manifestaron que la escuela es un excelente espacio para desarrollar programas de este tipo donde la familia, la escuela y la comunidad confluyan en beneficio no sólo de los niños y niñas sino de la comunidad en general.

-En el manejo de la situación del proceso salud-enfermedad aparece el dolor como factor desencadenante de la visita al odontólogo; la decisión de acudir al consultorio es postergada y se toma a causa del dolor fuerte, lo que implica que la patología ha avanzado al punto en que el tratamiento comienza a ser cada vez más sofisticado y complicado y por ende más costoso, quedando como la opción más económica la extracción dentaria. Aquí se vuelve a la necesidad de una buena educación para la salud; la prevención y el diagnóstico precoz pueden evitar extremos como dolor y tratamientos mutilantes, bien sea por la gran destrucción de tejido o por cuestiones socioeconómicas que impidan al paciente optar por tratamientos protésicos

y/o endodónticos los cuales generalmente son costosos y están ausentes en los servicios públicos de salud bucal.

-Los adultos en general tienen una mala calificación a los servicios públicos de salud bucal; las personas tienden a asociarlos con expresiones como “lo barato sale caro”.

- Surge la idea: lo público es odontología básica y lo privado las especialidades.

-La mayoría de los adultos encuestados expresa experiencias odontológicas traumáticas las cuales se relacionan con la poca valoración al inicio de la enfermedad y a la postergación de la visita al odontólogo en casos de dolor.

¿Qué hacer?

Retomar el objeto de estudio de la salud bucal. Se requiere el cambio de objetivos en la odontología, de la atención a la enfermedad hacia el fomento de la salud, esta es una de las tareas pendientes de la odontología.

Una práctica bien desarrollada de promoción y educación para la salud en la que las familias y las comunidades sean protagonistas en la construcción de programas, donde sus conocimientos y saberes, valores y experiencias se fusionen con los saberes profesionales, en una relación dialógica, simétrica, bidireccional, fomentándose el intercambio de saberes, donde la multidimensionalidad se entienda en la necesidad de erradicar pensamientos deterministas, monocausales y reduccionistas de los procesos salud-enfermedad. Esta reflexión está pendiente y debe ser retomada si se quiere un verdadero cambio.

La mirada **desde la escuela** representó varias aristas; explorar el mundo visto por la maestras, protagonistas del día a día en la socialización de los niños y niñas en el espacio escolar dejó pistas sobre cómo se ha construido el concepto de salud bucal.

-La escuela no asume los programas de educación y prevención de salud por falta de recursos, personal y tiempo para desempeñar esas labores, la salud bucal es vista como responsabilidad de los profesionales de la salud bucal.

-El personal docente considera que los programas de educación para la salud bucal dentro de la escuela son positivos para los niños, y son importantes en cuanto a la información que brindan y representan un refuerzo positivo para los niños y niñas de la escuela.

-La práctica de las acciones de educación para la salud y prevención de enfermedades bucales se observa descontextualizada, concentrada en pretender cambiar conductas de los usuarios (los niños y niñas) y que queda sin efecto cuando cesa el programa educativo; los programas de la Facultad de Odontología en la escuela se caracterizan por la intermitencia de su desarrollo.

-Las relaciones que se establecen en los programas escolares de intervención obedecen a la dicotomía saber/no-saber.

-Una característica positiva observada por las maestras en los programas escolares de educación para la salud bucal desarrollados por los estudiantes de odontología es que se generan lazos afectivos entre estos y los niños y niñas de la escuela.

-Los programas se perciben como modelos monológicos de la salud, con atributos de unidireccionalidad, centrados en la enfermedad, fragmentados, con intervenciones tipo transferencia de información con la percepción de los niños niñas como receptores pasivos.

-Dentro de los programas escolares de la Escuela Primaria Básica del Ministerio del Poder Popular para la Educación algunos presentan contenidos referentes a la salud bucal; en estos se aprecia a la boca como objeto fraccionado y separado del resto del cuerpo, en consonancia con el modelo curativo morbicentristas, biólogo y unicasal, denotando como el modelo médico tradicional ha permeado el campo de la educación primaria.

-No hay una verdadera participación de los padres y representantes de la escuela en las actividades programadas por la institución. La dinámica económica y social que hace necesario el trabajo de ambos padres para el mantenimiento de los gastos del hogar es vista como la principal causa de la no participación de los representantes de los niños y niñas en las actividades que programa la escuela; el hecho de tener una obligación laboral impide la asistencia y participación.

El trabajo investigativo requirió estudiar la percepción de los **estudiantes de odontología** hacia las actividades de educación para la salud bucal, así como la práctica de las esas actividades en la escuela y las relaciones en el aula de clases, todo esto para entender cómo es la relación entre el modelo médico de la salud y el modelo educativo. Lo que se reveló fue:

- La clínica considerada como la base de la odontología, mientras que las actividades de educación para la salud son vistas por los estudiantes de odontología como “un complemento de la práctica odontológica”, adquiriendo un carácter de “accesorio” de subalterno de la clínica, lo que refleja la influencia del modelo clínico-curativo en su formación profesional.

-La formación académica en la Facultad de Odontología (FO) de la UC, ha favorecido la reproducción de la lógica instrumental centrada en el aspecto curativo. Estos indicios dan cuenta de una visión ahistórica del proceso salud enfermedad

bucal. Se evidencia también la formación del profesional de la odontología signada por el modelo biomédico, obviándose los determinantes socio-estructurales.

-Se requiere la valoración de la dimensión social de la salud, de las subjetividades de la población y de sus vivencias para romper el esquema mental en el profesional de la salud que considera su conocimiento como el único válido, ésta puede ser una de las vías para superar el ejercicio desigual de las prácticas de educación para la salud bucal.

-El Charlismo se revela como práctica casi exclusiva para el desarrollo de los programas de salud bucal de los estudiantes de odontología en la escuela; el conocimiento de la existencia de técnicas superiores de intervención en salud bucal, como el sociodrama, conversaciones, mesas y grupos de trabajo, dramatizaciones, hace injustificado el abuso de esta técnica.

-La práctica odontológica ha sido permeada por este modelo y actúa bajo una mirada reduccionista y morbicentrista.

-El ejercicio odontológico fragmentado, se circunscribe a la boca y al diente y separada del resto del individuo. El objeto de atención es la boca o el diente enfermo

-El tratamiento clínico se impone como una “responsabilidad” del profesional que debe “curar” la boca de su paciente. Tratar, curar, restituir, sanear, concepción organicista-mecanicista, enfatiza la orientación curativa como única vía de obtener salud. Las actividades se concentran en tratamientos clínicos individuales.

-El modelo privilegia la especialización sobre una base científicista; la racionalidad técnico-instrumental y el mercado han influido en el “*quehacer*” odontológico, junto al desarrollo de tecnologías, especialidades y subespecialidades emergentes. El estudiante siente la presión por la especialización como culminación de su meta de formación profesional.

-El odontólogo se enfrenta a dos desafíos; por una parte el reclamo del paciente, que exige “*lo mejor y de última tecnología*” y por otra la objetividad de su profesión, y entre ellas la explosión tecnológica que introduce la “pauta de cambio de moda”.

-El modelo de salud ha impactado la promoción de la salud, esto se refleja en las programas de la Facultad de Odontología en la escuela donde los niños y niñas asumen la posición del paciente y los estudiantes el estatus de terapeuta; sus características: charlismo, morbicentrista, reduccionista, biologista, emplea la metáfora del recipiente *vacío* de conocimientos o *lleno* de malas informaciones que serán corregidas por los expertos mediante la persuasión y la información “correcta”.

-La evaluación del proceso de instrucción se realiza con las características propias del modelo educativo, exámenes y test, evaluación sumativa, para corroborar el aprendizaje, los exámenes constituyen una forma de “control” del docente para verificar la atención puesta en sus dictados.

-También se aprecian aspectos deseables como una relación positiva que establece lazos afectivos entre los estudiantes de odontología y los niños y niñas; Lo cual repercute en mejores actitudes hacia los programas de intervención de salud bucal. Este aspecto también fue apreciado por la mirada de las maestras.

-Otra característica positiva de los programas de la F.O. que resalta es que permite una relación participante entre los interventores y los sujetos a los que se desea educar, esto permite mejorar el diálogo.

Las observaciones durante el **acto docente** también reveló aspectos interesantes que hablan de cómo en niño y niña construye relaciones dentro del ámbito del salón de clases y de las características del modelo hegemónico de educación presentes en la escuela

-Entre las características observadas de la estructura escolar destacan la uniformización de todos los procedimientos, en contenidos programáticos de las asignaturas y grados, exigencia estricta de su cumplimiento, separación de los espacios y tiempos productivos de los recreacionales, salón de clases y el patio, fragmentación de los contenidos, materias y temas al igual que la fragmentación de los tiempos y jornadas escolares, símbolos de autoridad y saber reflejados en disposición de los pupitres en fila, el pizarrón como símbolo de autoridad y saber, las filas para entrar y salir del salón.

-Las características del acto docente que se destacan son el empleo del disciplinamiento, órdenes, castigos y amenazas, algunas docentes recurren a la descalificación de sus alumnos/as, el uso de descalificativos y actitud autoritaria, todas estas características del modelo hegemónico de la educación; aunque también hay maestras respetuosas que tratan con afecto a sus alumnos.

-Los niños y niñas representan la razón de ser de la escuela y del acto educativo; su desarrollo y su socialización se está construyendo día a día, por lo que el espacio escolar cobra importancia en la oportunidad de favorecer el mejor y mayor desarrollo posible.

-El niño y la niña se apropia de elementos para tratar de equilibrar situaciones y permitirle una relación adecuada con sus compañeros y maestros, lo que se denota la forma como responde ante diferentes situaciones.

-En su cotidianidad en el colegio el niño y la niña establece relaciones con compañeros, maestros y con los estudiantes de odontología de la FOUC quienes también transitan por el espacio; estas relaciones favorecen los procesos de socialización y los ayudan a establecer esquemas de conductas “deseables” y aceptadas en la escuela.

-Las relaciones que establecen los niños y niñas en el espacio escolar en ocasiones son más de subsistencia que de placer. Lidar con la hostilidad en el salón de clases por parte de las maestras o algunos compañeros puede generar comportamientos agresivos y estrés en el niño y niña.

-El rechazo al castigo o a la agresión verbal forma parte de las conductas de subsistencia que el niño y la niña aprenden a desarrollar como forma de protegerse de esa agresión.

### **Bocanadas finales...**

Desde el inicio de este recorrido los niños y las niñas se constituyeron como los significantes más importantes del camino a andar. Sin desdibujar al resto de actores, maestras, familias, comunidad y estudiantes de odontología, aquellos “nacieron y crecieron” como la razón de ser de la investigación.

Mucho se ha hablado sobre la necesidad de formar a los niños y niñas para que sean hombres y mujeres integrales, con capacidades para integrarse al mundo futuro lleno de innovaciones y competencias, formarlos y prepararlos para su vidas futuras; si bien esto es importante y no puede negarse la necesidad que una formación prospectiva, siento que el momento de la niñez, su *ahora*, su *ya*, es más importante para ellos. Estimular hábitos de integración social, de convivencia grupal y de solidaridad en la escuela, generará en ellos el mejor aprendizaje de sus vidas, los fortalecerá como personas y los proveerá de herramientas para resolver situaciones inmediatas que son las que les preocupan.

La escuela debe asumir que, siendo ella el espacio en el cual los niños y niñas comparten y socializan el mayor tiempo de su niñez, aparte de su familia, su responsabilidad tiene que ir más allá del cumplimiento de los contenidos programáticos que impone el currículo escolar. La educación en valores y la

educación en afectos, en equilibrio con lo formal del currículo pudieran ser clave para mejorar el desarrollo emocional del niño y la niña en este momento de su vida.

Fortalecer el vínculo entre la escuela y la familia también es necesario. La escuela es el nuevo espacio de convivencia para el escolar, el tránsito por la escuela implica muchos años de las vidas de las personas, por esta razón la escuela y la familia no deben desligarse. La escuela reclama a la familia que en muchas ocasiones ésta le “entrega” al niño y niña y no participa del aprendizaje de su hijo/a, la familia por su parte espera de la escuela la excelencia y la formación de su hijo/a y la disciplina que a veces, por falta de tiempo no puede hacerse en el hogar. En este binomio, el maestro/a también es protagonista de situaciones que influyen en su tarea de educar, que tiene que ver con las condiciones laborales, el estrés, las exigencias laborales, los bajos sueldos que percibe, por nombrar algunos, que intervienen en los resultados de su trabajo, por lo que no deben dejarse fuera de la reflexión.

Los procesos de salud son inherentes a las personas. Como quiera que no pueden ser separados, las situaciones de salud, y en nuestro caso, salud bucal están presentes en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de las personas. En la niñez los espacios familia, escuela y comunidad comportan los tres espacios principales de la socialización que intervienen en los procesos de desarrollo y aprendizaje de hábitos y costumbres que ayudan al mantenimiento de la salud.

Siendo la escuela el espacio natural de confluencia de los niños y niñas, las familias y la comunidad, se considera el ideal para desarrollar estrategias que conduzcan a la creación de espacios de socialización en salud bucal.

Múltiples documentos de la OMS y la OPS han manifestado la necesidad de establecer vínculos entre la escuela y la salud, basados en las estrategias de promoción y educación para la salud, considerando el desarrollo de escuelas como espacio de salud integral y calidad de vida y en Latinoamérica la OFEDO/UDUAL

con su propuesta del 90 por ciento de niños y niñas promotores de salud bucal, sustentan el desarrollo de programas de salud bucal escolar que tengan como espacio natural a la escuela. (OMS, 1983, 1999a, 1999b, 2004; Romero, 2006).

Así mismo la Ley Orgánica de Educación en relación con las funciones de los Consejos Estudiantiles en su Art. 1 plantea la participación protagónica de los estudiantes en las actividades de la escuela, en los Comités de Madres, Padres, Representantes y Responsables en el Art. 2 plantea su participación en las actividades escolares, en el Art. 3 de la misma Ley en lo relacionado al Comité de Ambiente, Alimentación y Salud Integral también refiere la participación en la escuela en actividades de prevención y promoción de la salud integral.( Ley Orgánica de Educación, 2009).

Teniendo las bases legales para la conformación de la escuela como espacio de socialización en salud bucal, la reflexión nos lleva a plantearlo como una tarea que no debemos seguir postergando.

El espacio escolar reúne las características y atributos necesarios para la implementación de manera formal de espacios de saberes desde el niño y la niña y sus entornos más cercanos para la socialización de experiencias de salud bucal, con características dialógicas, intercambio de saberes, bidireccionalidad y simetría de relaciones, teniendo como centro la salud y no la enfermedad y la multidimensionalidad de los proceso de salud y enfermedad.

El espacio escolar entonces es el sitio donde se mezclan los saberes de la familia, la comunidad y los propios; lo pudiéramos pensar haciendo una analogía con las mezclas; donde el espacio escolar representaría el líquido que sirve para la dilución de los solutos; es el componente que sostiene al resto de los elementos de una solución. Los otros elementos, los solutos, serían los niños y niñas, maestros, la familia, la comunidad, los profesionales, sostenidos en el espacio escolar.

Juntos todos los componentes conformar ese espacio escolar y esperado, *la escuela como espacio de socialización en salud bucal.*

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abric, Jean-Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Representations*. Traducción al español por José Da costa y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y Representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.
- Alcántara M., G. (2008, junio). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*. 9, (1), 93-107. Recuperado 1, jun. 2012, en [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1317-58152008000100005&lng=es&nrm=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152008000100005&lng=es&nrm=iso)
- Almeida Filho, N. y Silva, J. (1.999). La crisis de la salud pública y el movimiento salud colectiva en Latinoamérica. Centro de Estudios sanitarios y Sociales. N° 75. España: Cuadernos médicos.
- Araya, S. (2.002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuadernos sociales 127. Asdi. Facultad Latinoamericana de Ciencia Sociales. Sede Académica Costa Rica: Ed. Leonardo Villegas
- Alzate Piedrahita, M. (2003). El descubrimiento de la infancia: modelos de crianza y categoría sociopolítica moderna. *Colombia Revista de Ciencias Humanas de Universidad Teológica de Pereira*, 31, 121-130.
- Ambert, Anne Marie (1992) *The Effect of Children on Parents*, New York, The Haworth Press.
- Anuario Grhial. Universidad de Los Andes. Mérida. Enero-Diciembre, N° 3, 2009. *De la niñez como noción cultural a las pautas de crianza. Notas para una antropología de la educación inicial.*. Goncalvez, Deisy y Franco, Francisco, pp. 69-104.
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus

- Ariès, Ph. y Duby, G. (1992). *Historia de la historia de la vida privada*. España: Taurus.
- Arroyo, H., Cerqueira MT. (1997) *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina: Un Análisis Sectorial*. Puerto Rico: Ed de la Universidad de Puerto Rico.
- Astorga, A. y van Der Bilj, B. (1990) *Manual del Diagnóstico Participativo. Manuales prácticos No 9*. 1ra. edición. Quito, Ecuador: CEDECO.
- Banchs, M. (1.984). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología* 34.
- \_\_\_\_\_. (1990). Las representaciones sociales: sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica. En B. Jiménez (Ed.), *Aportes críticos a la Psicología en América Latina* (pp193-221). México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- \_\_\_\_\_. (2001). Jugando con las Ideas en Torno a las representaciones Sociales desde Venezuela. *FERMENTUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 11 - N° 30 – pp. 11-32 Enero-Abril*
- Baquero, R. y Narodowski, M.(1994), "¿Existe la infancia?", en: *Revista IICE Año III N° 6*, Miño y Dávila, Bs.As. pp. 61-67.
- Barbolla, C., Benavente, N., López, T., Martín de A., C., Gómez, I, Sotodosos, L y Serrano, C. (2010). Investigación etnográfica. En Murillo, J & Martínez, C. (Eds.), *Métodos de Investigación Educativa 3º Ed. Especial*.(pp. 5-21) [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/I\\_Etnografica\\_Trabajo.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf)
- Bartoli, P. (1989). Antropología en la educación sanitaria, *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, Vol. 7 pp. 17-24.
- Blanco, A. (2.004). La relación estomatólogo-paciente: Importancia de los factores sociales. *Rev Cubana Estomatol.* [online]. Vol 41, n.1, [citado 2013-10-16].
- Bello, F. (1.991) *De la institución familiar a la familia marginal*. *Rev. FACES*. N° 6, año 2, pp. 14-32 (Enero 1991 - Marzo 1991) Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Valencia, Venezuela.

- \_\_\_\_\_ (1998). *El Modelo Médico Dominante y la Racionalidad de la Sociedad Venezolana*. Ponencia. Jornada de Discusión “El Desafía de la Educación Médica Alternativa y la Educación Nutricional en el Siglo XXI”. Valencia.
- \_\_\_\_\_ (2.005). *La acción educativa en el escenario de la relación familia-escuela en comunidades pobre con violencia crónica*. (Los espacios de las relaciones tensionadas: educador-educando). Rev. Mañongo. Vol. 24, 2.005, pp. 193-205.
- \_\_\_\_\_ (s.f). *Saber: alma que arma a un pueblo*. Atresmanos. Miradas múltiples para el diálogo. [Material mimeografiado].
- Bello, F. y Marcano, M.(1998) *Socio Antropológica (s) de la Pobreza ante la Enfermedad. (La Comunidad y sus mecanismos de acción)*. Venezuela: Ediciones Universidad de Carabobo.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2005). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Madrid: Amorrortu.
- Bonilla-Molina, Luis (2004). *Historia breve de la educación Venezuela*. Caracas: Libro Digital Ediciones Gato Negro.
- Borges, M. (1.999). *Actitud del estudiante de odontología hacia la educación y prevención de la salud bucal y factores que la determinan*. Trabajo especial de grado no publicado, para optar al título de Magister en Educación Mención Investigación Educativa. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Educación.
- Borges, M. y Mireles, J. 2009. *Caries dental y hábitos de higiene bucal en escolares según nivel socioeconómico*. Municipio Naguanagua. Estado Carabobo. Período lectivo 2009-2010. Trabajo de ascenso no publicado. Universidad de Carabobo.
- Bravo, L. y Uzcátegui, R. (2007) *Memoria Educativa Venezolana*. CIES-CEP-EE-UCV
- Brito García, L. (1986). *El poder sin la máscara*. Caracas: Monte Avila Editores.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano*. España: Paidós.
- Caldeiro, G. (s/f). *La infancia, una construcción de la modernidad*. Recuperado el 04 de agosto de 2.014, En <http://educacion.idoneos.com/index.php/119539>.

- Cánchica, A. (1980). *Algunos rasgos característicos del proceso de la educación en Venezuela*. Mimeografía. Caracas: Escuela de Educación. UCV.
- Capra, F. (2004). El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Argentina: Estaciones.
- Caricote, E. y Figueroa, E. (2006). La salud como valor. *Rev educación en valores*. ISSN 1690-7884, [Nº. 5, 2006](#) , págs. 69-78
- Castellanos, P.L. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez Navarro, F., Antó, J.M., Castellanos, P.L., Pili, M., Marset, P y Navarro, V. *Salud Pública*. Madrid: Mc-Graw Hill Interamericana.
- Castellano, P. (2004). Reflexiones sobre políticas públicas de protección social, derechos humanos y participación social en el estado democrático contemporáneo en América Latina. Borrador de trabajo preliminar. Junio Guatemala
- Cerqueira, MT y J Ippolito-Shepherd (2004). *Strengthening country capacity to create healthy environments for children with Health-Promoting Schools (Parenting and Life Skills Training)*. Washington, DC: OPS/OMS
- CERPE (1979). *La Educación en los orígenes y creación de la nacionalidad (1498-1830)*. Caracas: Autor.
- Cervel, M. (2005). Orientación e Intervención familiar. *Revista Educación y Futuro*, 13. URL disponible en: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?articulo=2239633&orden=75354](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?articulo=2239633&orden=75354)
- Cole, M. (1984). Zona de desarrollo próximo: donde cultura y desarrollo se generan mutuamente. *Infancia y aprendizaje*. Revista trimestral de estudios de investigación. Separata, 25, pp. 3-27.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), Gaceta Oficial No. 5.453, 24 de marzo de 2000.
- Couto, M. (2010). La formación de odontólogos/as en la Universidad de Carabobo. ¿Teoría o práctica transformadora? Representaciones sociales. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Doctorado en Ciencias Sociales, Estudios de Salud y Sociedad, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela.

