

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
BUCAL EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA INÉS- SECTOR LA
PRADERA: PARROQUIA LA VEGA
2005-2006

Autora: Betsi Jiménez Vera
Tutor: Msc. Luis E. Rodríguez

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Comisión de Estudios de Postgrado
Maestría de Práctica Social y Salud

Caracas, Febrero 2008

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación significa para mi una de las tantas metas profesionales que me he trazado en mi vida, por esta razón deseo dedicarlo con mucho amor a:

Dios y mis Ángeles Guardianes por guiarme, acompañarme y levantarme en cada uno de mis pasos.

Mi Papá y mi Mamá, por darme la vida, quienes en todo camino y jornada siempre han estado conmigo.

Ángel Luís y José Manuel, por ser el motor principal y compañeros de mis luchas y sueños... Simplemente son mi todo, los amo.

Oscar Iván, por siempre estar a mi lado apoyándome, te quiero mucho.

Janira, mi hermana, gracias por tus conocimientos y orientación en el trabajo.

Analy y Reinaldo, mis ángeles terrenales, fuente de inspiración, los quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y mis Ángeles por haberme dado las fuerzas suficientes, para perseverar y culminar ésta; una de mis tan anheladas metas profesionales.

A mis padres, mis grandes guías, en todos los momentos importantes de mi vida. Papá, mi viejo sabio, donde te encuentres; te cumplí, y como tu me decías... nací para triunfar. Mamá, mi compañera, mi llavero, gracias por siempre estar allí.

A mis dos hijos, gracias por tanta paciencia, Ángel Luis, nos tocó vivir momentos duros, pero sin embargo lo logramos. José Manuel, mi Cheito, gracias por entender que a veces no podía estar contigo. Mis dos grandes amores, los amo.

A Oscar Iván, mi compañero de vida, mi esposo, por la paciencia y amor que me has tenido, sin ti hubiese sido más difícil, te amo.

A Janira, mi hermana, quien aún estando bien comprometida con sus estudios, me dedicó parte de su tiempo.

A Analy y Reinaldo, quienes con sus palabras me enseñaron que en la vida todo es posible.

A las Hermanas Coromoto y Judith, coordinadoras del Centro de Salud Santa Inés, quienes me brindaron siempre su apoyo. Mis respetos.

A mis higienistas dentales y amigos Feliciano y Morelita, quienes me ayudaron a recolectar información.

A Irma, por ser amiga y compañera, siempre me distes fuerza cuando pensé que no podría, me brindaste tus conocimientos cuando las dudas surgían. Gracias, simplemente eres especial.

Al Profesor Luis Ernesto, por ofrecerme sus conocimientos y experiencia en esta área y por transmitirme la seguridad necesaria para lograr esta meta.

A los profesores Corina y Humberto por guiarme en el desarrollo de esta ardua tarea, por las explicaciones y las exigencias que me ayudaron a materializar mejor éste trabajo.

A la profesora Miriam, mujer de carácter, quien siempre estuvo allí, al pie del cañón, impulsándome, orientándome y apoyándome en mis momentos difíciles. Mis respetos y Admiración...

Y a todos los que no nombro en estas páginas, pero que fueron partícipes en la materialización de esta meta.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE GENERAL

	Pág
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
LISTA DE GRÁFICOS	v
LISTA DE CUADROS	vi
RESUMEN	15
INTRODUCCIÓN	12
CÁPITULO I: EL PROBLEMA	16
Planteamiento y Formulación del Problema	16
Justificación e importancia	25
Objetivos de la Investigación	27
Objetivo General	27
Objetivos Específicos	28

CÁPITULO II: MARCO TEÓRICO	29
Antecedentes de Estudio	29
Bases Teóricas:	32
• Concepciones acerca de la relación salud – enfermedad.	32
• Implicaciones psicosociales en torno a la relación salud-enfermedad.	37
• Concepción de las Representaciones Sociales.	43
• Contenidos de la representación social y su relación con la salud- enfermedad: concepciones, valores, actitudes, decisiones y acciones de los sujetos	47
• Contextos y creencias que generan las representaciones sociales en la personalidad de los sujetos	48
• Concepción de la salud-enfermedad bucal e implicaciones en la morbilidad y mortalidad	52
CAPITULO III	
Descripción Contextual del Ambiente de Investigación	55
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	61
Tipo de Investigación	61
Diseño de Investigación	62
Categorías de Análisis Consideradas en la Recolección de la Información	62
Descripción de unidades de análisis por objetivos	64
Técnica e Instrumento de Recolección de Información	65

Validez del instrumento en la recolección de datos	66
Muestra Objeto de Investigación	67
Procedimiento de la Investigación	68
Técnicas de Representación y Método de Análisis de la Información	69
Técnicas estadísticas	69
Criterios de Análisis de Datos	70
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	72
Discusión de los resultados de la investigación	130
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	132
BIBLIOGRAFÍA	138
ANEXOS	142

LISTA DE CUADROS

	Pág
CUADRO N° 1: Descripción de muestra consultada en la Investigación sobre Representaciones Sociales del Proceso salud- enfermedad bucal.	67
CUADRO N° 2: Concepciones de la salud deducidas de las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio Odontológico.	72
CUADRO N° 3: Razones de enfermedad en una persona de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	75
CUADRO N° 4: Consideraciones sobre percepción de enfermedad de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	77
CUADRO N° 5: Razones de percepción de enfermedad de acuerdo con las respuestas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	78
CUADRO N° 6: Razones de percepción de carencia de enfermedad de acuerdo con respuestas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	80
CUADRO N° 7: Consideraciones sobre percepción de enfermedad bucal de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	82
CUADRO N° 8: Motivos por lo cual los usuarios atendidos acuden al servicio odontológico por encontrarse enfermos de la boca.	83
CUADRO N° 9: Consideraciones sobre si una persona sin dientes está enferma o podría enfermarse de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	85

CUADRO N° 10: Razones de estar enferma de la boca una persona sin dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	87
CUADRO N° 11: Razones de no estar enferma de la boca una persona sin dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	88
Cuadro N° 12: Razones por las cuales podría enfermarse de la boca una persona sin dentadura acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	90
CUADRO N°13: Imagen construida sobre personas carentes de dentadura de acuerdo con respuestas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	92
CUADRO N° 14: Consideraciones sobre la percepción de la pérdida de la dentadura por parte de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	94
CUADRO N° 15: Razones de preocupación frente a la posibilidad de perder la dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	95
CUADRO N° 16: Razones de preocupación acerca de la pérdida de la dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del consultorio odontológico.	97
CUADRO N° 17: Percepción de efectos ante la posible pérdida de la dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	99
CUADRO N° 18: Actitudes manifestadas ante la percepción de pérdida de dentadura por parte de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	101

CUADRO Nº 19: Consideraciones acerca de la recuperación de la dentadura con el uso de una prótesis acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	102
CUADRO Nº 20: Consideraciones acerca de sentirse mejores personas con el uso de una prótesis de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio	103
CUADRO Nº 21: Consideraciones de desenvolvimiento normal de la vida ante un malestar bucal acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	105
CUADRO Nº 22: Consideraciones acerca del gusto de asistencia al odontólogo acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	106
CUADRO Nº 23: Causas que inducen a la asistencia al odontólogo de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del consultorio odontológico	108
CUADRO Nº 24: Consideraciones acerca de la asistencia al odontólogo solo cuando se presentan molestias bucales de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico.	109
CUADRO Nº 25: Motivos por lo cual los usuarios atendidos en el Centro de Salud Santa Inés de La Pradera acuden al servicio aun no estando enfermos de la boca.	110
CUADRO Nº 26: Razones que motivan a los usuarios del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera a venir al consultorio odontológico	112
CUADRO Nº 27: Expectativas de la atención del odontólogo de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del consultorio odontológico	115
CUADRO Nº 28: Consideraciones de cómo les gustaría que los tratara el odontólogo de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	118