- Couto, M, Esser, J. y Vazquez, N. (2007). Odontología y misoginia. Estética vs funcionalidad. Investigaciones en salud, Vol. IX, (2), pp. 94-99, Agosto 2007. Centro Universitario de ciencias de la Salud, México.
- Davies, J.K., Mac Donald, G. (1998) Quality, evidence and effectiveness in health promotion. London: Ed. Routledge.
- Dilthey, W (1948). Introducción a las ciencias del espíritu. Madrid: Espasa Calpe.
- Durkheim, E. (1.975). Educación y Sociología. Ediciones Península: Barcelona
- Esteinou, R. (2008). *La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad siglos XVI al XX*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Federación Venezolana de Maestros (s/f). *Historia de la Federación venezolana de Maestros*. Recuperado el 14 de jun. de 2014. <http://www.fvmaestros.org/historia.html>.
- Fernández H., Rafael (1991). Educación y Cultura. En Grases, Pedro (Coord.). *Los Tres Primeros Siglos de Venezuela 1498 – 1810*. Caracas: Grijalbo.
- Ferrater, J. (2004). *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Editorial Ariel
- Foucault, Michel. (1975). Vigilar y castigar. Edición 1999, México, D.F., Siglo XXI.
- Freire, P. (2.002). Pedagogía del oprimido. Siglo Argentina: Veintiuno Editores
- Fundación Polar. (1988). Diccionario de Historia de Venezuela. Caracas. Pág. 22.
- Gadamer, H-G. (2.001). El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Gadamer, H.G. (1998). El giro hermenéutico. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A.
- Gagné, R. (1993). Las condiciones del aprendizaje. México: Mc Graw Hill.
- Gaitán, Lourdes (2006). *Sociología de la infancia*, Madrid: Síntesis.
- Goncalvez, D. y Franco, F. (2011) *Las pautas de crianza en la ciudad de Mérida y su relación con la educación inicial. Registro etnográfico y exploratorio*. Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales. Mérida-Venezuela. ISSN 1316-9505. Enero-Diciembre. N° 17 (2011): 165-192.
- Gonzalez, J. J., et al. (1999). *Dinámica de grupos*. México: Pax.

- González, J., y Hernández, Z. (2003). *Paradigmas Emergentes Y Métodos De Investigación en el Campo de la Orientación*.
- González, M. (2005). El discurso médico. Representaciones sociales. Valencia, Venezuela: T.B. Print.
- González, M. (2010). Investigación cualitativa en salud. Avances y Desafíos. Salus online. Volumen 13- Sup. 1- Año 2009-2010. p. 80. Disponible en: <[http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/inves\\_cualitativa\\_salud.pdf](http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/inves_cualitativa_salud.pdf) >. Accedido en 13 feb. 2014
- González O., Solórzano, A. y Balda, R. (1999). Estética en odontología: Parte I Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. *Acta odontol. venez* [online]. 1999, vol.37, n.3, pp. 33-38. ISSN 0001-6365.
- Greenfield y Lave (1982). Cognitive aspects of informal education, en Wagner, D. y Stevenson, H. (comps). *Cultural perspectives on child development*, San Francisco: W.H. Freeman&Co.
- Guzmán, C. (s/f). De una educación comunitaria a una educación de castas. Facultad de ciencias de la educación, Universidad de Carabobo. Recuperado el 27 de febrero de 2014, de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a3n5/3-5-9.pdf>
- Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Heidegger, M. (2003). *Ser y tiempo*, Madrid: Editorial Trotta.
- Hurtado León, I. y Toro, J. (1997). *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Venezuela: Epísteme consultores y Asociados, C.A.
- Hurtado, S. (1995a). *Cultura matrisocial y sociedad popular en América Latina*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos/Consejo de Estudios de Postgrado FACES – UCV.
- Hurtado, S. (1995b). *Trabajo femenino, fecundidad y familia popular-urbana*. Caracas: Universidad Central de Venezuela – CDCH.
- Ibáñez, T. (1988): “Ideologías de la Vida Cotidiana”. Barcelona. España: Editorial Sendai
- Iglesias, S. (1996). El desarrollo del concepto de infancia. HYPERLINK "http://www.monografias.com/trabajos16/evolucion-sociedades/evolucion-sociedades.shtml" Sociedades y Politicas” N° 2- 1996

- Jensen, B (1994). Los conceptos de salud y de acción en la Educación para la Salud. Seminario de Educación para la Salud y Democracia. Comisión de la Unión Europea. Copenhague 12-15 diciembre de 1994. Documentos de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, CIDE; 1995 [ [HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks \]](http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks)
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
- Jodelet, D. (1991). Representation Sociale. En *Grand Dictionnaire de la Psychologie*. Paris: Larousse, 168 – 672
- Lanz Rodriguez, C. (2003). Proyecto Pedagógico Nacional PEN. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Caracas.
- León Uzcátegui, J. (2005). Consalud-Participación comunitaria. Valencia, Venezuela: Fotolito Paredes.
- Lévi-Strauss, C. (1969). Las estructuras elementales de parentesco. México: Paidós.
- Ley de Protección a las familias, la maternidad y la paternidad. (Gaceta Oficial N° 38.773, del 20 de septiembre de 2007). Venezuela.
- Ley Orgánica de Educación. (Gaceta oficial N° 5.929 del agosto de 2009). Venezuela.
- Ley Orgánica de Salud. (Gaceta Oficial N° 36.579 del 11 de noviembre de 1998) Venezuela.
- Licioni, Edihl (2007). Los niños como protagonistas de sus escenarios de formación. Valencia, Venezuela: Ediciones Delfon C.A.
- Linville HR.(1989). The practical use of biology. School Science and Matematic, 1909; 9. En Rosenthal DB. Two Approaches to Science-Technology-Society (S-T-S). Science Education 1989; 73 (5); 581-9.[[HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks \]](http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks)
- Liotard, JF. (1987). La condición postmoderna, Informe sobre el saber. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Martínez Hernáez, A. (2008). Antropología Médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Rubí. Barcelona: Anthropos Editorial.

- Martínez , M. (2004). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas.
- Martínez, M. (2006). La nueva ciencia: su desafío, lógica y método. México: Trillas.
- Martínez Navarro, F., Antó, J.M., Castellanos, J.M., Gili, M., Marset, P. y Navarro, V. (1998) Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U.
- Mena A, Rivera L. Epidemiología bucal (Conceptos básicos). Caracas: Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de odontología de la Unión de Universidades de la América Latina. (OFEDO/UDUAL); 1992.
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis, (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Edit Gedissa, pp. 65-105.
- Merleau-Ponty, M. (2003). El mundo de la percepción, siete conferencias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Merleau-Ponty, M. (1993). Fenomenología de la percepción. Buenos Aires: Editorial Planeta Argentina, S.A.I.C.
- Meresman S, D Bundy, and MT Cerqueira (2001) School Health: Policies, Programs, and Practice. Insights from Latin America. Washington, DC: WB-PAHO (Unpublished document).
- Ministerio de Educación. (1976). La revolución educativa. Caracas. [ [Links](#) ]
- Ministerio de Educación y Deporte (2004). Escuelas bolivarianas. Avance cualitativo del proyecto. Caracas. Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Educación (1.997). Currículo básico nacional. Nivel de educación básica. Caracas, Venezuela.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de Salud (2000). M.S.C. VIPES. Madrid.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2001). **Indicadores de Situación de Vida, Movilidad Social** años 1995-2001. Estudio Nacional. Tomo II. Caracas: FUNDACREDESA

- Minkler M. Health education, health promotion and open society. A historical perspective. *Health Education Quarterly* 1989; 16 (1): 17-30. [ [HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks"](http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks) ]
- Montero, M. (1998). Comunidad como objeto y sujeto de la acción social. En A. Martín (Ed), *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Síntesis.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales*. Athenea Digital N° 2. Universidad Autónoma de Guadalajara. México: Otoño. [HYPERLINK www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Teoria](http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Teoria)
- Mora Salas, L. (2008). *El sentido de la familia: una construcción con las tramas de vida de tres generaciones* [90 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(2), Art. 3, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs080237>.
- Moreno, A. (1993). *El aro y la trama*. Caracas – Valencia: Centro de Investigaciones populares (CIP) – Universidad de Carabobo (UC).
- Moreno, A. (1995). La familia popular venezolana. *Curso de formación sociopolítica 15*. Caracas: Centro de Investigaciones Populares – Centro Gumilla.
- Morin, E. (2000). Conferencia inaugural sobre pensamiento complejo. Primer Congreso Internacional sobre pensamiento complejo. Bogotá: presidencia de la República, Icfes, Colciencias, Unesco, Ministerio de Educación, Fundación Santillana. Noviembre de 2000.
- Morin, E. (1993) Epistemología de la complejidad. En nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Compiladora Freid, D. Editorial Paidos. Buenos Aires (pp 433-437).
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.
- Moscovici, S. (compilador)(1989) *Psicología Social II*. Barcelona: edit. Paidós.
- Munné, F. (1995). *La interacción social. Teorías y ámbitos*. Barcelona: PPU.
- Murcia Florián, J.(1990) *Investigar para Cambiar. Un Enfoque sobre Investigación Participante Cooperativa*. Bogotá: Editorial del Magisterio.

- Narodowski, M. (1994). La infancia y poder. La conformación de la pedagogía moderna. Buenos Aires: Aique.
- Nieva, B. y Jácome, S. (1999) Representaciones Sociales del Proceso salud Enfermedad Oral en Poblaciones Urbano-Marginales y sus Relación con los Discursos y las Prácticas Institucionales. [primera parte].En: Revista Federación Odontológica Colombiana. [internet]. Oct-Dic; (194) 1999. Disponible en: [HYPERLINK "http://www.encolombia.com/representaciones\\_odonto.htm"](http://www.encolombia.com/representaciones_odonto.htm)  
[http://www.encolombia.com/representaciones\\_odonto.htm](http://www.encolombia.com/representaciones_odonto.htm).
- Odremán, N. (1998). Reforma curricular venezolana de Educación Básica. En Educación, Año LIX, N° 181.
- OMS. (1978).Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata, Unicef.
- OMS. (1997) Declaración de Yacarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta, República de Indonesia. Ginebra: Autor
- \_\_\_\_\_(1999). Promoción de Salud: Glosario Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Auto.
- \_\_\_\_\_(2004).Manual informe técnico. Las enfermedades bucales constituyen problemas de salud mundial. *Informe Mundial sobre Salud Bucodental* Ginebra: Autor
- \_\_\_\_\_(2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45° Edición de documentos básicos. [Documento en Línea]. Ginebra:Autor [Consulta: 2009, Octubre 20] Disponible en: [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution/sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution/sp.pdf).
- \_\_\_\_\_(1983). Nuevos métodos de educación sanitaria en la acción primaria de salud. Informe técnico número 690. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1983.[ [HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks"](http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpidLinks) ]
- ONU. (1989). Convención sobre los derechos humanos del niño. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/44/25&Lang=S>
- \_\_\_\_\_(1990)Proyecto regional para la superación de la pobreza. Desarrollo en pobreza. PNUD.

- Organización Panamericana de la Salud (1996) Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la Acción (HSP/SILOS-36). Washington, DC: OPS/OMS.
- OPS/OMS Venezuela. (1999a). Educación para la Salud en el Ámbito Escolar Una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia latinoamericana Serie HSS/SILOS-37. HYPERLINK "http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS\_SILOS.htm" http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS\_SILOS.htm
- \_\_\_\_\_ (1999b) *Programa Nacional: Las escuelas como espacio para la salud integral y la calidad de vida.*
- \_\_\_\_\_ (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45° Edición de Documentos Básicos.* [Documento en Línea]. Disponible: [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution/sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution/sp.pdf). [Consulta: 2009, Octubre 20]
- Parsons, T. (1976 [1959]): El sistema social, Editorial Revista de Occidente, Madrid.
- Payares, C. (1997) ¿Es la Práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? Revista de la Facultad de Odontología, Vol 8, (1), 4-9. 1996, Universidad de Antioquía, Medellín.
- Pereira de Sá, C. (1998). *A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.* Río de Janeiro. Brasil: UERJ
- Petersen, P. (2003). The world oral health 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global oral Health Programme; Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (suppl. 1):3-24 [ [Links](#) ]
- Piaget, J. (1990) El nacimiento de la inteligencia en el niño. Barcelona: Crítica.
- Pierret, J (1993). Constructing Discourse about health and their social determinants. En: radley. World of illness. London: Roudlege.
- Pujadas, J., Comas, D. y Roca, J. (2010). Etnografía. Editorial OUC.
- Reid, Thomas. (1998). Una investigación de la mente humana bajo los principios del sentido común.(versión parcial en español), en La filosofía del sentido común, breve antología de textos de Thomas Reid. Trad. De José Hernández Prado. UAM-Azcapotzalco, México.

- Rice, Philip (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*, Prentice-Hall: Madrid.
- Ricoeur, P. (1971). "The model of the text: meaningful action considered as a text", en *Social Research*, num. 38, 1971, pp. 529-562.
- Ricoeur, P.(2003). *Teoría de la interpretación: Discurso y excedente de sentido*.5ª ed. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Rocher, G. (1990). *Introducción a la Sociología general*. Barcelona: Herder.
- Rodríguez, F. (2.006). *Subjetividad, razón médica y posmodernidad. Crítica a la razón en términos de crítica a la razón médica*. Cumaná: UDO.
- Romero, Yajaira. *Las metas del milenio y el componente bucal de la salud*. *Acta odontol. venez* [online]. 2006, vol.44, n.2, pp. 210-215. ISSN 0001-6365.
- Romero, Y (2010). *La salud bucal y sus representaciones sociales*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Doctorado en Ciencias Sociales, Estudios de Salud y Sociedad, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela.
- Rubiano Albornoz, Elisabel. (2009). *Breve historia de la escuela en Venezuela*. *Educere*, Meridad, v. 13, n. 45, jun. 2009. Disponible en <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-49102009000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102009000200002&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 10 dic. 2012.
- Saavedra, Luis (s/f) *Ensayo sobre Historia de de la educación en Venezuela. Sus orígenes, etapas, fundamentos y resultados*-[http://www.uft.edu.ve/postgrado/omega\\_digital/OD\\_marzo2006/de\\_scargables/ENSA](http://www.uft.edu.ve/postgrado/omega_digital/OD_marzo2006/de_scargables/ENSA)
- Saenz, S.. (s.f.)(a). *La perspectiva antropológico-filosófica en Odontología Seminario antropología UNcuyo* Recuperado en 05 de agosto de 2014 <http://www.fodonto.uncu.edu.ar/paginas/index/seminario-antropologia>
- Saenz, S.(s.f.)(b). *El dolor en la antropología filosófica. Seminario: Antropología Filosófica, Facultad de Odontología, U.N.Cuyo*. Recuperado en 05 de agosto de 2014 <http://www.fodonto.uncu.edu.ar/paginas/index/seminario-antropologia>
- Sánchez, E. (2000) *Todos con la esperanza. Continuidad de la participación comunitaria*. Caracas: CEPFHE, Universidad Central de Venezuela.

- Sanchez, L. y del Pino, M. (2.008) Una mirada a la participación comunitaria en el proceso de contraloría social. Paradigma v.9 n.2 Maracay dic. 2008.
- Seif, T., Bóveda, C., Criado, V., Delgado, R., Maldonado, A. Perrone, A. (1997) Cariología. Prevención, Diagnostico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. Primera Edición. Caracas
- Shorter, E. (1977). The making of the modern family. Nueva York. Basic Books.
- Sosa, G. (2.006). Un médico más cercano al hombre y a la salud. La formación para la praxis desde una perspectiva sociocrítica. Valencia, Venezuela: Clemente editores C.A.
- Spink, Mary Jane (Orgs). (1.993). O Conhecimento no cotidiano. As representaçoes sociais na perspectiva de psicologia social: Sao Paulo: Brasiliense.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2.002) Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquia
- Szulc, A. (2006). Antropología y niñez: de la omisión a las “culturas infantiles”. En G. Wilde y P. Schamber (Comps.). Culturas, comunidades y procesos urbanos contemporáneos. Buenos Aires: Editorial SB, pp. 25-50.
- Trigo, P. (2005). *La cultura del barrio*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; Fundación Centro Gumilla.
- UNICEF (2010) (HYPERLINK  
["http://www.unicef.org/spanish/supply/index\\_53571.html"](http://www.unicef.org/spanish/supply/index_53571.html)  
[http://www.unicef.org/spanish/supply/index\\_53571.html](http://www.unicef.org/spanish/supply/index_53571.html))
- United Nations Millennium Declaration Document Nueva York, UN, 2000
- Uslar Pietri, A. (1989). De una a otra Venezuela. Monte Avila Editores. Caracas.
- Vaamonde María, A.(2009). La capacidad procesal de los niño, niñas y adolescentes para accionar ante los órganos de justicia. Trabajo de ascenso publicado. Universidad Católica Andrés Bello.
- Vergara del S, Ana, Chávez I, Paulina, & Vergara L, Enrique. (2010). Televidencia y vida cotidiana de la infancia: Un estudio de casos con niños y niñas de Santiago. *Polis (Santiago)*, 9(26), 371-396. Recuperado en 05 de agosto de

2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-65682010000200018&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-65682010000200018](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682010000200018&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-65682010000200018).

Vigotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires, Paidós.

Wasserman, T (2001). Quién sujeta al sujeto? Una reflexión sobre la expresión ‘el niño como sujeto de derecho’, *Ensayos y Experiencias*, 8 (41), pp. 60-69.

World Health Organization (1986) *Health Promotion. Ottawa Charter. Charter Adopted at an International Conference on Health Promotion. The Move Towards a New Public Health*, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada. Geneva: WHO.

# **ANEXOS**

# **ANEXO 1**

## CONSENTIMIENTO PREVIA INFORMACIÓN (CPI)

Al firmar el presente documento, doy mi consentimiento para ser entrevistado/a por la Odontóloga Mary Borges de Castillo, C.I. 7191697 Declaro estar informado/a que el contenido de dicha entrevista formará parte del desarrollo de la investigación titulada *LA ESCUELA COMO ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN EN SALUD BUCAL*. Entiendo que fui seleccionado/a para participar en este estudio por ser considerado/a por la investigadora, miembro/a clave y privilegiado/a en cuanto a mi capacidad informativa en relación a la temática en estudio.

Declaro que estoy debidamente informado/a acerca de las condiciones, objetivos, beneficio personal y contribución que aportaré al conocimiento científico para futuras aplicaciones, así como de los riesgos de participar en el desarrollo de la investigación. He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria, y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento, ejerciendo mi plena libertad y autonomía. Se me ha informado que la responsable del estudio se compromete a preservar el carácter confidencial de la información obtenida, en relación a la identificación del actor/a

informante, garantizando el anonimato y manteniendo con exactitud los datos obtenidos, derecho que tiene el actor/a-informante. Acepto también conocer que se respetará mi derecho de conservar la integridad de mi persona, además que se adoptará toda clase de precauciones para resguardar mi intimidad y reducir al mínimo el efecto adverso de la investigación sobre mi condición física, mental, psicológica y moral. Asimismo, entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito a la responsable de la investigación.

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ C.I.

de \_\_\_\_\_ años de edad y sexo \_\_\_\_\_ **autorizo ser entrevistado/a para la realización de la Tesis Doctoral mencionada anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del actor/a informante Firma de la investigadora

Código de Bioética y Bioseguridad (2da. Ed.)

FONACIT.

# **ANEXO 2**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE COMUNICACIÓN Y SOCIEDAD

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA A LOS ACTORES/AS INFORMANTES**

**I. DATOS DE LA ENTREVISTA:**

Fecha y lugar de la entrevista:

\_\_\_\_\_  
Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de cierre:

**II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre:

\_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ grado: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
Parroquia:

\_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Lugar de

Procedencia: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación:

**III. ENTREVISTA A LOS NIÑOS Y NIÑAS**

- que es salud? Estar sano?
- que haces para estar sano?
- que es la boca sana?
- cómo te sientes cuando tienes la boca sana?
- como te cuidas la boca? qué haces para tener salud bucal?
- que crees que es una boca enferma? Sabes que es la caries?
- alguna vez te ha dolido la boca? O algún diente? qué has hecho ( o qué harías) cuando te duele la boca o alguna parte de ella?
- te han enseñado a cuidarte la boca?

- cuales comidas que tú crees que son buenas para tu salud bucal? y cuales son dañinas?
- sabes quién es el odontólogo? has ido a un consultorio odontológico?

## **ANEXO 3**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE CULTURA Y SOCIEDAD

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA A LOS ACTORES/AS INFORMANTES**

**I. DATOS DE LA ENTREVISTA:**

Fecha y lugar de la entrevista:

\_\_\_\_\_  
Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de cierre:

**II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre:

\_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación:

\_\_\_\_\_  
Dirección:

\_\_\_\_\_  
Parroquia:

\_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Lugar de

Procedencia: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación:

**III. ENTREVISTA A LAS MAESTRAS**

- en la escuela se realizan actividades de educación para la salud bucal?
- cuando los estudiantes de 4to año de odontología novienen a la escuela, a los niños y niñas los llevan a cepillarse los dientes?

- como ves tú las actividades que hacen los estudiantes de odontología? Que te parecen? Crees que son importantes?
- tu consideras que los niños y las niñas de tu grado aprenden con los programas de educación para la salud bucal que traen los estudiantes de odontología?
- Crees que el tiempo durante el cual los estudiantes de odontología visitan la escuela para realizar actividades de educación para la salud es suficiente?
- como ves tu a tus alumnos en cuanto a su salud general y bucal? has notado en algún alumno algún signo, algún indicio que te haga pensar que pueden estar enfermo? En sus dientes, te has fijado?
- en los libros y textos, y en el programa del grado que impartes, hay algún contenido, alguna materia que contenga el tema de salud y salud bucal?
- ustedes aquí en la escuela, realizan actividades en conjunto con la participación de los padres y representantes?

## **ANEXO 4**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE SOCIEDAD

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA A LOS ACTORES/ASINFORMANTES**

**I. DATOS DE LA ENTREVISTA:**

Fecha y lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de cierre: \_\_\_\_\_

**II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parroquia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**III. ENTREVISTA A PADRES Y REPRESENTANTES**

- Cuántas personas viven en la casa?
- cuál es el parentesco, que edad tienen
- Ocupación de las personas del grupo familiar?
- Cuántos hijos tienen? Cuántos hijos estudian en la escuela? Que grados?
- Con sus palabras, que es para usted la salud general y salud bucal?
- Que actividades realizan ustedes en su casa, los miembros de la flia, relacionadas con la salud bucal, que contribuyan a ella?
- Qué implementos y productos utilizan para la higiene bucal?

- Han recibido algún tipo de información acerca de cómo realizar correctamente la técnica de cepillado? A sus hijos quien los ha enseñado?
- Usted cree que la alimentación tiene relación con la salud bucal?
- Qué valor cree usted que tiene la salud bucal?
- Ha tenido algún problema que afecte su salud bucal? y otro miembro de la familia?
- Qué hace cuando algún miembro de la flia o usted tiene alguna molestia bucal?
- Ha ido al odontólogo? Por cual motivo? Y los demás miembros de la flia? Sus hijos han ido al odontólogo?
- Algún miembro de la flia ha padecido de caries dental?
- Conoce el programa de educación para la salud bucal que realizan los estudiantes de odontología de la UC en la escuela?

## **ANEXO 5**

UNIVERSIDAD ARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA A LOS ACTORES/ASINFORMANTES**

**I. DATOS DE LA ENTREVISTA:**

Fecha y lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_  
Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de cierre: \_\_\_\_\_

**II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Parroquia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_  
Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**III. ENTREVISTA A ESTUDIANTES DE 4to AÑO DE ODONTOLOGÍA**

- que piensas tú de las actividades de promoción y educación para la salud bucal, de la prevención de enfermedades bucales?
- cómo te sientes cuando estas realizando esas actividades? Te gusta hacerlo?
- que papel crees tú tiene el odontólogo en la salud bucal de las personas, la comunidad?

- que papel crees tú que le corresponde a las personas y a la comunidad en las actividades de promoción, educación y prevención de su salud? Como pueden ellas participar? Y los niños y niñas?
- qué temas y contenidos crees que deben cubrir esas actividades,? como escoger los temas, quien los decide?
- donde crees tú es el sitio ideal para que se pueda hacer un programa de salud bucal?
- cómo definirías tú el ejercicio de la odontología?
- en la Facultad de odontología se realizan este tipo de actividades en la práctica diaria de las asignaturas del pesum?

## **ANEXO 6**

UNIVERSIL ARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA A LOS ACTORES/ASINFORMANTES**

**I. DATOS DE LA ENTREVISTA:**

Fecha y lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de cierre: \_\_\_\_\_

**II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parroquia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**III. ENTREVISTA A REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD**

- Que piensan sobre lo que significa salud?
- Y la salud bucal? Que significa salud bucal y que significa tenerla o no tenerla?
- Que actividades hacen ustedes en sus casas, con sus familias, para mantener su boca sana?

- En la comunidad se organizan actividades con la participación de las propias comunidades y otros entes u organizaciones que trabajen en pro de la comunidad? Que incluyen esas actividades? Realizan alguna sobre la salud bucal?
- Las organizaciones a las que ustedes pertenecen, las juntas de vecinos, han trabajado en conjunto con las escuelas? En algún proyecto o programa?
- Han recibido alguna información sobre cómo cuidar su boca y los dientes? Quien se las ha suministrado?
- Ustedes o sus hijos, su flia, han ido a alguna consulta odontológica? Han sentido la necesidad acudir al odontólogo? Cuál ha sido el motivo de la consulta?

## **NEXO 7**





7	estar limpia	como lo que mi mamá me pone (en el plato)	que no me duelan los dientes	bien	me lavo todos los días los dientes	son guequitos que le salen en los dientes	me tomo un remedio	mi mamá	la carne, la pasta	caramelos, chupetas	es el doctor que cura la caries; nunca he ido
7	no tener dolor	me baño siempre y estoy limpio	tener todos los dientes blancos	bien	me cepillo tres veces al día	cuando a uno le duele la muela	mi mamá me da remedio	mi mamá y mi papá	el pollo, las carajotas	dulces	el que saca las muelas; yo fui que mi mamá se sacó una muela y yo fui
7	no tener enfermedad es	me lo como todo	no tener caries	me siento bien	no como chucherías ni dulces	son guecos que se comen los dientes	a mi no me duele nunca	mi mami y los doctores	el arroz, el pollo	dulces, caramelos	un doctor de la boca y los dientes; no he ido
7	hay que comer bien	me baño con jabon	tener la boca sana	bien	me cuido con mi cepillo y con crema dental	unos animalitos que ablandan los dientes	me pongo hielo si me rompo el labio	mi mamá	el pollo	caramelos y dulces	es el "doctor muelitas"; nunca he ido
7	cuando me como todo	no tomo cosas frías	limpiarme la boca y cepillarme los dientes	bien	usando pasta y enjuague bucal	cuando el diente está destruido	me llevan al doctor	mi mamá y mi papá	la carne	azúcar, caramelos	el doctor que arregla la caries; no he ido nunca
7	estar sano	como me tomo mi comida	no tener caries	bien	cepillándome los dientes tres veces al día	es un dolor de dientes	me cepillo los dientes	mi hermana y las doctora	el pollo y la carne	caramelos, chicles	el que saca la caries; no he ido
7	no enfermarme	me baño todos los días	que esté limpia	me siento bien	no mastico chiclets	es tener caries en los dientes y las muelas	no como dulces	mi mamá y los doctores	la leche y el pollo	las chupetas, do	es el que saca las muelas picadas; nunca he ido
7	estar bien	bañarme y no ensuciarme	que no me de caries	bien	cepillándome despues que como	son los guequitos por los animalitos que no se ven en los dientes	me tomo unos remedios	mi mamá	la carne y las frutas	los caramelos y los chicles	es un doctor que trabaja arreglando los dientes; no he ido nunca

8	no tener gripe, ni fiebre	tomar remedios	no tener dolor	muy bien	me lavo los dientes	es un gueco negro en la muela que duele	vo y al odontólogo	mi papá y mi mamá	los vegetales	chiclets, azúcar, caramelos	el doctor que arregla las muelitas; yo fui y me sacó un diente flojo porque me caí
8	que no tenga ningún dolor de nada	no me baño cuando hay mucho frío	no tener "picadas" las muelas ni los dientes	me siento sano	usando cepillo de dientes con crema dental	como unos gusanitos que no se ven que hacen guequitos en los dientes	mi mamá me saca el diente	mi mamá y los odontólogos	la carne y la leche	los caramelos, las cotufas	el que arregla los dientes; yo no he ido, porque mi mamá me saca los dientes flojos
8	bañarme y comer bien	cuidarme	tener los dientes sanos	bien, me siento bien	me cepillo tres veces al día	es un dolor en la boca y los dientes	no como chiclets	y los doctores mi abuela	los vegetales y la carne	las chucherías, pepitos, caramelos	el que limpia los dientes y los saca si tienen la caries; yo no he ido
8	no estar enfermo	tomar remedio	cepillarme todos los días	no mal	me lavo bien la boca	cuando se pican los dientes nos da caries	me llevan al odontólogo	mi mamá y los doctores	la carne, la leche y los huevos	la azúcar, los caramelos	es el doctor que saca la caries de las muelas; yo fui y me sacó nada
8	que estemos limpios	comer bien	tener los dientes blancos y limpios	bien	me cepillo tres veces al día	son animalitos que van destruyendo el diente	me cepillo suavemente	los odontólogos mi mamá	la leche y los vegetales	caramelos, chupetas, chicletes	es el que arregla los dientes y los cura; no he ido nunca
8	no estar enfermos	estar siempre limpio	no padecer de la caries	me siento bien	usando cepillo y crema	es tener las muelas con gueco, picadas	vo y al odontólogo	mis padres u en la escuela	la leche y el queso	los dulces y los caramelos	el doctor que cura los dientes, nunca he ido
8	estar bien, sin dolores	no comer tantas chucherías	limpiarme con cepillo y crema	me siento bien	cepillándome tres veces al día	es cuando el diente se daña por no cepillarse	tomar remedio	mi mamá y los doctores	los vegetales, el pollo, los huevos	el chiclet, las chucherías, las chupetas	es el que arregla los dientes; yo fui con mi mamá pero era doctora
8	que este sano y sin dolor	me dan vitaminas	es tener todos los dientes sanos	bien	me cepillo duro	es una mancha negra en los dientes y des pues un gueco negro	vo y al dentista	mi mamá	la carne, el pollo, los huevos	el azúcar y los dulces	el doctor que cuida los dientes es el dentista; nunca he ido

9	no tener nada malo	vo y "pal" doctor	limpiarme los dientes	bien, normal	vo y al odontólogo	es el ataque de gusanos muy pequeños que no podemos ver	me dan remedios	los doctores de la escuela	la leche, los vegetales, la carne	azúcar, caramelos, pasta, harinas	es el doctor que arregla la boca y cura los dientes; si fui al del colegio y no tenía caries
9	estar bien	bañarme con agua y jabón y champu	no tener caries	bien	utilizo cepillo de dientes, crema dental y enjuague	la destrucción de los dientes	vo y al odontólogo	los odontólogos	los huevos, la leche, la carne	el azúcar, los dulces	es el que nos cura de la caries; si he ido y no tengo caries
9	poder comer y salir	no jugar con agua de noche	que no tenga dolor	me siento bien	me cepillo los dientes tres veces al día	cuando no nos cepillamos los dientes nos atacan las bacterias	me tomo una pastilla	los doctores y mi mamá	la leche, carne, frutas	carbohidratos y azúcar	los doctores que nos quitan la caries y sacan las muelas; no he ido
9	sentirme bien	lavarme los dientes y bañarme	no tener mal aliento	estoy sano	me cepillo después de cada comida	una destrucción de los dientes por la caries	me sacan el diente	mi mamá y los odontólogos	el pollo, la carne, los huevos	dulces, harinas, caramelos	el que nos arregla los dientes y nos ponen aparatos; yo no tengo
9	no tener dolor	tomar remedios	tener limpios y sanos los dientes	me siento sana	no como chucherías, ni chiclets	cuando no cepillamos los dientes después de cada comida	si me duele un diente y está flojo me lo saco yo mismo	mi mamá	la leche, los huevos, la carne, el pollo	los carbohidratos, el azúcar, pastas	los doctores que curan los dientes; yo no he ido jamás
9	es estar bien	a veces me inyectan para quitarme la fiebre	que tenga los dientes blancos	me siento bien, normal, sin dolores	vo y al odontólogo para que me cure	es tener dolor de muelas	vo y al dentista	los doctores	el pollo, el pescado, la carne	azúcares, pastas	son los doctores de los dientes, los que los arreglan; yo no he ido
9	estar contento, sin dolor	comer bien y bastante	no tener muelas picadas	me siento bien	no como chucherías	cuando no nos duelen los dientes por no cepillamos	me tomo algún remedio	los odontólogos	la leche, los huevos, las frutas	caramelos y dulces	es el doctor que cura los dientes que tiene caries; yo nunca he ido
9	estar sano, sin gripe ni dolores	me baño todos los días	es tener los dientes sin caries	bien	me cepillo los dientes tres veces al día	una enfermedad que hace unos quequitos en los dientes y nos duelen	vo y al odontólogo	mi mamá y los doctores	carne, leche, frutas y vegetales	dulces, chucherías, caramelos	es el doctor que quita las caries y las tapa para curarlas; no he ido nunca

10	no estar enfermo	me como todo	que no me salgan caries	me siento sano	me cepillo despues de comer	es cuando las bacterias nos comen los dientes y los perforan	vo y al odontólogo	los odontólogos y en mi casa	el queso, los huevos, la carne, la leche	azúcares y carbohidratos	es el que nos cura y nos quita el dolor de muelas; yo fui al de aquí del colegio y me arreglaron una muela
10	es sentime bien	lavame las manos antes de comer y bañame todos los días	tener dientes sanos y sin caries	me siento sano	no como chucherías, ni chiclets	por los ácidos se van destruyendo los dientes y se pican	me tomo una pastilla y si me sigue me llevan al odontólogo	mis papás	la leche, el queso, los huevos que tienen calcio	azúcar, caramelos	es el doctor que cura la caries y saca las muelas malas; yo fui y me sacaron un diente flojito
10	no sentir dolor	me como todo	no tener caries	bien	me cepillo los dientes	la destrucción de los dientes	me tomo alguna medicina	los odontólogos	la leche, la carne, los huevos, el queso	los carbohidratos, la harina, la pasta, el pan, los dulces	es el que atiende los dientes con caries; yo no he ido nunca
10	vivir sin dolor	me cuido para no enfermarme	tener los dientes blancos, sin manchas	me siento bien	uso cepillo dental, crema y enjuague bucal	cuando no nos cepillamos los dientes pueden atacarlos las bacterias	me mamá me lleva al odontólogo	mi mamá y los odontólogos	carne, pollos, leche, queso, pescados	el azucar, caramelos, chucherías, pastas	son doctores que curan los dientes y quitan las caries; no he ido
10	estar limpio y sin dolores de nada	me lavo las manos y los dientes	no tener picada la muela	bien	cepillando me los dientes y no como chucherías	destrucción de los dientes por las bacterias	nunca me ha dolido pero si me duele me tomo un remedio	los odontólogos	los que tienen calcio, la leche y el queso	dulces, azúcares, pasta, azúcar,	los doctores que curan la caries y reponen los dientes; yo no he ido
10	no padecer de enfermedad es	me llevan al doctor	estar sano, si dolores	bien, sin enfermedad es	me cepillo tres veces al día y uso enjuague bucal	es cuando las bacterias van destruyendo los dientes	me llevan al dentista	los odontólogos y mi mamá	leche, carne, frutas y huevos	carbohidratos, pan	el "doctor muelita" es el que cura los dientes; yo no he ido
10	es estar bien	no enfermarme	cepillame los dientes	bien	cepillando me los dientes	cuando se destruyen los dientes por la caries	vo y al odontólogo para que me saque la muela si está picada	mi mamá y los odontólogos	leche, queso, carne, pollo	caramelos, chupetas, chucherías	es el dentista que elimina las caries; yo fui y tenía una caries y me la sacó la muela
10	no tener ninguna enfermedad ni dolor	to mo remedios	tener dientes blancos y sin caries	me siento bien	me cepillo despues de cada comida	es un dolor por los guscos negros que se van comiendo los dientes	vo y al odontólogo	los odontólogos	huevos, leche, carnes, vegetales	dulces, chiclets, azúcar	es el doctor de los dientes, el que elimina la caries y saca los dientes dañados; yo no he ido nunca

# **ANEXO 8**

## CATEGORIZACIÓN DE 1ra ENTREVISTA

### Material Protocolar

**Objetivo:** Entrevista semiestructurada a la **MP:** Maestra de 1er grado. **I:** investigadora

**Fecha:** 21-01-20 **Lugar:** patio escolar **Hora:** 9:00 am **Duración:** 11 minutos **Total de líneas:** 52

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA A	TEXTO
<p><b>Prácticas de salud bucal en la escuela independientes del programa de la Facultad de Odontología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ausencia de prácticas en salud bucal (líneas 5 y 6, 9,14)</li> <li>- resta tiempo para desarrollar contenidos programáticos del grado (líneas 25 y 26)</li> </ul> <p><b>-Presencia de personal para promoción de salud bucal escolar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ausencia de personal (líneas 6 y 10)</li> </ul> <p><b>-Recursos para educ/prev en salud bucal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ausencia de implementos necesarios para higiene bucal en la escuela (línea 11 y 12)</li> </ul> <p><b>-Percepción de la maestra sobre el programa escolar de educación para la salud bucal de la facultad de odontología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-buenos (línea 17)</li> <li>-importantes (línea 17)</li> <li>-refuerzos positivos ( línea 13)</li> </ul> <p><b>Programa escolar de educación para la salud bucal de la Facultad de Odontología (características)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-transmisión de conocimientos (línea 17-19)</li> <li>-unidireccionalidad de la comunicación (línea 17)</li> <li>-intervención desde el saber hacia el no-saber (línea 17- 19)</li> <li>-intermitencia, esporádicos (líneas 20 y 21)</li> <li>-actitud pasiva del(a) escolar (línea 21 y 22)</li> <li>-práctica cesa cuando cesa la información externa (línea 9)</li> </ul> <p><b>-Atención por parte de la maestra del estado de salud del alumno</b></p>	1	<b>I:</b> buenos días, MP, como estas?
	2	<b>MP:</b> bien doctora, y usted?
	3	<b>I:</b> chévere, todo bien; bueno MP, vamos a hablar un poco sobre aspectos de la salud y especialmente de la salud bucal; aquí en la escuela se hacen prácticas de esas actividades?
	4	<b>MP:</b> bueno dra, aquí lo no se hace de nada de eso, solo lo que dan ustedes los doctores cuando vienen para acá, de resto nada, nadie se encarga de eso en la escuela
	5	<b>I:</b> y aquí, cuando nosotros no venimos, a los niños y niñas no los llevan a cepillarse los dientes?
	6	<b>MP:</b> nooo doctora, <b>ellos se cepillan si están ustedes, si ustedes no están no se cepillan</b> , si no vienen quien los va a poner en eso? Aquí nadie se ocupa de esas actividades. De paso que ellos no traen su cepillo para el colegio, ni pasta, nada de eso pues, y aquí casi nunca hay ni agua, entonces los niñitos también tendrían que traer agua para eso, ellos cuando están los doctores que les regalan los cepillos y la crema y hasta traen agua potable para que los niños se cepillen, si no nunca se cepillan
	7	<b>I:</b> está bien...y como ves tú las actividades que hacen mis alumnos, los estudiantes de odontología? Que te parecen? Crees que son importantes?
	8	<b>MP:</b> mire a mí me parecen buenas, es importante porque los doctores le transmiten información a los niños que sólo ellos saben, le dan sus charlas y enseñen a cepillarse y a cuidarse los dientes porque esos muchachitos no saben hacerlo, yo creo que en su casa ni cepillos de dientes deben tener; son buenas aunque a veces duran mucho tiempo sin venir, el año pasado no vinieron, y a los niñitos se les olvida todo lo que les enseñan, sabe se debe estar encima de ellos para que aprendan, ellos no colaboran mucho
	9	<b>I:</b> entonces te parece que pudieran venir más seguido o durar más los días que vienen?
	10	<b>MP:</b> si, pudiera ser que vengan más días, pero también es el rollo de las clases que tenemos que dictar, si los doctores vienen mucho tiempo no podemos dictar nuestras clases porque esas charlas de la boca a veces nos quitan tiempo al docente de aula que tiene una programación estricta que cumplir
	11	<b>I:</b> claro, y dime como ves tu a tus alumnos en cuanto a su salud general y bucal? Tú has visto en algún alumno tuyo algún signo, indicio que te haga pensar que pueden estar enfermo?
	12	<b>MP:</b> ay yo los veo sanitos! yo no me he dado cuenta que tengan nada malo, ningún dolor,
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	
	28	
	29	
	30	
	31	

<p>-percepción de alumnos/as sanos/as (línea 31, 32y 35)</p> <p>-no presta atención al estado de salud del alumno/a (línea 31, 35)</p> <p>-no cuenta con tiempo para emplear en otra actividad ajena al programa de 1er grado (línea 36- 38)</p> <p><b>-Práctica docente (observación)</b></p> <p>-saber hegemónico del maestro (línea 38)</p> <p>-niño/a tabula rasa (línea 39 y 42)</p> <p>-modelo unidireccional (línea 40)</p> <p>-centrado en vigilar y corregir (línea 40 y 42)</p> <p>-descalificación del alumno (línea 22,42)</p> <p>-finalidad del proceso educat cumplir con el objetivo del programa escolar (línea 25 y 26)</p> <p><b>- Contenidos de salud bucal en el programa de 1er grado</b></p> <p>-ausente (línea 45, 46)</p> <p>-la boca: objeto fraccionado, separado del resto del cuerpo (línea 46)</p> <p>-los considera importantes (línea 49)</p>	<p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p> <p>42</p> <p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>51</p> <p>52</p>	<p><b>todos están bien;</b> a veces cuando no vienen mandan a decir con algún hermanito que están enfermos; pero aquí a la escuela no me ha llegado alumno enfermo</p> <p><b>I:</b> y de sus dientes, te has fijado que tengan caries o manchas en los dientes?</p> <p><b>MP:</b> ay le voy a ser sincera dra, <b>yo no me pongo a revisarlos o a abrirles sus bocas,</b> si me vienen a decir o a enseñar algo yo los veo, sino de verdad que no <b>lo hago porque con tanto contenido de cada materia, si me pongo a estar pendiente de otras cosas no los puedo ni enseñar, y estos niños hay que enseñarles todo, ellos no saben nada,</b> claro están chiquitos todavía y a horita es que están empezando el colegio, <b>llegan sin conocimientos de nada,</b> uno tiene que dedicarse todo el día a <b>dictar las clases y a corregirlos para que aprendan;</b> yo me acuerdo que antes, cuando yo estaba pequeña, uno ya en 1er grado sabía mucho, pero estos <b>niños no saben nada,</b> casi ninguno sabe leer, <b>hay que estar encima de ellos.</b></p> <p><b>I:</b> que broma, y cuéntame, en los libros y textos, y en el programa de 1er grado, hay algún contenido, alguna materia que contenga salud y salud bucal? Ellos ven eso en 1er grado?</p> <p><b>MP:</b> bueno dra, de <b>no muchos contenidos, ellos ven el cuerpo, pero la boca no, o sea en los textos y los contenidos está el cuerpo humano pero a la boca como tal no la ven, en los libros no se da y nosotros no lo damos porque no está en los contenidos de 1er grado.</b></p> <p><b>I:</b> tu crees que es importante que en los textos esos contenidos aparezcan?</p> <p><b>MP:</b> <b>si, me parece importante para que aprendan más sobre sus dientes y su boca en general...</b>Y ya casi se acaba el recreo, jeje...</p> <p><b>I:</b> verdad, bueno MP, gracias por esta conversa, me encantó, hasta más tarde</p> <p><b>MP:</b> de nada dra. siempre a la orden, chao</p>
--	---	---