CUADRO N° 29: Beneficios percibidos al disponer de una dentadura sana de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	120
CUADRO N° 30: Cuidados Practicados en Función de evitar la pérdida dentadura por parte de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	122
CUADRO N° 31: Síntomas caracterizados de malestar bucal percibido por los usuarios atendidos en el consultorio odontológico	124
CUADRO N° 32: Decisiones asumidas frente a malestares bucales, de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del servicio odontológico.	126
CUADRO N° 33: métodos aplicados en función del mantenimiento de la salud de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del servicio odontológico.	128

INTRODUCCIÓN

La realización de la maestría en práctica social y salud en la cual la autora de la presente investigación ha tenido la oportunidad de participar constituye una experiencia tanto científica como social para abordar temas y problemas vinculados al ejercicio de la odontología en aquellos sectores sociales en que la política de salud de la sociedad venezolana no ha logrado penetrar con eficiencia, compartiendo dicho espacio con otras organizaciones sin fines de lucro para asumir socialmente el derecho a la salud. Dentro de este contexto se inscribe la realización del estudio relativo a las representaciones sociales de la salud enfermedad tomando en consideración los usuarios del Centro de Salud Santa Inés – sector La Pradera – Parroquia La Vega.

En términos de la experiencia de la autora de esta investigación, quien labora desde hace tres años en el Centro de Salud Santa Inés, atendiendo a usuarios que asisten al servicio odontológico, se aspira comprender la presencia y tendencia de la relación salud – enfermedad, así como los valores y disposiciones en torno al significado de la misma. En consecuencia, se abordan aspectos relativos en función a las tendencias perceptivas que tienen los pacientes acerca de las patologías bucales que los afecta y sobre la práctica de salud dental, lo cual es de interés para favorecer el mejoramiento cualitativo de la salud que impulsa al centro a atender la población. Surge así la motivación de realizar una investigación desde el servicio odontológico en torno a la representación social del proceso de salud enfermedad bucal el cual incide en el comportamiento que como usuarios del servicio se manifiesta y condiciona su estado de bienestar.

El estudio sobre las representaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad bucal representa un aporte en el sector de la salud que ayudaría a comprender el componente psicosocial que condiciona desde el punto de vista del ejercicio social de la odontología, las acciones y valoraciones de las personas en torno a la salud y su efecto (la enfermedad), generando una comprensión acerca del tratamiento que debe dárseles. Hasta el momento los estudios de representaciones sociales se ha desarrollado en el campo disciplinario de las ciencias sociales y en pocos casos en medicina, de ahí la importancia de su abordaje en un contexto socio-cultural variado y complejo en función de asumir decisiones para incidir en las prácticas y valores sanitarios de dicha población, de modo que puedan obtener conciencia de la salud y los riesgos que conduce la enfermedad bucal.

Esta opción investigativa constituye un distanciamiento frente el abordaje predominante en los sistemas tradicionales de salud, en los cuales se ha recurrido a una concepción homogeneizante donde el conocimiento popular, las representaciones de la realidad y las práctica populares en salud que de estas se desprenden son subvaloradas; y, por ende solo se asiste al médico en caso de ser curado, no sanado, lo que a lo largo se traduce en un costo mayor dentro de la inversión social.

La estrategia o diseño de investigación que se adaptó al logro del objetivo planteado fue el transeccional- descriptivo. La técnica para recabar la información fue la entrevista. El método que se aplicó fue el interpretativo, que consistió - una vez expuesto el contenido que describe a cada categoría y sus unidades analíticas - en descifrar el sentido y significado que dieron los informantes al informado respecto de sus representaciones sociales acerca del proceso salud - enfermedad bucal.

La investigación se desglosa en seis capítulos, que a continuación se especifican: El Capítulo I, presenta El Problema, tomando en cuenta los siguientes aspectos; planteamiento del problema, objetivos de la investigación y la justificación de la investigación. El Capítulo II titulado Marco Teórico, incluye los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. El Capítulo III, presenta la descripción contextual del ambiente de Investigación. El Capítulo IV, titulado Marco Metodológico, describe el tipo, diseño de investigación, las técnicas e instrumentos de recolección de información, población y muestra, validez del instrumento, técnicas de representación y método de análisis de la información, técnicas estadísticas y criterios de análisis de datos. El capítulo V, relata la Presentación y Análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas diseñadas. Luego se describen en el Capítulo VI las Conclusiones y Recomendaciones inherentes al estudio. Finalmente las Referencias Bibliográficas y los anexos que complementan la investigación.