## CATEGORIZACIÓN DE 2da ENTREVISTA

### Material Protocolar

**Objetivo:** Entrevista semiestructurada a la **MS:** Maestra de 2do grado. **I:** investigadora

**Fecha:** 22-01-20 **Lugar:** salón de clase **Hora:** 9:15 am **Duración:** 18 minutos **Total de líneas:** 65

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<p><b>Prácticas de salud bucal en la escuela independientes del programa de la Facultad de Odontología</b></p> <p>-ausencia de prácticas en salud bucal (líneas 8-11 )</p> <p>-maestras no aplican programa educ para salud bucal (línea 10)</p> <p>-resta tiempo para desarrollar contenidos programáticos del grado (línea 11-12)</p> <p><b>-Presencia de personal para promoción de salud bucal escolar</b></p> <p>-ausencia de personal (línea 11 y 12)</p> <p><b>-Percepción de la maestra sobre el programa escolar de educación para la salud bucal de la facultad de odontología</b></p> <p>-muy buenos (líneas 18, 22, 40 )</p> <p>-muy importante (línea 18 y 42)</p> <p>-refuerzos positivos ( línea 20 )</p> <p><b>-Programa escolar de educación para la salud bucal de la Facultad de Odontología (característica)</b></p> <p>- transmisión de conocimientos (línea 22,23, 37, 38,39, 42, 43, 49)</p> <p>- unidireccionalidad de la comunicación (línea22, 23, 37, 38,39, 40, 42, 43)</p> <p>- intervención desde el saber hacia el no-saber (línea 25 , 26, 39,48)</p> <p>- práctica cesa cuando cesa la información externa (línea 15)</p> <p>-didáctico (línea 35)</p> <p>-actitud pasiva del escolar (línea 40)</p> <p>-Morbicentrista (línea 22)</p> <p>-fragmentado (línea 23)</p>	1	<b>I:</b> hola, <b>MS,</b> como estas? Como sigues?
	2	<b>MS:</b> hola dra, gracias a Dios ya estoy bien, y usted como esta?
	3	<b>I:</b> que bueno, gracias a Dios, yo bien también, jeje!!; <b>MS</b> habíamos quedado en que hoy íbamos a conversar sobre la salud y la salud bucal, te acuerdas?
	4	
	5	<b>MS:</b> si dra. claro, me acuerdo
	6	<b>I:</b> bueno, yo quería que tú me contaras sobre qué actividades de salud y de salud bucal se aplican aquí en el cole, si hacen actividades de prevención de salud bucal...
	7	
	8	<b>MS:</b> esteee, bueno aquí actividades, lo que se dice actividades de prevención de salud no se aplican dra., aquí se hacen son proyectos de aula, que si el huerto escolar, la sociedad bolivariana y eso, pero de salud no se hace nada, al menos que yo sepa; es decir, se hacen las técnicas de cepillado pero no lo hacemos las maestras, eso nos quita tiempo para el programa de 2do grado, y aquí no hay quien se responsabilice por esas actividades, eso lo hacen uds.
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	<b>I:</b> entiendo, y los alumnos de odontología les traen cepillos a los niñitos, ellos no se cepillan los dientes? No los llevan a cepillarse después del recreo?
	14	
	15	<b>MS:</b> no dra, <b>ellos solo se cepillan si están los doctores, si no están no...</b>
	16	<b>I:</b> y a ti que te parecen las actividades de los estudiantes de odontología? Te parecen buenas?
	17	Son adecuadas para la edad de los niños? Crees que son importantes?
	18	<b>MS:</b> ay no dra, esas <b>actividades son fabulosas, importantísimas,</b> imagínese que yo le dije a los doctores que me avisen cuando van a volver a venir para traerme a mi sobrina, porque ellos <b>le regalan cepillos, pasta, les hacen rifas, eso los motiva, los refuerza</b>
	19	
	20	
	21	<b>I:</b> que bueno! Y los contenidos que les muestran a los niños, que te parecen?
	22	<b>MS:</b> buenos, <b>los contenidos son buenos, ellos les enseñan que es la caries, cuales son las partes de la boca, ellos les dicen todo,</b> son buenos de verdad; ellos <b>en el programa de 2do grado, los niños de 2do pues, ellos ven en naturaleza qué son los dientes y cómo evitar la caries</b> pero de verdad que <b>mejor se lo dan los doctores, ellos son los que saben de eso y los alumnos no saben bien cómo mantener la higiene bucal, entonces ayuda mucho</b>
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	<b>I:</b> y en cuanto al tiempo que duran cada día que vienen a aplicar el programa y a las veces que vienen, te parece mucho tiempo o crees que es suficiente o poco?
	28	
	29	<b>MS:</b> si dra pero aquí lo que pasa es <b>que esos programas le quitan tiempo a uno, al maestro, para desarrollar los contenidos de las materias del programa,</b> (el programa de 2º grado), entonces <b>el tiempo que ellos duran aquí en el salón uno no puede adelantar</b>
	30	
	31	

<p><b>-Práctica docente</b>          -descalificación del niño/a (línea 35 y 36)          -centrada en vigilar y corregir (línea 36 y 37)          - finalidad del proceso educativo cumplir con el objetivo del programa escolar (líneas 29 y 30)  <b>- Contenidos de salud bucal en el programa de 2do grado</b>          -amplio y completo (línea 46 )          -la boca objeto fraccionado del resto del cuerpo (línea 47)          -morbicentrista ( línea 24,25)  <b>-Atención por parte de la maestra al edo de salud del alumno</b>          -no presta atención al edo de salud del alumno/a (línea 53 y 54)          -las tareas y cantidad de niños/as le impiden cumplir con una actividad ajena al programa de 2do grado (línea 55)  <b>-Participación de padres y representantes en actividades de la escuela</b>          -no asisten a reuniones (línea 59, 61, 62)          -no hay participación (línea 62)          -pocos representantes atentos de sus hijos/as en la escuela (línea 61)</p>	<p>32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65</p>	<p><b>contenidos</b>, mejor es que vengan más días pero duren menos rato en el salón.  <b>I:</b> y tu consideras que los niños y las niñas de tu grado aprenden con los programas de educación para la salud bucal que traen mis alumnos?  <b>MS:</b> <b>si aprenden, los doctores son muy didácticos, eso sí, así como aprenden así mismo se les olvida todo, ellos son como despistados, uno tiene que estar puyándolos, hay que regañarlos para que aprendan,</b> y yo veo que <b>los doctores le dicen que son las cosas, le dicen cómo tienen que cepillarse y cuidarse los dientes</b> y yo les digo que aprovechen porque no a todos los niños <b>vienen los doctores a enseñarlos, que ellos tienen que prestar atención, quedarse tranquilos y oír para que aprendan, esos programas son muy buenos</b>  <b>I:</b> a ti te parece importante que les den esos contenidos a los niños en la escuela?  <b>MS:</b> si, definitivamente <b>es muy importante</b> que desde pequeño el niño <b>reciba información, lo enseñen, lo instruyan</b> sobre la salud bucal, en pocas escuelas hacen eso..  <b>I:</b> MS, tu me dijiste que en el programa de 2do grado, está el tema de salud bucal; tu crees que es importante que en los textos de 2do grado esos contenidos aparezcan?  <b>MS:</b> <b>si, es muy importante,</b> y si, en estudios de la naturaleza <b>está amplio y completo el tema de la boca, las partes, los dientes y la higiene bucal,</b> pero como le dije los doctores se lo dan mejor, por más que sea, <b>ellos son los expertos, tienen muchos conocimientos, hasta yo aprendo cuando ellos vienen a dictar sus charlas, son buenas esas charlas</b>  <b>I:</b> un último punto, tus alumnos, tu encuentras en ellos algunos signos o algún rasgo que te haga pensar en que tienen algún problema de salud? General y bucal? Has notado algo en ellos?  <b>MS:</b> oye de verdad que <b>no me he fijado en nada de eso, puede ser que alguno esté enfermo pero no será algo que yo haya notado, y de la boca, tampoco me he percatado de nada; imagínese con tantos niños en el aula, tantos contenidos, sería imposible ponerse a eso, y si alguno está enfermo su mamá no lo manda al colegio</b>  <b>I :</b> y con los padres y representantes, tienen reuniones a menudo? Ellos vienen al colegio? Se integran? Tienen contacto permanente?  <b>MS:</b> como todo dra., <b>hay papás y mamás que uno nunca le ha visto la cara,</b> la única manera de verlos es el día de la entrega de boletas, entonces ese día es que uno les dice lo necesario, pero de resto <b>nadie viene, habrá si acaso dos mamás que están pendiente de sus hijos</b> aquí, pero <b>la mayoría no; no vienen a las reuniones, ni participan en nada,</b> por eso ya ni hacemos...          Nos sorprende el timbre de culminación del recreo, sonreimos...          Despedida cordial...</p>
--	--	---

### CATEGORIZACIÓN DE 3ra ENTREVISTA

### Material Protocolar

**Objetivo:** Entrevista semiestructurada a la **MT:** Maestra de 3er grado. **I:** investigadora

**Fecha:** 20-01-20 **Lugar:** salón de clases **Hora:** 9:10 am **Duración:** 15 minutos **Total de líneas:** 60

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<p><b>- Prácticas de salud bucal en la escuela independientes del programa de la Facultad de Odontología</b></p> <p>-ausencia de prácticas en salud bucal (líneas 9 y 10)</p> <p>-programas educ para salud bucal no son competencia de las maestras (línea 6)</p> <p>-resta tiempo para desarrollar contenidos programáticos del grado (líneas 13,14, 17,38, 39, 42, 43)</p> <p><b>Presencia de personal para promoción de salud bucal escolar</b></p> <p>-ausencia de personal (líneas 18)</p> <p><b>-Recursos para educ/prev en salud bucal</b></p> <p>-ausencia de implementos necesarios para higiene bucal en la escuela (líneas 14 y 15)</p> <p><b>- Programa de educación para la salud bucal de la Facultad de Odontología (características)</b></p> <p>-transmisión de conocimientos (línea 23, 30, 31)</p> <p>-unidireccionalidad de la comunicación (línea 30 y 31 )</p> <p>-intervención desde el saber hacia el no-saber (línea 28,29, 32- 34)</p> <p>-intermitencia, esporádicos (líneas 21 y 22)</p> <p>-actitud pasiva del(a) escolar (línea 30 y 31, 33)</p> <p>-morbicentrista (línea 32, 33)</p> <p><b>Percepción de la maestra sobre el programa escolar de educación para la salud bucal de la facultad de odontología</b></p> <p>-bueno (línea 21 y 27)</p>	1	<b>I:</b> hola, MT, como estas?
	2	<b>MT:</b> bien gracias y tu?
	3	<b>I:</b> muy bien; MT, vamos a hablar un rato sobre los programas la salud bucal, relacionados a las actividades que se realizan aquí en la escuela en este campo; ustedes aplican algunas estrategias o actividades de educación para la salud o de promoción de salud bucal?
	4	las actividades que se realizan aquí en la escuela en este campo; ustedes aplican algunas estrategias o actividades de educación para la salud o de promoción de salud bucal?
	5	<b>MT:</b> bueno los de ustedes; pero lo aplican ustedes, a nosotros no nos corresponde eso
	6	<b>I:</b> si pero de repente ustedes, como alguna actividad extracurricular, o un proyecto de aula, no realizan nada referente a educación para la salud o para la salud bucal?
	7	<b>MT:</b> nada, no tenemos ningún programa ni hacemos esa actividades por cuenta de nosotros pues, ninguna actividad de esas.
	8	<b>I:</b> y tienes alguna idea de porque no se cumplen esas actividades?
	9	<b>MT:</b> bueno, tu sabes cómo se trabaja aquí; 1ro, lo que 1ro nos dicen es que el programa del grado tiene que terminar en un tiempo X, si nos ponemos a hacer esas actividades los niños pierden clases; después de donde vamos a sacar recursos para eso? Hay que darles cepillos, crema, charlas, muchas cosas que nosotros aquí no contamos con esos recursos,
	10	Y como ustedes viene a hacer eso, es como hacerlo doble pues, de paso que eso sería bueno que lo hiciera alguien que no fuera maestra, para que no perdiera el tiempo de sus clases, porque de verdad aquí no hay quien haga esas actividades.
	11	<b>I:</b> y hablando de educ para la salud bucal, que piensas del programa que desarrollan aquí en esta escuela los estudiantes de odontología?
	12	<b>MT:</b> son buenos chica! Esos programas <b>lo único malo que yo les veo es que vienen a aplicarlo unas semanitas y después no vienen hasta el próximo año</b> , entonces lo que ustedes <b>le enseñan a los niños</b> se les olvida, acuérdate que estos niños si tu no estas machacándole las cosas, si no estás como quien dice encima de ellos, ellos no aprenden o si aprenden se les olvida
	13	<b>I:</b> y que más te parece bueno del programa MT? Crees que son importantes?
	14	<b>MT:</b> son muy importantes, y tiene algo muy bueno y es que <b>los alumnos, los niños pues, ellos no saben cómo cuidarse la boca, ellos puede ser que tengan alguna noción de cómo cepillarse pero no lo saben hacer bien, entonces, los odontólogos vienen, les traen sus combitos de cepillos y crema, los instruyen, les transmiten conocimientos, los niñitos reciben la información, los ayudan a mejorar su salud bucal, eso es muy bueno para los niños, y también tiene la ventaja que le dicen a los niños de forma clara que es la caries,</b>
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	
	28	
	29	
	30	
	31	
	32	

<p>-importante (línea 27)</p> <p>- claridad de contenidos (línea 32)</p> <p>-contenidos necesarios (línea 33)</p> <p>-tiempo de aplicación adecuado ( línea 37)</p> <p>-refuerzo positivo (línea 30)</p> <p><b>-Contenidos de salud bucal en el programa escolar de 1er grado</b></p> <p>-ausente (línea 46 y 47)</p> <p>- la maestra los considera importante (línea 46)</p> <p><b>-Atención por parte de la maestra del estado de salud del alumno</b></p> <p>-Percepción de alumnos/as sanos/as (línea 50, 52)</p> <p>-no cuenta con tiempo para emplear en otra actividad ajena al programa de 3er grado (línea 50-51)</p> <p>-observación de manchas en el esmalte (línea 52 y 53)</p> <p><b>-Actitud de los padres ante la salud</b></p> <p>-preocupación solo ante la enfermedad (línea 56)</p> <p><b>-Participación de padres y representantes en actividades de la escuela</b></p> <p>-no asisten a reuniones (línea 58)</p> <p>- poca participación (línea 58 )</p> <p><b>Práctica docente (observación)</b></p> <p>- descalificación del alumno (línea 24 y 25)</p> <p>- finalidad del proceso educativo cumplir con el objetivo del programa escolar (líneas 38, 39 y 41)</p>	<p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p> <p>42</p> <p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>51</p> <p>52</p> <p>53</p> <p>54</p> <p>55</p> <p>56</p> <p>57</p> <p>58</p> <p>59</p> <p>60</p>	<p><b>como prevenirla, como cepillarse, le dan los conocimientos necesarios</b> porque <b>ellos no saben, o sea ellos saben algo pero muy poco, o no lo saben bien,</b></p> <p><b>I:</b> y crees adecuada la cantidad de veces que vienen los estudiantes de odontología para aplicar el programa de educación para la salud bucal?</p> <p><b>MT:</b> si <b>es adecuado</b>, más tiempo sería repetir y repetir y menos tiempo entonces los niños no aprenderían nada; nosotros los docentes tenemos que usar toooodo el tiempo en nuestro plan de aula, en los contenidos del programa, no hay chance de otras actividades; porque si uno se pone a hacer cosas que no son al final del año anda con las carreras, porque aquí nos exigen que demos todos los contenidos, ni uno menos pues; por eso te digo que si vienen los doctores a aplicar su programa, bienvenidos, o sea lo ideal es que tus alumnos vengan y hagan su cuestión pero que quede tiempo para no interrumpir nuestro proceso educativo</p> <p><b>I:</b> si, ahora fíjate, en los programas de 3er grado hay algún contenido referente a la salud bucal y general? crees que es importante que en los textos esos contenidos aparezcan?</p> <p><b>MT:</b> no, <b>en 3ro no se ve eso,</b> pero sí creo que <b>es muy importante,</b> pero de verdad de <b>salud bucal no se ve nada,</b> pero con los que ustedes dan los niños aprenden jeje!</p> <p><b>I:</b> está bien, mira y en las observaciones que haces a diario de tus niñitos, has notado algunos signos de enfermedades bucales?</p> <p><b>MT:</b> no, <b>ellos no tienen nada, al menos a simple vista,</b> claro yo <b>no puedo estar, sabes? revisándolos o preguntándoles que tienen porque no tengo chance para eso,</b> pero de verdad <b>no parecen tener nada,</b> algunos si he visto que <b>apenas tienen manchas en los dientes, pero eso aquí es normal,</b> es por el fluor en el agua de aquí de Yagua, que produce manchas en los diente, de resto más nada</p> <p><b>I:</b> si, y has hablado de esas manchas con sus padres o con los niños y niñas? ellos que dicen?</p> <p><b>MT:</b> ellos saben que es por el agua y <b>no se preocupan, como eso no es caries...</b></p> <p><b>I:</b> y los representantes vienen a las reuniones? Se integran a las actividades del colegio?</p> <p><b>MT:</b> muy pocos, <b>casi ninguno asiste a las reuniones, y mucho menos participan en nada</b></p> <p><b>I:</b> bueno MT, gracias, estuvo buena esta conversación</p> <p><b>MT:</b> hasta luego pues...</p>
---	---	--

## CATEGORIZACIÓN DE 4ta ENTREVISTA

### Material Protocolar

**Objetivo:** Entrevista semiestructurada a la **MC:** Maestra de 4to grado. **I:** investigadora

**Fecha:** 24-01-20 **Lugar:** **Hora:** 9:35 am **Duración:** 20 minutos **Total de líneas:** 69

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<p><b>-Prácticas de salud bucal en la escuela independientes del programa de la Facultad de Odontología</b></p> <p>-ausencia de prácticas en salud bucal (líneas 5, 9,10, 15)</p> <p>-programas educ para salud bucal no se consideran competencia de las maestras (línea 21 y 22)</p> <p>-resta tiempo para desarrollar contenidos programáticos del grado (líneas 16 ,17, 26 , 27)</p> <p>-indisciplina impide las actividades (líneas 17-20)</p> <p>-los programas escolares de edu/salud son competencia del saber odontológico (líneas 20, 21)</p> <p><b>-Recursos para educ/prev en salud bucal</b></p> <p>-ausencia de implementos necesarios para higiene bucal en la escuela (líneas 11 y 12)</p> <p><b>-Percepción de la maestra sobre el programa escolar de educación para la salud bucal de la facultad de odontología</b></p> <p>-bueno (línea 25)</p> <p>-importancia de contenidos (línea 28)</p>	1	<b>I:</b> maestra MC, cómo está?
	2	<b>MC:</b> doctora, cómo está? Bien gracias a Dios
	3	<b>I:</b> muy bien; MC, vamos a empezar con esto: aquí en la escuela, y particularmente ustedes en 4to grado, realizan algún tipo de actividades de educación y promoción de salud bucal?
	4	<b>MC:</b> educación para la salud bucal? No dra, aquí no trabajamos con esas actividades, mi grado no, los demás no sé pero creo que no...
	5	<b>I:</b> ok, y en su grado han ido los estudiantes de la facultad de odontología? Mis alumnos?
	6	<b>MC:</b> sí, claro, pero esas actividades de educación que usted me pregunta son esas? Porque eso es lo único que se hace, que yo sepa, que hacen los doctores con los niñitos, nosotros no lo hacemos, ellos los llevan a cepillarse los dientes, le dan sus cepillos dentales, y <b>le enseñan la caries y los dientes</b> , que son muy buenas y de paso aquí quien nos va a dar los cepillos para dárselo a los niños? Con la falta de recursos que padecemos...
	7	<b>I:</b> y cuando nosotros nos vamos del colegio, esas actividades no se continúan? Los niños ya no se cepillan después del recreo?
	8	<b>MC:</b> nunca dra, le mentiría si le dijera que sí; es que, bueno usted debe saber lo que es trabajar con muchacho porque usted también es docente; usted sabe que a uno el día completo no le alcanza para tantas cosas que tiene que cumplir!!! Y con estos niños que son terribles, imagínese, uno llevando a ese muchacherito todos los días a que se cepillen!!! Si cuando los llevan los doctores, sus alumnos, que son jóvenes, casi que no los pueden controlar, que será yo sola en ese plan?!! No, <b>esas actividades son muy buenas</b> pero las tienen que venir a hacer ustedes, porque eso es salud, eso es algo que les toca a los doctores, a los odontólogos, no a uno el maestro de clase; yo les enseñé lo mío, lo que está en los libros pero la salud no...
	9	<b>I:</b> pero entonces si le parecen buenas las actividades del programa de educación para la salud que hacen los estudiantes de la facultad de odont? le parecen importantes?
	10	<b>MC:</b> sí, siiiii!!! <b>Son muy buenas</b> , y a los muchachos les fascina que vengan los doctores, como ellos les traen cepillo, regalitos, a ellos les encanta; y bueno como uno entre que no tiene tiempo para dar esos contenidos y que tampoco tiene ese conocimiento tan profundo en esos temas, entonces es <b>muy importante</b> que sigan viniendo <b>los odontólogos para enseñar</b> a los niños, <b>ellos son expertos en el área, ellos son los que saben</b> y les dan las charlas con los contenidos precisos sobre la caries, sobre los dientes...
	11	<b>I:</b> y cree que el tiempo que mis alumnos están aquí en el salón es mucho, es poco...?
	12	<b>MC:</b> yo diría que está bien, como ellos vienen vamos a decir <b>por dos meses</b> por ejemplo, y
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	
	28	
	29	
	30	
	31	
	32	

<p>-estudiante de odontología como expertos en el área (línea 29)          -contenidos necesarios (línea 29, 33)          -tiempo de aplicación adecuado ( línea 32)  <b>-Programa de educación para la salud bucal de la Facultad de Odontología</b>          -transmisión de conocimientos (línea 28, 29,)          -unidireccionalidad de la comunicación (línea 29 )          -intervención desde el saber hacia el no-saber (línea 28,29)          -intermitencia, esporádicos (línea 32)          -fragmentado (línea 11, 30 )          -morbicentrista (línea 11 )  <b>-Contenidos de salud bucal en el programa escolar de 1er grado</b>          -la escuela es para aprender otras cosas (línea 34 y 35)          -suficiente (línea 38)          -la maestra lo considera importante (línea 39)  <b>-Atención por parte de la maestra del estado de salud del alumno</b>          -percepción de alumnos/as sanos/as (líneas 42 y 43 )          -no cuenta con tiempo para percatarse de la salud del alumno de 1er grado (línea 46 )</p>	<p>33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68</p>	<p>en ese tiempo <b>enseñan lo necesario</b>, de paso en 4to ven algo de eso en naturaleza pero acuérdesese que esto es un colegio, aquí el alumno viene a aprender otras cosas, sumar, leer, matemáticas, ciencias, todo lo que impone el programa del ministerio...  <b>I:</b> claro, y en cuanto a esos contenidos de salud bucal del programa de 4to grado que me dice que están, más o menos cuáles son? Y si le parecen suficientes?  <b>MC:</b> si, suficiente en ciencias de la naturaleza hay un tema sobre el cepillado dental, de higiene, que es importante el tema, claro que sí, pero como hay tantos temas por dar...  <b>I:</b> Otra cosa que es importante, ud. se ha percatado en sus alumnos de algún signo o algún detalle que le diga que alguno de sus alumnos tiene alguna afección general o bucal?  <b>MC:</b> de verdad que no, <b>yo no he observado a ningún niño con problemas de salud ni con enfermedades bucales tampoco; ellos están sanos todos</b>, el que está enfermo por lo general no viene a clases; y también es como difícil saber si tiene alguna enfermedad de la boca por ejemplo, tendría uno que <b>ponerse a revisarles la boca y eso a ellos no les gusta que uno venga y le revise la boca y uno no está para eso tampoco, ni me sobra el tiempo para hacerlo tampoco.</b>  <b>I:</b> algunos niños y niñas tienen manchas en el esmalte, usted ha visto si alguno de sus alumnos/as presenta manchas en los dientes?  <b>MC: si, hay unos niños con eso, pero poquito</b>, eso es...como es que se llama..??  <b>I:</b> fluorosis dental..  <b>MC:</b> eso, fluorosis, eso es verdad que da por el agua de aquí doctora?  <b>I:</b> si, es verdad, lo que pasa es que mucha del agua que se consume en Yagua proviene de pozos y en esta zona la cantidad de flúor en esas aguas es más alto de los límites adecuados y puede causar fluorosis dental, que aunque no es una enfermedad grave si trae como consecuencias esas manchas y en ocasiones destrucción de las coronas de los dientes..  <b>MC: bueno en mi grado hay tres niños con eso</b>  <b>I:</b> y que dicen ellos de esas manchas? Y sus padres, comentan algo de la fluorosis de sus hijos?..  <b>MC:</b> los niños no dicen nada doctora, es que casi ni se les ve, y los papás tampoco me han dicho nada, yo sé de eso porque los muchachos ( estudiantes de odontología) le dijeron a los niñitos que tenían eso, ahí fue que me di cuenta.  <b>I:</b> y ya para cerrar la conversación, aquí hacen reuniones con padres y representantes? Ellos se integran a las actividades escolares? Participan..?  <b>MC:</b> bueno ellos <b>no son muy participativos</b> que se diga, lo que pasa es que <b>trabajan dra y como pueden venir o participar si tienen que trabajar</b>, pero si uno les manda a pedir algo que se necesiten <b>la mayoría colabora</b>, pero para reuniones y eso <b>casi ninguno viene</b>  <b>I:</b> bueno mae MC, muchas gracias por su tiempo y toda la información, hasta luego..</p>
--	--	---

<p>-al niño/a no le gusta que la maestra le revise la boca(línea 45 y 46)</p> <p>-observación de manchas en el esmalte (línea 50 y 57)</p> <p><b>-Participación de padres y representantes en actividades de la escuela</b></p> <p>-poca participación (línea 65 y 66 )</p> <p>-colaboradores (67)</p> <p>-la mayoría de padres y madres trabajan ( línea 65)</p> <p><b>Práctica docente (observación)</b></p> <p>-concibe la finalidad del proceso educativo cumplir con el objetivo del programa escolar (líneas 35)</p>	<p><b>69</b></p>	<p><b>MC:</b> por nada doctora, chaito...</p>
--	------------------	---

### CATEGORIZACIÓN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO

### Material Protocolar

**Objetivo:** observación PG 1er grado.

**MP:** maestra de 1er grado **EO:** Estudiante de Odontología **AP:** alumnos de 1er grado

**Nota:** palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes; cada niño y niña será nombrado por su inicial

**Fecha:** 21-01-20 **Lugar:** salón de clase **Hora:** 10:00 am **Duración:** 45 min

**Total de líneas:** 37

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>-Características de la actividad didáctica de EO</b> -estrategia video (línea 1) -contenido morbicentrista (línea 1, 2,20) -participativa (líneas 14-17 ) -intervención desde el saber hacia el no-saber (líneas 19, 20, 33, 34) -trasmisión de conocimientos ( líneas 24, 25,) -reduccionista (20-21) -utiliza refuerzos positivos (líneas 26, 27, 30) -dicta instrucciones ( líneas 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33) -basado enfermedad y no promociona salud (línea 20-23, 25) -utiliza recursos didácticos (líneas 1 y 7) <b>Actitud de los niños/as ante la actividad</b> -reacción emocional afectiva	1	El día de hoy llegan los EO al salón de 1er grado B para <b>proyectar un video sobre la caries</b>
	2	<b>dental;</b> al entrar al salón los AP rápidamente se levantan de sus pupitres, dejan de copiar de la
	3	pizarra y salen al encuentro de los EO, <b>AP: “los “doctores!!!”, contentos los abrazan [con</b>
	4	<b>cariño] y los EO responden igualmente a los abrazos [momento emotivo];</b> MP sonrío y me
	5	dice: <b>“ellos son los ídolos de los niñitos”.</b> EO: buenos días!! AP siguen haciendo bulla; la <b>MP ya</b>
	6	<b>para volver al orden les habla [con firmeza pero sin ser ruda]:”</b> niños <b>hagan silencio por</b>
	7	<b>favor, para que los “doctores” puedan empezar”;</b> unos EO están instalando el <b>video-beam</b> y
	8	varios niños a su lado los observan, la <b>MP vuelva a decir: por favor, a sentarse y a permanecer</b>
	9	<b>calladitos... la MP cantan: “la lechuza, la lechuza, hace shhh, hace shhh.....”</b> los AP <b>se</b>
	10	<b>quedan callados y se sientan en el piso atentos al video que va a empezar.</b> Mientras se proyecta
	11	el video de la caries dental, <b>I se levanta y se acerca a una EO y le dice: “a mí me dio eso en la</b>
	12	<b>muela”, la MP le hace seña con su dedo en la boca que haga silencio,</b> I se sienta y <b>J.A. también</b>
	13	<b>se levanta y dice: “eso da por no lavarse la boca”.</b> Al finalizar el video los EO preguntan: “les
	14	gustó?” y los AP responden (gritando) “siiiii”, <b>“que entendieron?”</b> , de nuevo <b>I se levanta y dice:</b>
	15	<b>“doctora a mí me dio eso un día pero ya se me quitó”;</b> EO: <b>“a ver niñitos aquí está una</b>
	16	<b>amiguita que quiere contar algo”</b> y llama a I para que les cuente, <b>I dice: “en la noche a mí me</b>
	17	<b>dio caries y me dolía la muela, pero ya se me quitó”.</b> EO: <b>“aja, y quien sabe que es la caries?”</b> ,
	18	varios niños y niñas responden: <b>“es un gueco en la muela doctor”, “son los animalitos que se</b>
	19	<b>comen los dientes”,</b> A dice: <b>“mi papa no tiene dientes porque se le pegaron esos animalitos”;</b>
	20	EO explica: <b>“yo les voy a decir a ustedes bien como es, la caries es una enfermedad que</b>
	21	<b>destruye los dientes, la causan unos animalitos muy pequeños que crecen cuando no nos</b>
	22	<b>cepillamos los dientes y comemos muchas chucherías y dulces”</b> y pregunta: <b>“saben cómo</b>
	23	<b>podemos hacer para que esos animalitos no ataquen los dientes?”</b> los AP contestan:
	24	<b>“cepillándonos!!”,</b> EO: <b>“muy bien, aprendieron mucho, bueno yo les digo también que para no</b>
	25	<b>tener caries tenemos que cepillarnos los dientes, usar hilo dental y usar enjuague bucal,</b>
	26	<b>entendieron?”</b> , AP contestan (gritando): <b>“siiiii”,</b> EO dice: y bueno como <b>se portaron muy bien les</b>
	27	<b>vamos a regalar a cada uno un cepillo de dientes con una crema dental para que todos los días</b>

<p>positiva (línea 3, 4, 36)          -disciplina, acato a las órdenes (línea 10)          -participativos (11-19, 23, 26, 34 )          - “doctor” representa una imagen superior para los niños/as ( línea 5)  <b>-Actitud de la maestra</b>          -respetuosa y firme ( línea 6)          - emplea órdenes orales (líneas 6,7)          -emplea órdenes gestuales (línea 12)</p>	<p>28 30 31 32 33 34 35 36 37</p>	<p><b>se cepillen los dientes, siempre después de cada comida”,</b> todos los AP brincan contentos, y los EO pasan por cada pupitre <b>entregándoles su cepillo y su crema a cada AP y les dicen que los guarden y los traigan la próxima semana,</b> ellos los reciben contentos dicen: “gracias!” y los guardan en sus bolsos; EO: “ <b>el próximo martes todos van a traer su cepillo y su crema dental porque nos vamos a cepillar aquí en la escuela, vamos a ver quién sabe y quién no sabe y los vamos a enseñar a cepillarse correctamente”,</b> L dice: “<b>yo se me cepillar doctor”,</b> EO le contesta: “bueno vamos a ver el martes si es verdad”. Chao amiguitos, hasta el martes que viene, recuerden el cepillo, hasta luego mae, gracias”, los AP <b>se levantan a despedirse con abrazos y besos,</b> MP les dice: “gracias a ustedes, hasta el martes”. Y así culmina la actividad</p>
--	---	---

**CATEGORIZACIÓN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO**

### Material Protocolar

**Objetivo:** observación SG 2do grado.

**MS:** maestra de 2do grado **EO:** Estudiante de Odontología **AS:** alumnos de 2do grado

**Nota:** palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes; cada niño y niña será nombrado por su inicial

**Fecha:** 22-01-20 **Lugar:** salón de clase **Hora:** 8:10 am **Duración:** 40 min

**Total de líneas:** 42

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>-Características de la actividad didáctica de EO</b> -estrategia charla (línea 13 ) -participativa (líneas 18, 27, 28 ) -intervención desde el saber hacia el no-saber (11, 12, 13) -trasmisión de conocimientos ( líneas 13) -reduccionista (13) -utiliza recursos didácticos (líneas 21, 22,) -dicta instrucciones ( líneas 15, 22) -evalúa el proceso (27, 28, 29, 30-34) -utiliza refuerzos positivos (líneas 37-40) <b>-Actitud de los niños/as</b> -indisciplina (línea 1, 2, 19) -respeto figura del “doctor” ( líneas 3, 4) -reacción emocional positiva (línea 5, 6)	1	Al entrar los EO saludan a la MS y a los AS: “ <b>buenos díiiiiiaasss!!!</b> ”, los AS están alborotados,
	2	<b>unos parados, otros hablando duro con sus compañeros, otros empujándose [ indisciplinados]</b>
	3	pues la MS está afuera del salón hablando con otra maestra; <b>un AS dice: “párense llegaron los doctores!!” se ponen de pie los pocos que estaban en sus pupitres [ saludo de respeto ante la</b>
	4	<b>autoridad] y todos responden: “buenos díiiiiiiiiiaaaaaasssss!!!! (gritando) [ y muy entusiasmados];</b> la MS entra y <b>les dice (gritando): “silencio pues!! Que llegaron los doctores”,</b>
	5	los AS <b>siguen sin obedecer y MS grita: bueno niños, así con tanta bulla y portándose mal no podemos empezar la actividad de hoy”,</b> algunos AO se sientan y otros continúan sin hacer
	6	<b>caso; la MS les grita: “silencioooo!, si siguen así se van a quedar sin recreo!! [muy molesta], los AS protestan le dicen: “ah no, el recreo no nos los quite” y la MS le dice a los EO que</b>
	7	<b>pueden empezar. EO: “bueno amiguitos, hoy vamos a enseñarles algunas cosas que ustedes quizás no sepan o que tal vez las han oído pero nosotros les vamos a decir cómo deben</b>
	8	<b>hacerlo bien; vamos a dictar una charla sobre la suma de la salud bucal”. Los EO proceden a dar la charla, les hablan de la importancia de mantener sanos la bucal, los dientes; le</b>
	9	<b>explican paso a paso la técnica de cepillado [ de manera instruccional], los AS tratan de intervenir con preguntas y comentarios pero la MS les dice [ tono de regaño]: “niños no</b>
	10	<b>interrumpan, no ven que los doctores tratan de explicar y ustedes no los deja?!”, una EO le dice: “miren quien quiera preguntar o decir algo al final levanta la mano y pregunta” ,</b>
	11	<b>“claro!!” dice la MS, “acaso yo no le he dado a ustedes las normas del buen oyente y del buen hablante?, respeten entonces”. Algunos niños están atentos, otros distraídos y otros</b>
	12	<b>parándose y hablando. Continúan los EO explicando, con láminas y macromodelos dentales, cual es la suma de la salud bucal: “correcta técnica de cepillado, buena alimentación y visita</b>
	13	<b>al odontólogo”. Al finalizar la actividad, la MS les vuelve a decir [ tono de regaño] : “estoy muy brava porque se portaron mal y algunos se quedarán castigados sin recreo”, un AS de</b>
	14	<b>nombre V dice: “ah no mae no todos nos portamos mal, yo me porté bien y atendí a los doctores”, y otro, CL dice: “na guara maestra, usted anotó a los que estaban parados y</b>
	15	<b>fastidiando? Yo me porté bien”; los EO preguntan: a ver niñitos, ustedes entendieron lo que</b>
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	

<p>desacatos a las órdenes (línea 7, 8,9, 29, 30)  -rechazo al castigo (10, 25,26,27)  -participativos (línea 16 )  -distraídos (línea 20)  -actitud indiferente ante agresión verbal del maestro (línea 34)  -<b>Actitud de la maestra</b>  -autoritaria ( línea 6- 9, 19, 20, 40, 41 )  -emplea castigo (línea 9, 23, 24)  -descalifica( líneas 34, 35)  -emplea órdenes orales (líneas 41, 42)</p>	<p>28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42</p>	<p>les explicamos?” y los AS gritan [ entusiasmados]: “siiiii!!”, un EO dice: <b>“bueno eso lo vamos a verificar horita porque les vamos a hacer un examen”</b> “ay nooooo!! Un examen?” gritan los niños/as, se quejan pero los EO les reparten a cada uno la hoja con <b>las preguntas, ( que es la salud bucal?, que debes hacer cuando te duele un diente? , di la suma de la salud bucal?); los EO se les acercan a los niños, les aclaran preguntas, algunos niños/as no saben escribir bien, los ayudan. H se levanta y dice: “este examen está peluo”</b> y todos se ríen, la MS dice: <b>“tu todo lo ves difícil, es que tú nunca sabes nada”, H encoje los hombros y se vuelve a sentar.</b> Al final de la actividad, todos entregan sus exámenes y los EO le dicen: “bueno amigos, nosotros nos vamos” los AS: “noo, no se vayan”, los EO: “si pero venimos la semana que viene y <b>vamos a traerle premios a los que salieron bien en el examen</b>”, los AS se entusiasman y dicen: “yesss!” “que fino”, “regalos!!”, EO: <b>“también vamos a traerles cepillos de dientes y crema dental a todos de regalo por habernos atendido y esperamos que se porten un poquito mejor, chao, cuidense, hasta luego maestra”,</b> los AS se levantan y corren a despedirlos, la MS dice: <b>“epa, que pasó? Se van a volver a alborotar?, siéntense y guarden todo que ya va a sonar el timbre del recreo. Díganle adiós a los doctores”</b> AS: “chao doctores, hasta la semana que viene”</p>
---	---	--

### CATEGORIZACIÓN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO

### Material Protocolar

**Objetivo:** observación TG 3er grado.

**MT:** maestra de 3er grado **EO:** Estudiante de Odontología **AT:** alumnos de 3er grado

**Nota:** palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes; cada niño y niña será nombrado por su inicial

**Fecha:** 20-01-20 **Lugar:** salón de clase **Hora:** 8:05 am **Duración:** 50 min

**Total de líneas:** 50

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
- <b>Actitud de los niños/as</b>	1	Los EO entran al salón de 3er grado, saludan a la MT y a los AT, estos se contentan y dicen:
-indisciplina (línea 8, 12, 13, 28, 29, 45, 46 )	2	“llegaron los “doctores!!”, “nuestra visita preferida” dice una AT; en eso E, K, y MF (unas niñas del salón) se apuran a recibir a las EO, ellas dicen que son sus primas, y S, (un varón) dice: “eso es mentira, verdad doctora que ellas no son sus primas?” y la EO contesta: “si chico, ella es mi primita” y dos EO también dicen: “y K es mi primita” y la otra EO: “y MF es la mía”, E, K y MF las abrazan y acarician sus cabellos, “viste que si es verdad?”; el resto de los AT sigue entusiasmando por la presencia de EO; en eso los EO dicen: “bueno amigos, vamos a proceder a dictar la charla sobre la caries dental”, sigue el alboroto en el medio del salón, la MT se molesta y les dice (tono alto y firme): “bueno si no hacen silencio y se portan bien los doctores se van a ir y lo les van a enseñar nada”; los AT gritan: “noooo, que no se vayannn!!!” y se quedan tranquilos; la actividad se inicia y transcurre; de vez en cuando se rompe la tranquilidad, un AT se levanta de su pupitre y le dice algo a su compañero de al lado, ambos se ríen, otros hablan y no atienden a la charla; y la MT les llama la atención: “niños, en qué quedamos? Si se siguen portando mal me van a ver brava, y más de uno va a salir castigado!; se sientan y ponen atención”, los AT se aquietan en seguida; la charla fue dirigida unidireccionalmente, dando instrucciones sobre que es la caries, como se produce y cómo evitarla, EO: “la caries es una enfermedad producida por bacterias que atacan el esmalte si no las removemos con una adecuada técnica de cepillado...”, el lenguaje sin llegar a ser exageradamente técnico fue algo confuso para la edad, los AT interrumpieron en varias ocasiones para hacer preguntas que fueron respondidas; AT: doctor y esas bacterias como se pegan? EO: “esas bacterias viven en nuestra boca, si comemos alimentos ricos en harinas y dulces sus restos se quedan en nuestros dientes y las bacterias los transforman en ácido que atacan a nuestros dientes, destruyéndolos, comprenden?”, AT: “si, más o menos”, EO: “entonces que debemos hacer para que no nos de caries?”, AT: “no comer dulces ni harinas”, EO: “bueno, podemos comer esos alimentos pero al terminar de comer tenemos que cepillarnos los dientes, para que no se formen los ácidos, si entienden?”, AT: “siii!!”, EO: “bueno ahora vamos a hacer un juego”, AT: “si, un juego dale!”, EO: “se van a dividir en dos
-respeto figura del “doctor” ( líneas 38)	3	
-reacción emocional afectiva positiva (línea 1-4, 6, 7, 46, 47)	4	
-rechazo al castigo ( líneas 35, 36)	5	
-participativos (líneas 19-21, 24 )	6	
-distráidos (línea 13)	7	
- <b>Características de la actividad Didáctica de EO</b>	8	
-estrategia charla y juego (línea 13, 15, 38-44) )	9	
-incentiva la participación (líneas 23, 24, 26, 39, 40)	10	
-trasmisión de conocimientos ( líneas 8, 17)	11	
-unidireccional ( línea 16)	12	
-reduccionista (17-19, 21-23)	13	
-utiliza recursos didácticos (líneas 48 y 49)	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	

<p>-dicta instrucciones ( líneas 38 y 39)          -se evalúa el proceso (línea 40)          -utiliza refuerzos positivos (líneas 47 y 48)          -lenguaje confuso ( línea 17-19)          -dan órdenes (37, 38)          - morbicentrista (línea 16 y 17)  <b>-Actitud de la maestra</b>          -autoritaria ( línea 9, 10, 14, 29, 30, 31 )          -emplea castigo (línea 15, 34, 35)          -desinterés por la actividad (33 y 34)</p>	<p>28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50</p>	<p>equipos, uno de hembras y otro de varones”, de nuevo empieza el alboroto, los AT se paran y gritan emocionados, la MT (gritando): “un momentico!!! Que broma es esta pues? Yo no he ordenado que nadie se levante de su pupitre!!! Así que hasta que yo no vea que están tranquilos no les doy permiso de nada; y el que se porte mal lo saco del salón!!!”, los EO: “si niñitos, es verdad, tranquilos para poder organizarlos”, la MT dice: ”ahora sí, organicense como le digan los doctores, yo voy a aprovechar de ir a la dirección a hablar un asunto. Ya saben, si me entero que se portaron mal les quito el recreo de mañana y la próxima semana no dejo que participen cuando vengan los doctores”, LE dice: “na guará maestra, uste si que’s brava de verdad!””, MT [tono agresivo]: “yo sí, y ustedes saben que es así” y sale del salón. Los EO dicen: “bueno, sin desorden van a hacer lo que nosotros les digamos, okey?” van a hacer caso?, AT: “si, dr!, vamos a hacer caso!!”; entonces los separan en dos grupos por sexo y les dicen: “vamos a hacen el juego del “mega match de la caries”, ustedes van a participar contestando lo que aprendieron” el juego consistió en que los presentadores, interpretados por los EO, dirigen preguntas relacionadas con la charla a los dos equipos, el equipo que sepa la respuesta corre al pizarrón a prender una luz para tener derecho de palabra, quien sea más rápido en llegar al interruptor tendrá más chance de contestar, si contesta correcto gana un punto si contesta incorrecto pierde y contesta el otro equipo; quien logre más puntos gana el concurso. Hubo mucha bulla, algo de desorden, gritos y empujones, sin embargo a la vez fue un ejercicio muy ameno, los AT disfrutaron la actividad, al final los EO les dieron premios a todos los AT, que consistieron en “Medallas de Honor” “por su valiosa participación”, fue muy motivador para los niños. Utilizaron afiches, sobres con preguntas, lámpara de mesa, modelos de yeso con el progreso de la caries dental. Llega la MT y los alumnos se despide hasta el siguiente lunes.</p>
--	---	--