Se aspira que los resultados de esta investigación sean de utilidad en el campo de especialización disciplinaria y constituyan referentes a otros esfuerzos investigativos en función de ayudar a comprender y superar los problemas pertinentes al ejercicio profesional de la odontología dentro de los cambios que se experimentan en los sectores de salud y educación, los cuales redundan en la necesidad de mejorar cualitativamente el desempeño del odontólogo.

Od. Betsi Jiménez Vera

Caracas, Febrero 2008

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN PRÁCTICA SOCIAL Y SALUD

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
BUCAL EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA INÉS- SECTOR LA
PRADERA: PARROQUIA LA VEGA
2005-2006.

Autora: Betsi Jiménez V.

Tutor: Luís E. Rodríguez (Msc).

Año: 2008

RESUMEN

En esta investigación se analizaron las representaciones sociales manifestadas por los usuarios atendidos en el Centro de Salud Santa Inés La Pradera, parroquia La Vega acerca del proceso de salud-enfermedad bucal. Partiendo de un tipo de investigación de campo y un diseño transeccional-descriptivo, se abordaron como categorías de análisis las concepciones sobre salud enfermedad, valores presentes en dichas concepciones, actitudes evidenciadas en relación a la salud-enfermedad, expectativas sobre la salud, decisiones frente a problemas o malestares de salud, orientaciones preventivas sobre salud bucal y autocuidado de la salud, las cuales fueron sintetizadas en cuatro unidades de análisis por objetivos: concepciones sobre salud enfermedad bucal en doce ítems, valores, actitudes de concepciones sobre salud-enfermedad bucal con nueve ítems, expectativas-decisiones sobre la relación salud-enfermedad bucal con siete ítems y orientaciones de prevención y autocuidado de la salud-enfermedad bucal con cinco ítems Como técnica para recabar la información se utilizó la entrevista, basada en un guión de acuerdo con las categorías y unidades definidas, siendo aplicados a una muestra de treinta usuarios seleccionados a través de un muestreo no probabilístico intencional en el campo de la investigación durante dos meses. La investigación abarcó siete etapas(diseño y validación del guión de entrevista, aplicación del guión, transcripción del contenido, discriminación del contenido, categorización de la información, construcción de cuadros descriptivos y análisis e interpretación de los resultados), aplicándose como técnica de procesamiento y representación matrices de contenido de acuerdo con las categorías y el uso del método interpretativo sobre el sentido y significado de los informantes al informado para descifrar concepciones, valores y aptitudes predominantes. Estadísticamente se utilizaron técnicas descriptivas como la frecuencia relativa y absoluta y el modo, tanto para las respuestas cerradas como las abiertas en la que se identificaron más de treinta respuestas. Las conclusiones señalan que la representación social sobre la relación salud-enfermedad bucal varía en función del rol social del usuario coincidiendo con la idea de bienestar integral y una percepción más psíquica que física. El estudio propone la necesidad de tratar a los usuarios a partir de la representación social que tengan de si respecto de la salud bucal haciendo énfasis en criterios preventivos y el enlace con otras organizaciones para una labor de orientación y profilaxis en la materia considerada como de salud pública.

Descriptorios: Representaciones sociales, salud, enfermedad, orientación preventiva, autocuidado, atención odontológica, bienestar, expectativas sobre la salud, decisiones sobre salud.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El derecho a la salud está considerado como uno de los derechos fundamentales del hombre, por el cual los estados y naciones deben asumir el compromiso de atender con suficientes y adecuados servicios sanitarios y médicos a la población, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud; máxima entidad en la materia desde la cual se formulan orientaciones acerca de las políticas a desarrollar en función de garantizar un sistema de salud que atienda al ciudadano para disfrutar del derecho a la vida, como principio fundamental, como lo estableció la carta de fundación de ésta organización (O.M.S, 1948).

Sobre la base de esta declaración, a partir de la mitad del siglo XX se inició en gran parte de nuestro continente, la modernización y ampliación de los servicios de salud, tradicionalmente precarios e insuficientes en aquellas sociedades que estaban pasando de una condición rural a urbana. Sin embargo, pasada tres décadas de este hecho, la misma organización reconocía que los gobiernos habían fracasado en el desarrollo de las políticas de salud, ya que la mayoría de la población mundial se encontraba viviendo en condiciones de salud precarias que le hacían presa fácil de altos índices de morbilidad y mortalidad.

Como demostración de este reconocimiento, en mayo de 1977, la Organización Mundial de la Salud, a través de su Asamblea Mundial, en la que participaron representantes gubernamentales y sanitarios, estableció el compromiso de alcanzar para los próximos decenios un grado de salud que permitiese a todos los ciudadanos, sin discriminación alguna, llevar una vida social y económicamente productiva; meta que fue reconocida como “Salud para Todos en el Año 2000”. En función de esta aspiración, en 1978 se celebró en la Unión Soviética la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, considerada como estrategia para lograr dicha meta y asumida por la Asamblea General de las Naciones Unidas e incorporadas a una nueva Estrategia Internacional de Desarrollo. En este contexto, la Atención Primaria de Salud se concibió como:

...asistencia sanitaria al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan cubrir, la atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto de desarrollo económico y social de la comunidad (OMS, 1976, p15).

La Atención Primaria de Salud fue acogida por la Organización Panamericana de Salud, elaborándose en 1981 un plan de acción para su instrumentación dentro de las estrategias regionales en América, en lo cual quedaban incorporados los Ministerios de Salud, facultades de Medicina y Odontología, escuelas de Enfermería y Trabajadores Sociales de los países.

En el momento en que surgen estas iniciativas, el diagnóstico sobre salud a nivel mundial revelaba la tendencia siguiente:

-Cerca de 1000 millones de personas vivían en pobreza extrema, mal nutrición, enfermedad y desesperación; la mayor parte vivía en zonas rurales y urbanas marginales.

-En países desarrollados, el promedio de expectativa de vida al nacer era de 72 años; en los subdesarrollados era de 55. En los primeros, solo entre 10 a 20 de cada 1000 niños nacidos vivos fallecían; en los segundos morían de 100 a 150.

-La mayoría de los fallecimientos en países subdesarrollados se asociaban a padecimiento de enfermedades infecciosas y parasitarias,

principalmente diarreicas, transmitidas por contaminación de suelos, alimentos y agua. Solo una tercera parte de la población en estos países tenía acceso seguro a servicios adecuados de agua potable y saneamiento.

-El paludismo seguía siendo la enfermedad prevaleciente, 1000 millones de personas vivían en zonas donde esta no se había erradicado.

-La desnutrición afectaba a centenares de millones de personas en países subdesarrollados, en los que una cuarta parte de la población tenía una ingesta dietética por debajo del nivel mínimo (OMS, 1981, pp 20-21).

Las metas mínimas a alcanzar a través de la Atención Primaria de Salud en función de la salud para todos en el año 2000 fueron: la elevación de la esperanza de vida al nacer, reducir la mortalidad infantil, incrementar las inmunizaciones, incrementar masivamente los servicios de agua potable y disposición de excretas, así como la cobertura de los servicios de salud. No obstante cada país organizaría la estrategia en función de sus intereses, necesidades de la comunidad y realidad socio económica, para definir el modo de prestación de los servicios, contemplándose dos tipos de componentes: programáticos y estratégicos. En términos programáticos, se reconocieron las prioridades siguientes:

Atención de la salud materno infantil; 2. Inmunizaciones; 3. Control de enfermedades diarreicas; 4. control de enfermedades respiratorias agudas; 5. erradicación de la malaria; 6. Control de enfermedades parasitarias; 7. Erradicación del vector de la fiebre amarilla; 8. Mejoramiento de alimentación y nutrición; 9. Saneamiento ambiental; 10. Salud mental; 11. Salud dental; 12. Salud pública veterinaria; 13. Control de enfermedades de transmisión sexual; 14. Prevención, control y rehabilitación de enfermedades crónicas; 15. Prevención de accidentes y 16. Control de enfermedades ocupacionales (OMS, 1981, pp 23-24).