**CATEGORIZACIÓN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO**  
**Material Protocolar**

**Objetivo:** observación CG 4to grado.

**MC:** maestra de 4to grado **EO:** Estudiante de Odontología **AC:** alumnos de 4to grado

**Nota:** palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes; cada niño y niña será nombrado por su inicial

**Fecha:** 17-01-20 **Lugar:** salón de clase **Hora:** 8:30am **Duración:** 45 min

**Total de líneas:** 52

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
-Actitud de los niños/as	1	Los EO entran al salón de 4to grado: “buenos días!!” Los AC se levantan es actitud de
-indisciplina (línea 12, 13, 50, 51)	2	respeto y dicen: “buenos días!!”; la MC : “buenos días, siéntense niños”. Los EO hablan con la
-respeto figura del “doctor” ( líneas 1,2)	3	MC y le recuerdan que a partir de ese día, los cuatro siguientes viernes durante esa mismo horario,
-reacción emocional afectiva positiva (línea 48)	4	tal como habían acordado con ella, ellos van a estar aplicando el programa de salud bucal, también
-rechazo a la agresión verbal de la maestra ( líneas 16-18)	5	le preguntan si es posible pautar una reunión con los representantes de los AC alguno de esos
-participativos (líneas 20-25, 28, 29, 33, 34, 43, 44 )	6	viernes; la MC les dice: “bueno, ya ustedes saben que yo no tengo problema en que los viernes
- desacato a las órdenes (línea 51)	7	vengan al salón, pero la reunión con los representantes sí es difícil porque la mayoría trabaja
<b>Características de la actividad Didáctica de EO</b>	8	<b>y nunca pueden venir; por eso que ya el colegio casi no hace reuniones de representantes, solo</b>
-estrategia charla (línea 12) )	9	<b>viene cuando los inscriben y cuando se entrega boleta, y eso algunos, muy pocos pueden; de</b>
-actitud firma ante la indisciplina ( línea 14, 15)	10	<b>todas formas les podemos mandar una citación para el viernes que viene a ver si vienen”.</b>
-incentiva la participación (líneas19, 20, 22-24, 29, 30, 32, 33)	11	Seguidamente la MC les dice: “pueden empezar, el salón es todo suyo”, los EO colocan unos
-retroalimentación ( líneas 25-28)	12	afiches en el pizarrón, y comienzan la actividad, la charla, pocos AC prestan atención, se
-reduccionista (25-28, 34-36, 43)	13	levantan del pupitre, hablan, gritan, se lanzan papeles unos a otros y la maestra tampoco se
	14	muestra interesada; los EO les llaman la atención a los AC, les dicen: “si no están interesados
	15	pueden salirse del salón” y la MC les grita: “que les pasa pues? No oyeron a los doctores? Por
	16	eso es que deben tener esa boca podrida, porque como no atienden no aprenden”; los AC ante
	17	el regaño repican, un AC: “podrida??? Podrida la tendrá....” Otro dice: “maestra que pasó?
	18	Por qué tan violenta? Y suelta la carcajada”, todos los AC se ríen, pero se callan y comienzan
	19	a escucha los contenidos; al final los EO les preguntan: “a ver, que entendieron?, que es salud
	20	bucal?”, N se levanta y dice: es cepillarse los dientes doctor”, J dice: “es no tener caries”, F:
	21	“J tiene la muela picada”, J: “mentira doctor”, C comenta: la salud bucal es que tengamos
	22	los dientes blancos, sin manchas”, los EO dicen: “ajá, muy bien C, y que debemos hacer para
	23	mantener una buena salud bucal?”, muchos AC contestan “cepillarnos los dientes” y EO: “si
	24	señor, así mismo, y que otra cosa debemos hacer? F dice: no masticar chicle doctora porque
	25	los chicles pican las muelas”, EO: “bueno los chicles solos no pican los dientes, los chicles lo
	26	que pasa es que tienen mucha azúcar y el azúcar hace que las bacterias se conviertan en
	27	ácido y ataquen a los dientes causando la caries”, alguien quiere explicar los que les
	28	enseñamos de cómo la caries avanza en los diferentes tejidos del diente?, la mayoría levanta

<ul style="list-style-type: none"> <li>-utiliza recursos didácticos (líneas 12)</li> <li>-evalúa el proceso (línea 23, 24, 30, 45)</li> <li>-utiliza refuerzos positivos (líneas 46 y 47 )</li> <li>-morbicentrista (línea 28 y 35)</li> <li><b>-Actitud de la maestra</b></li> <li>-autoritaria ( línea 15 y 16 )</li> <li>-vocabulario irrespetuoso hacia los AC (líneas 15, 16, 30, 31, 44)</li> <li>-desinterés por la actividad (14, 15)</li> <li>-descalificación (línea 16)</li> <li>- emplea castigo ( línea 51)</li> </ul>	<p>29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52</p>	<p>las manos, algunos se levantan completo del pupitre, “yo”, “yo”, “yo”, EO: “a ver tu R, dinos lo que aprendiste” , R no quiere pararse ni quiere decir nada, la MC le dice: “a pues R, cualquiera cae, diga lo que aprendió!, tu siempre quieres hablar, horita no verdad”, R: “ah no mae, yo no voy a decir nada”, una EO: “bueno otro día tú lo explicas R, quien quiere?”, F dice: “yo, doctora, la caries es un..una mancha que después crece en el diente y abre un gueco, y se lo va comiendo, lo destruye” y se sienta, EO: “si, más o menos; recuerden que la caries se forma por la falta de una correcta técnica de cepillado, si comemos muchas chucherías y dulces y no nos cepillamos, las bacterias crecen, se hacen fuertes y forman ácidos que son los que van destruyendo al esmalte primero, después sigue creciendo y avanza hacia la dentina, y si no vamos al odontólogo para que nos cure el diente, para que elimine la caries entonces sigue penetrando hasta llegar a donde?” a donde? No saben? Ya se lo dijimos en la charla, hasta llegar a la pulpa del diente y si eso pasa el cachete se inflama, nos duele mucho y de todas formas tenemos que igual ir al odontólogo, entonces es mejor ir al principio y no esperar al final cuando ya el dolor es muy fuerte y el odontólogo no puede salvar la muela y a veces la tiene que sacar!” F dice: “perrrrro yo me cepillo siempre, bicho porque si no me da caries”, la MC: “F no seas impertinente!”. Ya finaliza la actividad y los EO le dicen a los AC: “la semana que viene vamos a hacer un examen a ver si aprendieron”, los AC: “noooo, que fastidio” “y también- EO- les vamos a traer de obsequio un cepillo y una crema dental” F pregunta: “uno solo para todos doctora?” los EO se ríen y contestan: “noo, uno para cada uno” .. “yeeee” se contentan los AC; se despiden los EO: hasta luego muchachos, feliz fin de semana, mae hasta el viernes, gracias”, los niños se despiden y la MC también. Todos los AC se levantan del pupitre y vuelve el desorden, la MC por qué se tienen que alborotar??(gritnado) niños, siéntense!!! Los AC no hacen caso, se empujan jugando, MC: F y D para el rincón!!! Todos los demás sentados y educadamente dicen adiós!! AC: adiós doctoressss!!!</p>
---	--	--

**CATEGORIZACIÓN 1ra ENTREVISTA ACTORES**  
**Material Protocolar**

**Objetivo:** entrevista padres, madres, representantes.

**PA:** primera actora informante **I:** investigadora

**Nota:** para resaltar palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes

**Fecha:** 25 -01-2014 **Lugar:** residencia de PA **Hora:** 11:00 am **Duración:** 75 min

**Total de líneas:** 91

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>Percepción de salud</b>	<b>1</b>	La mañana del sábado, 01/01/2014, llego a la residencia de PA, para, como había sido pautado
-ausencia de enfermedad (línea 16)	<b>2</b>	conversar; toco la puerta
	<b>3</b>	PA: buenos días doctora como esta?
-ausencia de sufrimiento y dolor (línea 16)	<b>4</b>	I: hola PA, muy bien gracias, y tú?
-“vida normal” (línea 17)	<b>5</b>	PA: gracias a Dios bien, terminando de recoger la casa..
-no estar en cama (reposo) (línea 17)	<b>6</b>	I: si, los sábados en la mañana uno los agarra para la casa...bueno PA vamos a empezar para que rinda el rato... quedamos en hablar sobre los hábitos y las costumbres de tu flia sobre la salud bucal y general. Pero antes dime cuantas personas viven aquí y que parentesco tienes con ellos?
<b>-Percepción de salud bucal</b>	<b>8</b>	
-ausencia de enfermedad de caries (línea 18)	<b>9</b>	PA: vivimos mi esposo y mis dos hija y yo
-no perder dientes (línea 18)	<b>10</b>	I: y que edades tienen cada uno de ustedes?
-ausencia de dolor (línea 18)	<b>11</b>	PA: mi esposo y yo tenemos 32 años y las niñas una 12 y la pequeña 8 años
<b>-Prácticas en el hogar relacionadas con salud bucal</b>	<b>12</b>	I: está bien, y dime algo: que hacen ustedes? trabajan los dos? Y las niñas?
-cepillado dental después de comidas (línea 20 y 21))	<b>13</b>	PA: mi esposo trabaja en una línea de taxis y yo estoy en la casa con las niñas, y trabajo con costura, de costurera, pero aquí en mi casa y ellas estudian
<b>-Fuentes de información importantes en salud bucal</b>	<b>14</b>	
-madres (línea 26)	<b>15</b>	I: bien; háblame sobre qué es para ti la salud en general y salud bucal, y la salud bucal?
-padres y madres (línea 30)	<b>16</b>	PA: la salud para mí es no tener ninguna enfermedad, que no suframos de nada, ni dolores, que uno pueda hacer su vida normal, no estar en cama y la salud bucal es igual pero salud de la boca, no padecer de caries, ni tampoco perder dientes, no tener dolor...
-televisión (línea 30)	<b>17</b>	
-programas de educ de la facultad de odontología	<b>18</b>	I: y ustedes en la familia, en el hogar que cosas hacen relacionadas con la salud bucal?
<b>-Implementos para la higiene bucal</b>	<b>19</b>	
-cepillo dental y crema (línea 34)	<b>20</b>	PA: bueno, más que todo aquí en la casa lo que hacemos es cepillarnos los dientes, eso es lo que hacemos, ponemos a las niñas a cepillarse, después que comen, bueno ya no hay que ponerlas, ellas ya saben, eso es lo que hacemos, y nosotros también claro, mi esposo y yo también nos cepillamos...
-enjuague bucal esporádicamente (línea 34)	<b>21</b>	I: y PA, a ustedes alguien les ha dicho, explicado qué hacer para mantener la salud bucal? cómo deben cepillarse los dientes? Como aprendiste tú?
	<b>22</b>	PA: Ay a mí me enseñó mi mamá cuando estaba pequeña, ella tenía “plancha” desde joven y me decía cuídate los dientes no te vaya a pasar como a mí; a mi esposo supongo que lo enseñaría también su mamá
	<b>23</b>	I: y a sus hijas?
	<b>24</b>	
	<b>25</b>	
	<b>26</b>	
	<b>27</b>	
	<b>28</b>	
	<b>29</b>	

<b>-Importancia de la salud bucal en la salud general</b>	<b>30</b>	PA: nosotros las enseñamos; y también con la televisión, tantas propagandas de pasta dental que a uno no se le olvida cepillarse, y en la escuela que los doctores (estudiantes de odontología) van y las enseñan también
-su ausencia produce dolor (línea 39)	<b>31</b>	
-su ausencia produce inflamación (línea 39)	<b>32</b>	
-pérdida dental es antiestética (línea 40)	<b>33</b>	I: y que <b>utilizan regularmente para la higiene bucal?</b>
<b>-Salud bucal como valor</b>	<b>34</b>	<b>PA: usamos cepillo de dientes, pasta, eso, y a veces enjuague bucal,</b> pero muy pocas veces dra.
-valor estético (línea 44)	<b>35</b>	I: tú crees que la salud de la boca es importante para la salud de todo el cuerpo?
-sobrevaloración estética de los dientes anteriores sobre los posteriores (línea 47)	<b>36</b>	PA: si doctora, si creo
<b>-Relación de la salud bucal con la alimentación</b>	<b>37</b>	I: porque crees que es importante?
-alimentación como base de la dentadura sana (línea 49)	<b>38</b>	PA: bueno doctora, si nos da por ejemplo caries, puede hacer que nos enfermemos, puede darnos mucho dolor, hasta dolor de cabeza, se inflama el cachete; también es importante porque si perdemos un diente de adelante eso es antiestético, y ponerse una corona en estos tiempos es muy caro
-alimentos dulces dañinos (línea 50)	<b>39</b>	
-chiclets muy dañinos (línea 51)	<b>40</b>	I: y para tu vida en general, para tus relaciones con tu flia y con el resto de las personas, que valor o valores crees tú que puede darle a tu vida tener salud bucal?
<b>-Manejo de la situación salud-enfermedad bucal</b>	<b>41</b>	
-asociación de enfermedad bucal con caries (línea 53)	<b>42</b>	PA: bueno puede ser la parte estética, para uno poder hablar con tranquilidad y reírse hay que tener buenos dientes, como quien dice la boca es una carta de presentación, imagínese ir a buscar un trabajo y tengo los dientes picados o que me falta un diente, y sobre todo los de adelante que son los que se ven
-poca importancia al inicio de la enfermedad (línea 55 y 56)	<b>43</b>	
-visita al odontólogo para enfrentar el dolor (56 y 57)	<b>44</b>	I: y sobre la alimentación, piensas que hay relación entre alimentación y salud bucal?
-opción al tratamiento más común: exodoncia (línea 59)	<b>45</b>	PA: si la hay dra., la base de una buena dentadura es la buena alimentación, si comemos mucho dulce nos da caries, nosotros tratamos que las niñas no coman tanto dulce porque les pueden salir caries, sobre todo los chicles que son los más dañinos para los dientes
<b>-Grupos organizados en la comunidad</b>	<b>46</b>	I: dime una cosa, tu o alguno de los de tu casa han tenido alguna enfermedad en la boca?
-presencia de grupos comunitarios (línea 68)	<b>47</b>	PA: bueno yo he tenido caries y mi esposo también, y las niñas todavía no les ha dado
-no realizan actividades de educación para salud bucal (línea 68)	<b>48</b>	I: y que hiciste cuando supiste que tenías una afección en tu boca?
	<b>49</b>	PA: yo tenía desde hacía tiempito un huequito en una muela que se me metía la comida, pero como no me dolía no la hacía mucho caso; pero después me empezó a molestar cada vez más hasta que ya me dolía sola, sin comer nada; entonces fui al odontólogo y me la tuvo que sacar
	<b>50</b>	I: y ya habías ido antes al odontólogo o esa fue la 1ra vez?
	<b>51</b>	PA: no había ido, y cuando fui preferí que me sacara la muela y después me curó dos más que tenían caries pero no me habían dolido
	<b>52</b>	I: y tu esposo también fue al odontólogo?
	<b>53</b>	PA: si, a él también le curaron tres dientes, el odontólogo es un primo de mi esposo
	<b>54</b>	I: que bueno, y como les fue con él? Que tal fue la experiencia?
	<b>55</b>	PA: para mí fue dolorosa, porque no me agarraba anestesia por la infección, quedé con miedo a la anestesia y al odontólogo
	<b>56</b>	
	<b>57</b>	
	<b>58</b>	
	<b>59</b>	
	<b>60</b>	
	<b>61</b>	
	<b>62</b>	
	<b>63</b>	
	<b>64</b>	
	<b>65</b>	

72) -poca participación de los vecinos (línea 74) <b>-Percepción y experiencia odontológica</b> -experiencia traumática en el consultorio (líneas 64 y 65) -servicio privado es costoso (línea 40) -temor al odontólogo (línea 64, 65, 78) -creencia que por ser gratuito el servicio público es malo : lo barato sale caro (línea 79, 81, 82) <b>-El sentir del proceso de enfermedad bucal</b> -enfermedad = dolor (línea 85) -enfermedad= malestar (línea 85) -imposibilidad trabajar (línea 85) -imposibilidad en labores cotidianas (línea 85 y 86) -prevención= cepillado dental después de las comidas (línea 88)	66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91	I: que broma; otra cosa PA, aquí en la comunidad, hay grupos comunitarios o juntas comunales o de vecinos? PA: si hay doctora I: y planifican actividades con la comunidad? Actividades de salud? PA: bueno, ellos hacen a veces reuniones, pero no son de salud, o sea más que todo hacen que si mercados populares y esas cosas, a veces hacen operativos de cedulación y también de comida, pero de odontología creo que no, como aquí hay CDI de odontología.. I: y tú has participado en esas reuniones u operativos? PA: no participo, poca gente participa, pero a veces voy a los mercados I: y tú has ido al CDI? Al servicio odontológico? PA: si he ido al CDI, pero no para los odontólogos I: por qué? PA: no bicho doctora, yo ahora le tengo miedo a los odontólogos, y a los del CDI más porque como uno no les paga, sabe que eso es gratis, entonces no sé cómo trabajarán I: crees que si no pagas por el servicio tal vez no es tan bueno? PA: si, yo creo que mejor uno paga su broma, aunque sea caro porque las cosas gratis, no se, lo barato sale caro (dice y se sonríe) I: y dime algo, PA, tú has tenido caries, como pudieras describir esa enfermedad? Lo que tu sentiste? Como es para ti estar enferma de la boca? PA: bueno para mí la caries en dolor, es malestar, no te deja hacer nada, ni trabajar, ni cocinar, no puedes ni comer; una muela “hinchá” (hinchada) es peor que parir! I: Que haces para evitarla? Para tener salud bucal? PA: me cepillo los dientes después comer, y ahora estoy más pendiente de mis dientes I: PA yo creo que hemos hablado de los principales tópicos del tema de salud bucal, me dio gusto tener esta conversación contigo y me fue muy útil, muchas gracia por tu tiempo PA: ay doctora más gracias a usted por haberme visitado, gracias y a la orden
--	--	--

**CATEGORIZACIÓN 2da DE ENTREVISTA ACTORES**  
**Material Protocolar**

**Objetivo:** entrevista padres, madres, representantes.

**SA:** segunda actora informante **I:** investigadora

**Nota:** para resaltar palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes

**Fecha:** 28 -01-2014 **Lugar:** residencia de SC **Hora:** 3:00 pm **Duración:** 70 min

**Total de líneas:** 78

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>-Percepción de salud</b>	<b>1</b>	Al llegar a la casa de SA ella está en la puerta esperándome; nos saludamos con cordialidad y me
-ausencia de enfermedad (línea 16)	<b>2</b>	invita a pasar; ya sentadas en el comedor de la casa, tomándonos un “guayoyito”, comenzamos a
	<b>3</b>	conversar...
-órganos sanos (línea 16)	<b>4</b>	I: SA dime cuantas personas viven en tu casa?
-No tomar medicinas (líneas 16 y 17)	<b>5</b>	SA: aquí vive mi papá, que es el dueño de la casa, mi esposo y mis niños, un varón y una hembra,
	<b>6</b>	y esta “bebida” que nace en abril, Dios mediante..
	<b>7</b>	I: amén, si señor; y cuántos años tienen todos ustedes?
<b>-Percepción de salud bucal</b>	<b>8</b>	SA: mi papá tiene creo que 53 años, mi marido tiene 30, yo tengo 27, el niño tiene 8 y la niña 5
-ausencia de enfermedad	<b>9</b>	añitos
caries (línea 17)	<b>10</b>	I: ok; y que hacen ustedes? Trabajan?
-ausencia de sangramiento de encías ( línea 17)	<b>11</b>	SA: si, aquí trabajamos todos, menos los niños claro; mi papá tiene una venta de revistas y
	<b>12</b>	periódicos en Vigirima, mi esposo trabaja en construcción y yo hago transporte para la escuela de
	<b>13</b>	los niños.
<b>-Prácticas en el hogar relacionadas con salud bucal</b>	<b>14</b>	I: que bien, todos activos!! (las dos reímos). Bueno para empezar quiero que me hables sobre que
-cepillado dental después de comidas (líneas 23 y 24, 63)	<b>15</b>	es para ti la salud general y la bucal bucal?
	<b>16</b>	SA: bueno para mí salud es no estar enfermo, es tener los órganos sanos, sin necesidad de tomar
	<b>17</b>	medicinas y salud bucal es prácticamente no tener caries y tampoco sangramiento de las encías.
<b>-Fuentes de información importantes en salud bucal</b>	<b>18</b>	I: ok, y en tu casa practican algunas actividades para estar sanos? Para tener salud bucal?
-casa materna (línea 30)	<b>19</b>	SA: en la casa? nosotros, bueno uno limpia la casa, se lavan los alimentos antes de cocinar, nos
-padres y madres (línea 30 y 31)	<b>20</b>	cuidamos, uno por ejemplo si está lloviendo trata de no mojarse, si uno tiene gripe no lleva sereno,
	<b>21</b>	esas cosas pues, sencillas..
	<b>22</b>	I: y en relación con la salud bucal?
-programas de educ de la facultad de odontología (líneas 32-34)	<b>23</b>	SA: bueno nos cepillamos, con crema dental, mi papá tiene dos planchas, el no tiene dientes, pero
	<b>24</b>	nosotros cuatro nos cepillamos después de comer, con los niños estamos pendientes para que se
	<b>25</b>	cepillen los dientes después de cada comida y al levantarse y antes de dormir, ellos tienen sus
	<b>26</b>	cepillos dentales para su edad, y más bien hay que estar pendientes porque la crema dental no dura
<b>-Importancia de la salud bucal en la salud general</b>	<b>27</b>	porque ellos se cepillan mucho (jeje)
-boca como una porción del	<b>28</b>	I: y alguien les ha explicado a ustedes cómo deben mantener una boca sana? Cómo cepillarse los
	<b>29</b>	dientes?

cuerpo (línea 38 y 39)	30	SA: bueno eso viene de la casa de uno, cuando uno era pequeño; y ahora nosotros enseñamos a
-porción muy pequeña del	31	nuestros hijos y siempre, o casi siempre, los vemos cuando se están cepillando; también una vez
cuerpo que tiende a ser	32	cuando mi hijo estaba en preescolar, unos odontólogos fueron y enseñaron a cepillarnos a los niñitos
desvalorizada (línea 42)	33	y a nosotros los papás; tu sabes que uno se cepilla y a veces por la rapidez, no lo hacemos bien,
<b>-Salud bucal como valor</b>	34	pero con la explicación de los doctores yo aprendí y estoy pendiente para que mis hijos también lo
-valor de bienestar (línea 45)	35	hagan bien
-valor funcional (línea 46)	36	I: que bueno; y dime una cosa, tú crees que la salud de la boca repercute en la salud del resto del
<b>-Relación de la salud bucal</b>	37	cuerpo?
<b>con la alimentación</b>	38	SA: si creo, porque el cuerpo tiene muchas partes y la boca es una parte del cuerpo y si está
-azúcares y alimentos dulces	39	enferma la persona se siente mal
dañinos (línea 48)	40	I: y crees que la salud bucal es importante?
<b>-Manejo de la situación</b>	41	SA: si doctora, es muy importante, es tan importante como cualquier parte del cuerpo, lo que pasa
<b>salud-enfermedad bucal</b>	42	es que por ejemplo una caries como es en una parte pequeña del cuerpo no le dan importancia
-asociación de enfermedad	43	como cuando tenemos un problema en el estómago o los riñones
bucal con caries (línea 51)	44	I: es así!; ahora, tú crees que la salud bucal tiene algún valor?
-efecto nocivo del embarazo en	45	SA: por su puesto dra., la salud bucal ayuda a que nos sintamos bien, si tenemos los dientes sanos
los dientes (línea 52)	46	podemos comer, masticar, eso tiene un gran valor
- efecto nocivo del embarazo	47	I: y que relación puede tener la salud bucal y la alimentación?
en las encías (línea 52)	48	SA: bueno si comemos muchos dulces y azúcar se nos pican los dientes, tenemos que comer
-patologías bucales =condición	49	alimentos sanos que no produzcan caries
normal en el embarazo (línea	50	I: y hablando de enfermedades de la boca, tú has tenido afecciones bucales? Y tu familia?
53)	51	SA: yo tuve caries pero cuando estaba pequeña; después de grande con cada “barriga” no fue que
- prótesis: prevalece el aspecto	52	me dio caries sino que se me “descalsifican” los dientes y me sangran mucho las encías, pero eso
estético sobre el funcional	53	es “normal en el embarazo”; mi esposo tiene un puente en la parte de arriba de la boca, en los dos
(línea 53-55)	54	dientes de adelante, esos son “postizos”, y atrás le faltan unas muelas pero no tiene “postizos” ahí,
-no acude al servicio a causa	55	adelante porque eso se ve muy feo ese hueco ahí, pero si por ahí llega mi esposo no le diga nada
del embarazo (línea 75)	56	doctora que se pone bravo, (y se ríe)...
-trata signos del embarazo	57	I: y como te has sentido tu cuando has tenido el problema de la descalcificación y el sangramiento
tratamientos caseros (línea 61)	58	de las encías?
<b>- El sentir del proceso de</b>	59	SA: mal pero hay que aguantar hasta salir de la “barriga”...
<b>enfermedad bucal</b>	60	I: y has ido al odontólogo por eso?
-enfermedad= malestar (línea	61	SA: no doctora, hago buchecitos con agua oxigenada y me cepillo suavemente
59)	62	I: y aparte de eso como te cuidas de las enfermedades bucales?
	63	SA: yo me cuido tratando de cepillarme tres veces al día
	64	I: y dime algo SA, en la comunidad hay grupos como asociaciones, juntas comunales que trabajan
	65	en actividades en pro de la salud de la comunidad? Operativos de salud, de educación en salud?