En términos estratégicos se propusieron ocho componentes para activar las políticas de salud: 1) extensión de la cobertura de servicios de salud y mejoramiento ambiental; 2) Organización y participación de la comunidad para su bienestar; 3) Desarrollo de la articulación intersectorial; 4) Desarrollo de la investigación y tecnología apropiada; 5) Disponibilidad y producción de insumos y

equipos críticos; 6) Formación y utilización de recursos humanos; 7) Financiamiento del sector y 8) Cooperación internacional.

Dentro de esta perspectiva se inició el proceso de modernización y democratización de los programas de salud en Latinoamérica en la década de los ochenta; considerada por la UNESCO como la década perdida, en cuanto nuestros países no pudieron realizar las inversiones necesarias en el sector, debido a las consecuencias de la deuda externa y a la introducción de políticas de corte neoliberal, que desde entonces se constituyeron en un freno para los estados garantizar la inversión social, los derechos humanos, como el de la salud a la población (Geiringer, 1983). En consecuencia, el cuadro endémico no fue modificado sustancialmente, incrementándose las enfermedades provenientes de la contaminación y degradación del ambiente por insalubridad que se han convertido en factores intrínsecos y limitantes para las acciones de salud debido a las insuficiencias políticas y la acción profiláctica de salud (Canales, Alvarado y Pineda, 1989).

Dentro de este contexto, en Venezuela se realizaron intentos de concretar la Atención Primaria de Salud, incorporándola en los Planes de Desarrollo Nacional, específicamente a partir del VI Plan de la Nación y el VII Plan (entre 1980 y 1989), así como en la Ley Orgánica de Salud (1983), donde se planteó la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a través de servicios ambulatorios de salud para descongestionar los centros de carácter hospitalario que demostraban un agotamiento funcional para responder a las demandas de atención sanitaria a la población. No obstante a las intenciones políticas planteadas en la ley, los resultados no lograron satisfacer las expectativas y necesidades. Diez años después de la aplicación de la ley, los programas de salud no estaban alcanzando a las poblaciones tradicionalmente desasistidas y afectaron sustantivamente la

infraestructura de salud, por lo cual era necesario replantearse el problema de cobertura y eficacia de los programas que atiendan enfermedades prioritarias e incorporación de sectores e instituciones dentro de las estrategias de salud (Adrianza, 1996).

Las declaraciones de este ex –ministro de Sanidad y Asistencia Social (Adrianza,1996),coinciden con algunas experiencias desarrolladas por el sector privado en comunidades de zonas urbanas y rurales carentes de recursos económicos y desasistidas por el sector oficial, así como organizaciones internacionales que cooperaban con el desarrollo de programas de salud, en tales comunidades. Como ejemplo de este tipo de iniciativa cabe destacar la participación del Centro de Salud Santa Inés, ubicado en la Comunidad de La Pradera, Parroquia La Vega – Caracas. Dicho centro es una institución dispensadora de salud, sin fines de lucro, nacida de la iniciativa de la comunidad, el Sacerdote católico Luís Ugalde y las religiosas de la Congregación Hermanas Misioneras de Acción Parroquial, quienes solicitaron la cooperación y apoyo de fundaciones privadas e internacionales (Polar, Sivensa, Inés de Planas, Manos Unidas de España y Asesoría de la Universidad Católica “Andrés Bello”) para construir en forma participativa dicho centro entre 1983 y 1995, cuando entró en funcionamiento en el primer semestre del año.

En su primera etapa el Centro de Salud Santa Inés, en La Pradera, disponía de siete consultorios de medicina ambulatoria, prestando sus servicios de medicina preventiva y curativa, odontología curativa y preventiva y sala de emergencia para primeras curas y farmacia popular. Posteriormente, los servicios se han ampliado de acuerdo a las necesidades de la comunidad, incorporándose los servicios de econografía, control ginecológico y prenatal, laboratorio clínico, servicio de psicología y otras áreas que se incorporarán progresivamente. Este centro funciona con pleno apoyo de la comunidad y bajo el criterio de promoción del centro de Salud, capacitándose a las señoras de la comunidad -25 que lo

desearon- como enfermeras auxiliares para que puedan desempeñarse en el mismo. Como se puede observar, la orientación del centro y sus servicios tiende a ser compatibles con las sugerencias y los componentes programáticos de la estrategia global de salud trazada desde la Organización Mundial de la Salud y se plega a las leyes constitucionales vigentes en nuestro país, específicamente en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), las cuales rezan:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligatorio del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen el derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley....

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El Sistema Público Nacional de Salud, dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento y rehabilitación de calidad....

Artículo 85: El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

En atención a estas orientaciones legales, las cuales tienden a profundizarse en los lineamientos generales del Plan de Desarrollo Nacional (2001-2007)

donde se plantea la necesidad de un sistema de salud de calidad que actúe en función de superar las inequidades en el sector – para lo cual se ha puesto en práctica la Misión Barrio Adentro, la formación de médicos con una visión social, la formación de personal de enfermería y la incorporación plena de la comunidad como protagonista en el proceso de salud – enfermedad, se puede apreciar que el Centro de Salud Santa Inés actúa en el sistema de salud respondiendo a tales disposiciones de regulación, protección, promoción y defensa de salud, participación, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. En este sentido, la institución está adscrita funcionalmente al Distrito Sanitario No 3, del cual reciben vacunas y ciertos insumos para campañas profilácticas, así mismo, recogen informes sobre índices y motivos de consulta en diferentes áreas de atención a efectos de elaborar diagnósticos sanitarios, También entra en el circuito de remisión y contra remisión de pacientes especialmente a los hospitales de Coche y Pérez Carreño.

Uno de los programas de atención médico-sanitaria en los cuales se registra mayor demanda de atención es el de Odontología, debido al alto índice de Caries no solo en el Centro de Salud Santa Inés, sino en toda la parroquia La Vega. Según el informe del *SIEN* (sistema de información estadística nacional) emanado por el Distrito Sanitario No 3, correspondiente al año 2004, se destaca que la caries aparece en tercer lugar entre los índices de morbilidad en la parroquia, constituyéndose en una enfermedad en la cual los afectados parecieran no tener conciencia, lo cual genera una respuesta poco favorable en función de sí mismos, ya que acuden al odontólogo solo cuando sienten dolor o requieren una intervención como la extracción o mutilación dental (ver anexo nº 2 y 3). En la mayoría de los casos reporta el referido informe, los pacientes que solicita alivio a sus molestias no regresan al servicio odontológico, en cuanto consideran que están sanos, ignorando así la enfermedad. Esta conducta es compatible con el

cumplimiento del deber de la persona de participar activamente en la defensa de su salud y en la promoción de la misma, cumpliendo con medidas sanitarias y saneamiento, incluidas en el concepto científico de auto-cuidado de la salud (Orem, 1980), que enfatiza en las actividades que realiza una persona por si misma en función de contribuir a su salud; lo que constituye una demostración psicosocial de un modelo de representación social de la salud y la enfermedad ambiguo e incompatible con la ampliación de los servicios de salud odontológica que no logran reducir la morbilidad.