<p>-resistir enfermedad hasta el parto (línea 59)</p> <p><b>Grupos organizados en la comunidad</b></p> <p>-presencia de grupos comunitarios (línea 66)</p> <p>-no realizan actividades de educación para salud bucal ( línea 68)</p> <p><b>-Percepción y experiencia odontológica</b></p> <p>-servicio privado es costoso (línea 71)</p>	<p>66</p> <p>67</p> <p>68</p> <p>69</p> <p>70</p> <p>71</p> <p>72</p> <p>73</p> <p>74</p> <p>75</p> <p>76</p> <p>77</p> <p>78</p>	<p>SA: aquí hay varios grupos, ellos hacen operativos y actividades los fines de semana y vacunan, cortan pelo, sacan cedula, y hacen juegos para niños, colchones saltarines, pero de salud no sé, creo que las vacunas nada más, de odontología no hacen</p> <p>I: y tú has ido al odontólogo alguna vez?</p> <p>SA: si, cuando estaba soltera, pero tengo tiempo que no voy, fui una vez que me curaron una muela; pero horita no tengo caries gracias a Dios porque están carísimos... bueno como casi todo dra, todo está por las nubes...</p> <p>I: es verdad, todo ha subido mucho... y no has probado con odontólogos de algún servicio público? Un ambulatorio o el CDI?</p> <p>SA: no dra, no por nada, sino es que no quiero ir durante el embarazo..</p> <p>I: bueno SA, me encantó conversar contigo, fue una conversación muy útil para mí, muchas gracias...</p> <p>SA: de nada doctora, siempre a su orden...</p>
--	---	---

**CATEGORIZACIÓN 3ra DE ENTREVISTA ACTORES**  
**Material Protocolar**

**Objetivo:** entrevista padres, madres, representantes.

TA: Tercer actor informante I: investigadora

Nota: para resaltar palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes

Fecha: 01 -02-2014 Lugar: residencia de TC Hora:10:00 am Duración: 55 min

Total de líneas: 68

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>-Percepción de salud</b>	1	Llego a las 10:00 am a casa de TA y después del saludo procedemos a la entrevista/conversación.
-ausencia de dolor (línea 11)	2	I: sr TA, dígame cuantas personas viven aquí con usted, cual es el parentesco, que edad tienen y que hacen? cual es la ocupación, el trabajo de cada uno de ustedes?
-ausencia de enfermedad (línea 11)	3	
- “ser saludable” (línea 11)	4	TA: aquí vivimos mi esposa y yo con nuestros tres hijos varones y un hermano de mi esposa; yo tengo 36 años, mi esposa 34, mis hijos 16, 14 y 10, y mi cuñado de 19 años; mis hijos estudian, y mi esposa, mi cuñado y yo trabajamos
<b>-Percepción de salud bucal</b>	6	
-ausencia de enfermedad (línea 9)	7	I: muy bien; bueno sr TA yo quería que usted me dijera, con sus palabras, que es para usted la salud bucal y salud general?
-ausencia de dolor (línea 9)	8	
- “estar sano” (línea 9)	9	TA: la salud bucal significa no tener enfermedades bucales, estar sano, no padecer dolores en los dientes ni en las encías, es mantenerlos limpios y salud general es eso mismo pero en todo el cuerpo, no tener dolores, enfermedades de ningún tipo, ser saludables, algo más o menos así..
-mantener los dientes limpios (línea 10)	10	
<b>-Prácticas en el hogar</b>	12	I: bien, y para eso las personas hacen cosas, para estar sanos, dígame que actividades realizan ustedes en su casa, los miembros de la flia relacionadas con la salud bucal, que contribuyan a ella?
<b>relacionadas con salud bucal</b>	13	
-cepillado dental (línea 13)	14	TA: bueno más que todo cuidándonos, cepillándonos los dientes, teniendo una buena higiene, esa es la manera como nosotros cuidamos nuestra salud bucal
<b>-Implementos para la higiene bucal</b>	15	
-cepillo y crema dental diariamente ( línea 17)	16	I: y que utilizan, <b>que implementos usan para eso?</b>
enjuague bucal esporádicamente (línea 18)	17	TA: lo principal es <b>cepillo dental y pasta de dientes</b> , eso es el día a día, nos cepillamos después de comer, y puede ser, <b>de vez en cuando usamos enjuague bucal</b> , pero lo diario es cepillo y pasta
	18	I: y ustedes cómo aprendieron a cepillarse, a que debe ser después de cada comida..?
	19	
	20	TA: bueno, eso debemos haberlo aprendido desde chiquitos, en nuestra casa, yo no recuerdo si mi mamá o mi papá me enseñó pero yo aprendí eso; puede haber sido en mi casa y también en la tv que hacen propagandas y uno va captando; en el caso de mis hijos en el colegio, el “Carlos Arvelo” los muchachos de odontología, sus alumnos, los han enseñado y uno también los ha enseñado, desde chiquitos ellos se han cepillado sus diente
<b>-Fuentes de información importantes en salud bucal</b>	21	
-en casa materna ( línea 20)	22	I: muy bien; y usted cree que la alimentación tiene relación con la salud bucal?
-televisión ( línea 21)	23	TA: por supuesto dra., una buena alimentación ayuda a tener una buena dentadura, la leche es buena para los dientes por el calcio, las frutas también, el azúcar pica los dientes, y así, hay alimentos buenos y alimentos fatales para los dientes
-padres y madres (línea 23)	24	
-programas de educ de la facultad de odontología (línea 23)	25	I: usted le parece que la salud bucal tiene algún valor en la vida?
<b>-Relación de la salud bucal con la alimentación</b>	26	
-buena alimentación ayuda a la	27	TA: claro, tiene mucho valor, hay que cuidar los dientes para no perderlos, o para que al menos
	28	
	29	
	30	

buena dentadura ( línea 26)	31	duren mucho tiempo, también por la imagen de nosotros, por ejemplo si nos falta un diente de
-leche y frutas como alimentos	32	delante de la boca no nos vemos bien o si los tenemos picados; de verdad que los dientes y la boca
protectores de la salud bucal	33	sanos son de gran valor
(línea 26 y 27)	34	I: y usted ha tenido algún problema que afecte su salud bucal?
-azúcar dañino (línea 27)	35	TA: yo he tenido caries, a mí me sacaron dos muelas porque la caries me les comió el nervio y el
<b>-Salud bucal como valor</b>	36	doctor me las tuvo que sacar, y de verdad que uno se siente muy mal, eso fue el año pasado y en
-valor estético (líneas 31 y 32))	37	este diente de adelante (se señala en central superior derecho) me hicieron un tratamiento de
<b>- Manejo de la situación</b>	38	canales, ese si no quise que me lo sacaran porque es del “tren delantero” jejej
<b>salud-enfermedad bucal</b>	39	I: y que sentía que le hizo ir al odontólogo?
-asociación de enfermedad bucal	40	TA: un dolor bravo doctora, que no se calmaba con nada, ni remedios, con nada, no podía hacer
con caries (línea 35)	41	nada dra. ni trabajar, entonces no me quedó otra que ir al odontólogo y ahí él me dijo que tenía
-prevalece el aspecto estético	42	una muela con bastante destrucción y la de al lado estaba casi igual, no tan destruida pero si más o
sobre el funcional (línea 37 y 38)	43	menos, entonces para arrancar el problema de raíz decidimos sacarlas a las dos
-opción de tratamiento más	44	I: y fue a un odontólogo privado o a una consulta de un servicio público?
común: exodoncia (línea 36)	45	TA: mire dra, en un módulo del CDI me sacaron las dos muelas, pero el tratamiento de canales no
-visita al odontólogo para	46	lo hacen en el CDI porque ahí más que todo sacan muelas, entonces me fui a un odontólogo
enfrentar el dolor (línea 41)	47	privado y no me tocó otra que pagar, bien carito por cierto, pero valió la pena porque me salvo mi
<b>-El sentir del proceso de</b>	48	diente
<b>enfermedad bucal</b>	49	I: y le fue bien con los dos servicios? El público y el privado?
enfermedad = dolor (línea 40)	50	TA: sii, con los dos me fue bien, claro el privado es mejor, atienden mejor a uno, pero el público no
imposibilidad trabajar (línea 41,	51	es malo
61 y 62)	52	I: está bien; mire sr. TA, aquí en la comunidad tengo entendido que hay junta comunal y
<b>-Percepción y experiencia</b>	53	asociaciones que trabajan con la comunidad, usted ha participado con ellos en algunas de sus
<b>odontológica</b>	54	actividades?
-servicio público solo	55	TA: si hay pero a mí eso no me gusta, eso es puuuura política; ellos hacen sus cosas, yo no digo
extracciones (línea 46)	56	que sean malas pero yo no participo
-servicio privado es costoso (línea	57	I: y hacen algunas actividades referentes a la salud? Y a la salud bucal?
47)	58	TA: que yo sepa no, eso es sacar cédula de identidad y mercal, eso es lo que hacen
-servicio privado tratamientos	59	I: otra cosita, cuando ha estado con problemas bucales de salud, la vez de los dolores de las
especialidades (líneas 37 y 38)	60	muelas, como le ha afectado eso en su vida diaria?
-experiencia positiva en servicios	61	TA: bueno no he podido trabajar, el dolor no me ha dejado ni eso, eso es lo que más me ha afectado
privados y públicos ( líneas 50)	62	el trabajo
-servicio privado es mejor que el	63	I: y usted cree que la salud de la boca es importante para la salud del resto del cuerpo?
público (línea 50)	64	TA: si mucho; porque si tenemos una enfermedad en la boca como la caries o “corrimientos” hace
-mejor atención en servicio	65	que no podamos comer y sino comemos nos enfermamos.
privado (línea 50)	66	I: bueno sr TA, ya terminamos, me ha dado mucho gusto conversas con usted de este tema tan

<p><b>-Grupos organizados en la comunidad</b>          -presencia de grupos comunitarios (línea 55)          -no realizan actividades de educación para salud bucal ( línea 58)          -no le gusta participar (línea 55 y 56)</p> <p><b>Importancia de la salud bucal en la salud general</b>          ‘-las enfermedades bucales impiden alimentarnos y nos enfermamos ( línea 64 y 65)</p>	<p><b>67</b> <b>68</b></p>	<p>importante, gracias por toda la información y por su tiempo          TA: de nada dra, siempre a su orden</p>
---	--------------------------------	---

**CATEGORIZACIÓN 1ra ENTREVISTA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA**  
**Material Protocolar**

**Objetivo:** entrevista estudiante de odontología.

**PE:** primer estudiante odontología    **I:** investigadora    **F.O. :** Facultad de Odontología

**Nota:** para resaltar palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes

**Fecha:** 21 -01-2014 **Lugar:** Facultad de Odontología. Dpto Salud Odontológica Comunitaria

**Hora:** 2:30:00 pm

**Duración:** 25 min

**Total de líneas:** 49

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>Actividades de promoción/educación/prevención</b>	<b>1</b>	En el departamento después de saludarnos, comenzamos la conversación.
-complemento del ejercicio odontológico (línea 4)	<b>2</b>	I: PE cuéntame, que piensas tú de las actividades de promoción y educación para la salud bucal, la prevención de enfermedades?
-educar (línea 5)	<b>3</b>	
-instruir (línea 9)	<b>4</b>	PE: yo creo que son actividades que complementan el ejercicio odontológico profe, si no educamos a las personas nunca aprenderán a cuidarse y las enfermedades dentales seguirán aumentando
-cambiar hábitos (línea 10)	<b>5</b>	
-es dar conocimientos (líneas 9 y 10)	<b>6</b>	I: y tu PE, como te sientes cuando estas realizando esas actividades? Te gusta hacerlo?
-charlismo (líneas 21, 27, 35, 36, 40)	<b>7</b>	PE: profe a mí me gustan, sobre todo si es a niños; para mí educar es como dar un poco del conocimiento que tenemos y que le hace falta a las personas, debemos enseñarlas, instruir las para que eliminen hábitos dañinos y adopten hábitos saludables
<b>Sentimiento respecto a las Actividades de promoción /educación/prevención</b>	<b>8</b>	
-agrado (línea 8)	<b>9</b>	I: bien; y que papel crees tú tiene el odontólogo en la salud bucal de las personas, la comunidad?
<b>-Papel del odont. en la salud bucal</b>	<b>10</b>	PE: yo creo que uno el odontólogo es el responsable de la salud bucal de las personas, uno tiene el deber de curar enfermedades bucales, restituir la salud de las personas, un odontólogo debe saber aplicar todos los tratamientos, ser integral, no es que si no es cirujano no hace cirugías, si no es endodoncista no hace endodoncias, o protesista no hace prótesis, no, así no debe ser, un odontólogo debe ser integral y trabajar en todas las especialidades de la odontología.
-responsable de la salud bucal de las personas (línea 12)	<b>11</b>	
-curar (línea 13)	<b>12</b>	I: ok, y con respecto a las personas y comunidades, que papel crees tú que les corresponde a ellas en las actividades de promoción, educación y prevención de su salud? Como pueden ellas participar?
-restituir (línea 13)	<b>13</b>	
-aplicar todos los tratamientos (todas las especialidades) (línea 14 y 16))	<b>14</b>	
-integral (no se incluye aquí la educ/prev) (línea 16)	<b>15</b>	PE: bueno las comunidades deben participar en los programas educativos, se deben integrar a las actividades, escuchar las charlas, aplicar los conocimientos que se le den, ir a la consulta del odontólogo, porque con un tratamiento precoz puede ayudar a que no sean edéntulos en el futuro, eso es lo que debe hacer una comunidad que quiera mejorar su salud, participar.
<b>Papel individual y de la comunidad en la salud bucal (participación pasiva)</b>	<b>16</b>	
-escuchar las charlas (línea 21)	<b>17</b>	I: y con relación a <b>los temas y contenidos qué tú crees que deben cubrir esas actividades, como escoger los temas, quien los decide, cuales serían los principales temas que debe incluir un programa de educ para la salud bucal?</b>
-aplicar conocimientos adquiridos (línea 21)	<b>18</b>	
-acudir a la consulta (línea 21)	<b>19</b>	PE: Bueno profe las charlas principales serían por supuesto de <b>la caries, como evitarla y las técnicas de cepillado,</b> en general pues; como se escogerían..? sabiendo que la caries es el principal problema de salud bucal creo que se escogería por eso pues; y quien lo escoge? El tema?
<b>Contenidos/temas de los programas</b>	<b>20</b>	
-morbicentrista (línea 27)	<b>21</b>	Se supone que <b>el odontólogo es el experto en el área, entonces él sería el encargado de escogerlo, de aplicarlo, aunque también las asistentes dentales lo pueden dictar, si uno las entrena ellas son capaces de hacerlo</b>
-designados por el odontólogo experto en el área (línea 30 y 31)	<b>22</b>	
-aplicados por el odont y/o asistente	<b>23</b>	
	<b>24</b>	
	<b>25</b>	
	<b>26</b>	
	<b>27</b>	
	<b>28</b>	
	<b>29</b>	
	<b>30</b>	
	<b>31</b>	

<p>dental (línea 31)</p> <p><b>Lugar ideal para aplicar programas de edu/prev</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cualquier sitio es ideal (línea 34)</li> <li>- clínica ( línea 34)</li> <li>- escuelas (línea 35)</li> <li>- ambulatorios (línea 35)</li> </ul> <p><b>Programas de edu/prev dentro de la F.O.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en el área de odontopediatría (línea 39)</li> <li>- en el área de periodoncia (línea 40)</li> </ul> <p><b>Ejercicio de la odontología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aplicar conocimientos (línea 44)</li> <li>- atender pacientes integralmente (línea 45)</li> <li>- aplicar tratamientos clínicos (línea 45)</li> <li>- resolver patologías (línea 46)</li> <li>- rehabilitar (línea 46)</li> <li>- educar (línea 46)</li> </ul>	<p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p> <p>42</p> <p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p>	<p>I: donde crees tú es el sitio ideal para que se pueda hacer un programa de salud bucal?</p> <p>PE: profe cualquier sitio es bueno, en la clínica es ideal, que todo el paciente que llegue se le dé su charla, en las escuelas como el programa de 4to año es buenísimo, en los ambulatorios, o sea las charlas son económicas y por eso pueden ser aplicadas sin ningún gasto fuerte de dinero por lo que su aplicación es fácil en cualquier sitio</p> <p>I: en la F.O., dentro de sus instalaciones se aplican estos programas?</p> <p>PE: si profe, en “odontope” (odontopediatría) se aplican en la puerta del servicio, en la sala de espera se dan charlas y bueno a los pacientes de periodoncia también se les dictan sus charlas sobre higiene bucal.</p> <p>I: y ya para terminar, cómo definirías tú el ejercicio de la odontología?</p> <p>PE: ay Dios!!! Jejej (risa)[ nerviosa], bueno el ejercicio odontológico es aplicar todos los conocimientos sobre odontología que adquirimos en la carrera, es atender a los pacientes de forma integral, como dije al principio aplicar todos los tratamientos clínicos que uno esté capacitado para hacerlo, resolver las patologías de los pacientes, rehabilitarlos, y también educar a los pacientes, eso más o menos sería ejercicio odontológico</p> <p>I: muy bueno EO, gracias por esta conversación, me encantó hablar contigo</p> <p>PE: gracias a usted profe, fue un placer, hasta la semana que viene..</p>
---	---	---

**CATEGORIZACIÓN 2da ENTREVISTA ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA**  
**Material Protocolar**

**Objetivo:** entrevista estudiante de odontología

**SE:** segunda estudiante odontología    **I:** investigadora

**Nota:** para resaltar palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes

**Fecha:** 21 -01-2014 **Lugar:** Facultad de Odontología. Dpto Salud Odontológica Comunitaria

**Hora:** 3:15:00 pm

**Duración:** 25 min

**Total de líneas:** 46

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>Actividades de promoción/educación/prevención</b> - buenas (línea 4) - enseñar (línea 7 y 9) - concientizar (línea 8) - adiestrar (línea 8) - charlismo (línea 20, 26, <b>Sentimiento respecto a las Actividades de promoción /educación/prevención</b> - agrado (línea 7) - útil (línea 7) <b>Papel del odont. en la salud bucal</b> - tratar enfermedades (línea 12) - curar (línea 12) - poseer habilidades y destrezas para brindar salud (línea 13) - sanear (línea 13) - devolver salud (línea 13) <b>Papel individual y de la comunidad en la salud bucal (participación pasiva)</b> - asistir a las charlas (línea 20) - enterarse de sus problemas (línea 20) - asistir a la consulta odontológica (línea 20 y 21) - asistir a operativos de salud (línea 22) <b>Contenidos/temas de los programas educ/prev</b> - contenidos fragmentados (línea 26) - morbicentrista (línea 26 y 28) - designados por el odontólogo y	1	Reunidos SE e I en el departamento, iniciamos la conversación.
	2	I: SE para empezar dime qué opinas tú de las actividades de promoción y educación para la salud
	3	bucal, de las actividades de prevención de enfermedades bucales?
	4	SE: bueno yo creo que son buenas, que debemos aplicarlas para enseñar a la población a mantener
	5	su salud bucal
	6	I: y como te sientes cuando estas realizando esas actividades? Te agrada hacerlo?
	7	SE: si me agrada, me siento útil enseñando a las personas a prevenir enfermedades, la caries dental
	8	se puede prevenir si concientizamos a las personas, si desde pequeños adiestramos a los niños en
	9	una correcta técnica de cepillado dental, enseñamos a los padres...
	10	I: está bien, y cual crees tú que es el papel que tiene el odontólogo en relación con la salud bucal
	11	de las personas, de la comunidad?
	12	SE: el odontólogo tiene el papel de tratar las enfermedades, curar a las personas, debe tener
	13	habilidades y destrezas para brindarle salud a sus pacientes, sanearlos, devolverles la salud
	14	I: ok, ese sería el rol del odontólogo, y las personas/ las comunidades? qué papel crees tú que les
	15	corresponde a ellas en esas actividades de promoción, educación y prevención de su salud? Como
	16	pueden participar?
	17	SE: la participación comunitaria es indispensable para que los programas educativos puedan ser
	18	efectivos, ellos son los protagonistas de su salud
	19	I: correcto, y como pudieran ellos participar?
	20	SE: bueno asistiendo a las charlas, enterándose de los problemas de su boca, yendo a la consulta
	21	odontológica para que el odontólogo le diga si padece de caries o cualquier otra enfermedad bucal,
	22	deben asistir a los operativos de salud que en muchas zonas se realizan, ser activos
	23	I: y qué temas y contenidos que tú crees que deben incluirse en los programas de educación
	24	<b>para la salud bucal? como se deben escogerse los temas, quien los escoge, cuáles serían los</b>
	25	<b>principales temas?</b>
	26	SE: bueno charlas sobre <b>la boca, sus partes, los dientes, sus funciones, la caries, como se forma,</b>
	27	<b>como se previene, las técnicas de cepillado, la buena alimentación, ah y también las</b>
	28	<b>enfermedades de las encías...</b>
	29	I: aja, y quien decide esos temas?
	30	SE: bueno los odontólogos y el personal de salud bucal los escogen profe, porque son los temas de
	31	cualquier programa de educación para la salud, eso es lo que hay que enseñarle a las personas para

personal de salud (línea 30)	32	que sepan prevenir la caries
<b>Lugar ideal para aplicar programas de edu/prev</b>	33	I: y si hablamos del sitio donde se puede desarrollar un programa de salud bucal? Donde pudiera ser?
- cualquier sitio (línea 35)	34	
-clínica (línea 35)	35	SE: se puede dar desde la clínica hasta en las escuelas, los centros de salud, en cualquier sitio siempre y cuándo se tenga la voluntad para hacerlo
- escuela (línea 35)	36	
- centros de salud (línea 35)	37	I: y dentro de la F.O. se aplican estos programas?
<b>Programas de edu/prev dentro de la F.O.</b>	38	SE: siiii, en la sala de espera de odontopediatría siempre le damos charlas a los niñitos y a sus representantes,
-área de odontopediatría (línea 38)	39	
<b>Ejercicio de la odontología</b>	40	I: ok, dime EO, cómo defines tú el ejercicio de la odontología?
- aplicar tratamientos preventivos (línea 42)	41	SE: sería la .., ya va... el ejercicio de la odontología es, “puedo llamar a un amigo?” Jejeje (risa), no profe en serio, es.. es trabajar haciendo tratamientos de prevención, curación y rehabilitación a la población que acuda al consultorio odontológico, que puede ser público y privado!!
- aplicar tratamientos curativos (línea 42)	42	
- aplicar tratamientos rehabilitadores (línea 42)	43	
- dentro del consultorio odontológico (línea 43)	44	I: jejeje(risa), muy bien, EO muchísimas gracias por tu tiempo y por tu colaboración, nos vemos el próximo martes
- público y/o privado (línea 43)	45	
	46	SE: de nada profe, hasta el martes

### CATEGORIZACIÓN 3ra ENTREVISTA ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA Material Protocolar

**Objetivo:** entrevista estudiante de odontología EO.

**TE:** tercer estudiante odontología    **I:** investigadora

**Nota:** para resaltar palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes

**Fecha:** 22 -01-2014 **Lugar:** Facultad de Odontología. Dpto Salud Odontológica Comunitaria

**Hora:** 2:30:00 pm

**Duración:** 35 min

**Total de líneas:** 51

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>Actividades de promoción/educación/prevención</b>	<b>1</b>	Luego del saludo, comienzo de la conversación
- educar (línea 4)	<b>2</b>	I: TE vamos a hablar sobre las actividades de promoción, educación y prevención en salud bucal, que piensas de esas actividades?
- enseñar (línea 4)	<b>3</b>	
Prevenir enfermedades (línea 5)	<b>4</b>	TE: son actividades para educar a las personas, para enseñarlas a mantener la cavidad oral sana, para prevenir enfermedades, están dirigidas a eso, a enseñar, instruir, sobre enfermedades de la boca, tanto de sus tejidos duros como blandos
- instruir (línea 5)	<b>5</b>	
- morbicentrista (línea 5 y 6)	<b>6</b>	I: y cuando tú estás realizando esas actividades, cómo te sientes? Te da gusto hacerlas o prefieres otro tipo de práctica odontológica?
- charlismo (línea 9, 34, 38, 42, 44)	<b>7</b>	
- moldear conductas (línea 10)	<b>8</b>	TE: mire profe, de verdad que cuando yo doy una charla y una técnica de cepillado me gusta, no le voy a decir que no, es chévere sobre todo si es a chamitos, que uno los puede ir “moldeando” para que aprendan, entonces si me gusta pero de verdad, prefiero la clínica, para mí la clínica es la base de la odontología
<b>Sentimiento respecto a las Actividades de promoción /educación/prevención</b>	<b>9</b>	
- agrado (línea 9)	<b>10</b>	
- prefiere la clínica (línea 11)	<b>11</b>	I: ok, para ti cual es el papel que tiene el odontólogo con relación con en la salud bucal de las personas, la comunidad?
<b>Papel del odont. en la salud bucal</b>	<b>12</b>	
- responsable de la salud bucal de las personas (línea 15)	<b>13</b>	TE: él es el responsable de la salud bucal de sus pacientes, tiene que ser capaz de eliminar las enfermedades bucales de todos los que acudan a su consulta y si por algún motivo no puede resolver el caso, debe referir al paciente a un especialista, pero primero debe tratar de atenderlo él
- eliminar enfermedades bucales (línea 15 y 16)	<b>14</b>	
- referir a pacientes (línea 17)	<b>15</b>	I: y cuál es el papel de la comunidad con relación a su salud bucal? Como pueden participar en los programas de salud bucal?
<b>Papel individual y de la comunidad en la salud bucal (participación pasiva)</b>	<b>16</b>	
- responsabilizarse de su salud (línea 20)	<b>17</b>	TE: bueno la comunidad y los pacientes deben también ser responsables de su salud, uno puede enseñarlos, dirigirlos, instruirlos, regalarle cepillos de dientes, explicarles, en fin, uno puede hacer mucho pero ellos deben querer aprender, querer mejorar, ir a los consultorios, a las jornadas de salud; mire doctora mi mamá es odontóloga de aquí de la Carabobo, y ella me dice que a ellos cuando estudiaban los llevaban a operativos de cirugía y la gente acudía pero en cantidades, ella me dice que sacaba de 10 a 15 muelas ese día, imagínese, que llegaba con el brazo “tumbado” de tanta muela que sacaba, vaya usted horita a un operativo, la gente ni va casi, van unos poquitos y eso si ponen un mercal o algo que les llame la atención, pero sino no van; la gente ya no quiere participar
- acudir al consultorio odontológico (línea 22)	<b>18</b>	
- acudir a las jornadas de salud (línea 22 y 23)	<b>19</b>	I: imagínate!! y si hablamos sobre los temas y contenidos que deben incluirse en los programas de educación para la salud bucal, cuáles crees serían los principales temas, como se deben escogerse, quien los escoge,?
- la mayoría de las personas no participan (línea 27 y 28)	<b>20</b>	
<b>Contenidos/temas de los programas educ/prev</b>	<b>21</b>	
- temas puntuales (línea 32)	<b>22</b>	
	<b>23</b>	
	<b>24</b>	
	<b>25</b>	
	<b>26</b>	
	<b>27</b>	
	<b>28</b>	
	<b>29</b>	
	<b>30</b>	
	<b>31</b>	

<p>- de interés para las personas (línea 32)</p> <p>- morbicentrista (línea 33, 35)</p> <p>- designados por el odontólogo experto en el área (línea 35, 36)</p> <p><b>Lugar ideal para aplicar programas de edu/prev</b></p> <p>- cualquier sitio (línea 38)</p> <p>- escuela(línea 38)</p> <p>- ambulatorio (línea 38)</p> <p>- comunidad (línea 39)</p> <p>- consultorio (línea 39)</p> <p><b>Programas de edu/prev dentro de la F.O.</b></p> <p>- en jornadas de salud (línea 42)</p> <p>- área de odontopediatría (línea 43)</p> <p><b>Ejercicio de la odontología</b></p> <p>- clínica es la base de la odontología (línea 11 y 12)</p> <p>- sanear paciente (línea 46)</p> <p>- aplicar tratamientos preventivos (línea 47)</p> <p>- aplicar tratamientos curativos (línea 47)</p> <p>- aplicar tratamientos rehabilitadores (línea 47)</p> <p>-devolver funcionalidad a la boca (línea 48)</p>	<p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p> <p>42</p> <p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>51</p>	<p>TE: los temas tienen que ser puntuales profe, y deben ser temas que a ellos les interese, como la caries, su prevención y las técnicas de cepillad, esos serían los temas principales, también charlas enfermedades de las encías y de transmisión sexual, porque la boca es la puerta de entrada de muchas enfermedades de ese tipo; y bueno, uno, o el odontólogo, como experto en el área tiene la responsabilidad de escoger esos temas por su relevancia en la salud bucal</p> <p>I: bien; ahora dime, donde crees tú sería el sitio ideal para desarrollar un programa de salud bucal?</p> <p>TE: yo pienso que no hay un sitio ideal, puede dictarse una charla en una escuela, un ambulatorio, una comunidad, un consultorio, en donde sea; aunque si la actividad es la técnica de cepillado lo ideal es hacerlo en algún sitio donde haya agua para poder aplicarla</p> <p>I: sabes si aquí dentro de la Facultad se aplican programas de educación para la salud?</p> <p>TE: bueno cuando hay alguna jornada de salud bucal en la Facultad se dictan charlas a la comunidad que viene para acá, sobre todo a niños y en “odontope” (odontopediatría) se hacen diariamente actividades educativas, charlas pues a los pacientes de la sala de espera.</p> <p>I: está bien, y para terminar, cómo defines tú el ejercicio de la odontología?</p> <p>TE: bueno, la odontología, su ejercicio es la aplicación de estrategias para sanear a la comunidad, puede ser tratamientos preventivos, curativos y de rehabilitación, para devolver el funcionamiento a la cavidad bucal y a sus componentes</p> <p>I: bueno EO, que placer haber tenido esta conversa contigo, gracias y nos veremos el próximo miércoles en la escuela</p> <p>TE: está bien profe, gracias a usted también, hasta la semana que viene</p>
---	---	--

**CATEGORIZACIÓN ENCUENTRO CON REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD**  
**Material Protocolar**

**EC:** encuentro con la comunidad

**Objetivo:** observación/ conversación/entrevista

**RM:** representante junta de vecinos (36 años, ama de casa, bachillerato completo, casada, dos hijos)

**RH:** vecino Quebrada Onda. (42 años, comerciante, estudios bachillerato incompleto, casado, un hijo)

**RY:** representante Yagua Activa (34 años, empleado en almacén en Makro, estudios universitarios incompletos, casado una hija)

**I:** investigadora

**Nota:** para resaltar palabras o frases textuales se colocaron entre comillas; aclaratorias del observador entre paréntesis; apreciaciones del observador entre corchetes

**Fecha:** 28 -01-2014 **Lugar:** casa de **RM.** Yagua

**Hora:** 10:30:00 pm

**Duración: Total de líneas:**

CATEGORIZACIÓN	LÍNEA	TEXTO
<b>Percepción de la salud</b>	<b>1</b>	Los representantes de la comunidad llegan puntuales a la cita, en casa de PM donde ella y yo los
- libre de enfermedades (línea 8, 9, 12, )	<b>2</b>	esperábamos. Nos saludamos todos con cordialidad y luego de una rápida plática sobre el tráfico y
-libre de dolores (línea 9, 13)	<b>3</b>	los “huecos” de la vía principal de la entrada a Yagua, nos ponemos de acuerdo en la reglas de la
-vivir plenamente (línea 9)	<b>4</b>	conversación y decidimos que la regla es: “no hay reglas”, cada quién planteará sus opiniones,
-“tesoro más grande” (línea 10)	<b>5</b>	respetando las del otro(a), plasmando sus ideas y escuchando las del otro(a), y de una vez
EC106.5 “vida normal” (línea 10)	<b>6</b>	entramos en nuestro tema principal: la salud y la salud bucal. I inicia con una pregunta:
- posibilidad de trabajar, recrearse, hacer deporte (línea 13 y 14)	<b>7</b>	I: ustedes que piensan sobre lo que significa salud?
- su ausencia genera imposibilidad de trabajar (línea 16)	<b>8</b>	RH: bueno yo creo que la salud es en general estar “libre de enfermedades”, que no padezcamos
	<b>9</b>	ningún tipo de enfermedades, dolores, que vivamos plenamente..
	<b>10</b>	RM: yo pienso igual, la salud es el “tesoro más grande” de un ser humano, sin salud ni los reales,
	<b>11</b>	ni los carros, ni nada vale, lo más importante es estar sano
	<b>12</b>	RY: para mi salud significa no padecer ninguna patología de ningún tipo, estar sano es poder hacer
	<b>13</b>	la vida normal, sin padecer dolor, es poder trabajar, hacer cualquier actividad física, deporte,
	<b>14</b>	recreación, si estamos enfermos no podemos..
	<b>15</b>	RM: claro y si uno está enfermo, por ejemplo una que es ama de casa, si una se enferma el resto de
	<b>16</b>	la flia lo padece también; no hay quien se encargue de las tareas de la casa, de los muchachos...
	<b>17</b>	I: si señor!!! Y la salud bucal? Que significa salud bucal y que significa tenerla o no tenerla?
	<b>18</b>	RM: bueno la salud bucal es parte de la salud del cuerpo, tener salud bucal es por ejemplo no tener
	<b>19</b>	caries, ni dolores dentales que son tan horribles, y también si uno tiene un dolor de muela, cómo
	<b>20</b>	trabaja? “chacho” a mí me agarró un dolor de muela, mire eso no me dejaba hacer nada; al
	<b>21</b>	principio era un “dolorcito” que se aguantaba, pero eso me fue creciendo hasta que tuve que ir al
	<b>22</b>	doctor y me la sacó; por eso digo que la salud bucal muyyyy importante.
	<b>23</b>	RH: si, bueno salud bucal es lo mismo que la salud de todo el cuerpo, es no tener molestias en los
	<b>24</b>	dientes, ni en las encías, no tener salud bucal significa limitarse, así como usted dice que un dolor
	<b>25</b>	de muela no la deja hacer las cosas de la casa, así mismo uno no puede trabajar con un dolor de
	<b>26</b>	muela
	<b>27</b>	RY: yo creo que la salud es tener todos los dientes, no tener caries, ni molestias en las encías, ni
<b>Prácticas de salud bucal</b>	<b>28</b>	dolores dentales eso es salud bucal

-cepillarse los dientes (línea 30, 32, 33, )	29	I: y que cosas hacen ustedes en sus casas, con sus familias, para mantener su boca sana?
- evitar hábitos dañinos para los dientes (líneas 33, 36, 37)	30	RY: bueno yo creo que lo que uno hace es tener una buena higiene bucal, cepillarse los dientes, que otra cosa podría uno a hacer?
<b>Organización y participación en actividades comunitarias</b>	31	RM: si, yo también creo eso, lo principal que uno hace es cepillarse los dientes, cuidárselos...
-escasas (línea 42)	32	RH: correcto, cepillarse los dientes, también uno debe tratar de no destapar cosas, botellas por ejemplo con los dientes..
-consisten en mercados populares y merca (línea 44)	33	I: eso sería evitar malos hábitos de higiene bucal...
EC109.3 jornadas de cedula, partidas de nacimiento,	34	RH: correcto dra, no tener malos hábitos, fumar tampoco es bueno..
-jornadas de saneamiento ambiental (línea 47)	35	RY: el chimó es dañino...
-no se realizan jornadas de salud bucal (línea 52)	36	I: alguno de ustedes tiene el hábito de masticar chimó?
-falta de recursos para actividades comunitarias de salud bucal (líneas 58 y 59)	37	Todos dicen: nooo!!!
<b>ED110 fuentes de información</b>	38	I: en la comunidad se organizan actividades con la participación de las propias comunidades, y otros entes u organizaciones que trabajen en pro de la comunidad?
- nunca lo han enseñado a cepillarse los dientes (línea 62, 64, 65, 68)	39	RM: bueno muy pocas, a veces por aquí se hacen que si operativos y mercados populares
-la única información sobre higiene es proviene de su madre y consistió en “cepillarse tres veces al día” (línea 63, 68)	40	RH: bueno dra, aquí se mueve uno para que la alcaldía y la gobernación nos haga más que todo mercados populares, un merca pues, y a veces traen por ejemplo jornadas de cedula, de sacar partidas de nacimiento y cartas de residencias y eso, eso es lo que más que todo se hace de participación
- información dada en facultad de odontología (línea 66 y 67)	41	RY: y también se hacen jornadas de saneamiento ambiental, limpieza de alcantarillas, calles, canales, cuando llegan las lluvias para evitar desbordamientos o inundaciones..
<b>EC111 Manejo de situaciones S-E bucal</b>	42	I: y de salud?
- acuden al odontólogo ante dolencias bucales(línea 72, 73, 74)	43	RY: también..
	44	RM: cuáles?? Yo nunca he oído que hagan jornadas de salud..
	45	RY: bueno, últimamente no se han hecho, pero antes hacían sobre todo de vacunas y despistajes de hipertensión..
	46	RM: ahh bueno pero hace muuucho que no hacen..
	47	RH: si, más nunca hicieron..
	48	I: de odontología no hacen? Jornadas de educación para la salud bucal..
	49	RM: nada, dra, de la boca nada
	50	RY: es que si no hay para atender a la gente en los ambulatorios y CDI menos van a hacer nada de jornadas de ese tipo..
	51	I: aja, y la información que ustedes tienen sobre cómo mantener la salud bucal donde la han adquirido?
	52	RH: bueno a mí nunca me han dicho como cepillarme los dientes!!(jeje) yo lo que hago es porque uno desde pequeño a uno lo enseñaron que tenía que cepillarse los dientes tres veces al día, la mamá de uno, pero que alguien me haya enseñado no..
	53	
	54	
	55	
	56	
	57	
	58	
	59	
	60	
	61	
	62	
	63	
	64	

<p>- poca importancia al inicio de la enfermedad (línea 21)</p> <p><b>Experiencia odontológica</b></p> <p>-servicio privado= costoso (línea 76)</p> <p>-servicio público= tratamientos básicos (línea 77)</p> <p>- servicio público= suspensión de consultas (línea 77 y 78)</p> <p>-servicio público= exodoncias (línea 79)</p> <p>-servicio público = déficit de insumos (línea 80)</p> <p><b>Organización de actividades conjuntas comunidad-escuela</b></p> <p>- no se realizan actividades (líneas 83, 84 y 87)</p> <p>- la escuela es excelente espacio para desarrollar programas con la comunidad (línea 85 y 86)</p>	<p>65</p> <p>66</p> <p>67</p> <p>68</p> <p>69</p> <p>70</p> <p>71</p> <p>72</p> <p>73</p> <p>74</p> <p>75</p> <p>76</p> <p>77</p> <p>78</p> <p>79</p> <p>80</p> <p>81</p> <p>82</p> <p>83</p> <p>84</p> <p>85</p> <p>86</p> <p>87</p> <p>88</p> <p>89</p> <p>90</p> <p>91</p> <p>92</p>	<p>RM: jeje, a mí tampoco me han enseñado, yo creo que me cepillo bien pero no sé si será verdad</p> <p>RY: bueno, en la universidad yo iba a un servicio para los estudiantes y ahí le explicaban a uno como cepillarse, que debía comer, que no debía comer para evitar la caries, pero bueno, ah y claro en mi casa mi mamá me decía que me cepillara pero no me enseñaron lo que se dice enseñarme a cepillarme, solo después de viejo en la UC..</p> <p>I: y ustedes o sus hijos, su flia, han ido a alguna consulta odontológica? Han sentido la necesidad acudir al odontólogo?</p> <p>RM: yo si he ido al odontólogo por un dolor horrible de muela</p> <p>RY: yo también, he ido por dolor en una muela que me repararon</p> <p>RH: si, al odontólogo, si tengo algún dolor</p> <p>I: van a uno privado a uno público?</p> <p>RM: yo a uno privado dra, aunque están tan costosos, que uno reza para que no le duela nada</p> <p>RH: yo he ido a público y a privado, usted sabe que en los públicos hacen puro cosas sencillas o a veces no hay consultas y le toca a uno ir al privado también</p> <p>RY: yo fui al CDI y como ellos siempre quieren sacar las muelas, me fui a uno privado y me la salvo, prefiero el privado, es que ahí en los públicos nunca hay nada..</p> <p>I: y en las escuelas cercanas, las organizaciones a las que ustedes pertenecen, las juntas de vecinos, han trabajado en conjunto con las escuelas? En algún proyecto o programa?</p> <p>RY: no dra, hasta ahora no hemos hecho nada juntos, al menos mi junta vecinal y las escuelas</p> <p>RH: mire de verdad que no hemos hecho ningún programa con las escuela, pero pudieran hacerse, en las escuelas hay mucho potencial, están las maestras, los representantes, los niños, sería bueno emprender algo juntos</p> <p>RM: si, no se hace nada; en la escuela de mis hijos también se pudieran hacer proyectos, lo voy a proponer</p> <p>I: bueno yo creo que esta conversación estuvo muy buena y sé que me servirá para mi trabajo, muchas gracias a los tres por su tiempo, atención y en especial a RM por brindarnos su casa..</p> <p>RM: dra para mí fue un honor que usted viniera, y ustedes también claro (jeje), aquí está su casa</p> <p>RH y RY: gracias a usted dra fue un placer, y a ti RM hasta la próxima...</p>
---	---	---