En términos de la experiencia de la autora de esta investigación, quien labora desde hace tres años en el Centro de Salud Santa Inés, atendiendo a pacientes que asisten al servicio odontológico, se ha detectado que la mayor parte de estas acuden buscando atención curativa antes que preventiva (ver anexo nº 4). No obstante, en todos ellos se observan valores y disposiciones incompatibles con la salud dental y la concepción de lo que significa la enfermedad dental, pareciera que se considera el poseer salud bucal es no tener dolor o, en caso extremo, tener una dentadura perfecta, que creen podrán alcanzar con una prótesis. En función de estas creencias es típico observar a mujeres jóvenes de corta edad, que presentan ausencia notable de dientes, ansiosas por alcanzar una dentadura perfecta, ignorando que están enfermas y que esta enfermedad se manifiesta estética y orgánicamente en cuanto conduce biológicamente a otras patologías. En otros casos la mayoría de los usuarios atendidos no regresan para continuar su tratamiento tanto curativo como preventivo, una vez superada la molestia; y de los que vuelven lo hacen tardíamente, descuidando las orientaciones del odontólogo y obviando su responsabilidad con el auto-cuidado que deben asumir frente a sus problemas particulares de salud bucal.

En función de estas tendencias perceptivas que tienen los pacientes acerca de las patologías bucales que los afecta y sobre la práctica de salud dental, lo cual no favorece el mejoramiento cualitativo de la salud que impulsa al centro a un costo

muy bajo a la población, surge la motivación de realizar una investigación desde el servicio odontológico en torno a la representación social del proceso de salud enfermedad bucal que incide en el comportamiento que como usuarios del servicio se manifiesta y condiciona su estado de bienestar, ya que el enfoque que da cada paciente sobre su situación constituye una forma de resolver sus problemas bucales, al margen de los criterios médicos sanitarios y estéticos que se relacionan con la aspiración de logro de una salud integral a la que se tiene derecho y ante la cual no se asume la responsabilidad.

Considerando que la situación descrita y contextualizada lleva implícitamente un conjunto de valores y actitudes acerca de la persona y su salud, constituyéndose en una realidad psicosocialmente e históricamente determinada y limitante de una práctica que no permite asegurar avances significativos en la misión del Centro de lograr promoción de la salud con alta calidad y estimular el compromiso en equipo con toda la comunidad, el propósito asumido en esta investigación, vinculada a la práctica social y la salud, consiste en abordar como problema la forma como las personas atendidas en el Centro de Salud Santa Inés conciben la relación entre salud y enfermedad bucal y la influencia que ello tiene en sus decisiones y aspiraciones. Esta opción investigativa constituye un distanciamiento frente el abordaje predominante en los sistemas tradicionales de salud, en los cuales se recurrido a una concepción homogeneizante donde el conocimiento popular, las representaciones de la realidad y las práctica populares en salud que de estas se desprenden son subvaloradas; y, por ende solo se asiste al médico en caso de ser curado, no sanado, lo que a lo largo se traduce en un costo mayor dentro de la inversión social.

En correspondencia del reconocimiento de que la salud tiene un componente físico-biológico y un componente psíquico-social (donde se ubican las representaciones y condicionantes de la misma) y que los programas de salud para superar las inequidades deben ser desarrollado bajo una gerencia

participativa y responsable de usuarios y unidades médico-sanitarias, es preciso que la investigación sobre salud en prácticas sociales genere conocimientos que permitan comprender la relación salud-enfermedad y favorecen la toma de decisiones sobre tratamientos y orientación de la persona en su condición de participante en el sistema de salud. Atendiendo a estas consideraciones, el problema objeto de investigación se formula en términos generales en el enunciado siguiente: ¿Cómo se manifiestan las representaciones sociales de los usuarios atendidos en el Centro de Salud Santa Inés acerca de la relación salud-enfermedad bucal?

La interrogante señalada constituye un referente sobre las posibilidades de un estudio empírico en el campo de una práctica social de la salud, cuya concreción implica otras formulaciones, entre las cuales se encuentran:

- ¿Qué concepciones tienen dichos pacientes acerca de la salud y la enfermedad bucal?, ¿Qué valores y actitudes definen las concepciones que tienen dichos pacientes acerca de la salud y la enfermedad bucal?
- ¿Qué expectativas y decisiones se derivan de los valores y actitudes de los usuarios, acerca de la relación salud enfermedad bucal?
- ¿Cuáles son las orientaciones de prevención y autocuidado asumidas por los usuarios en función de la relación salud enfermedad bucal?

De acuerdo con los límites de expresión del problema, su desarrollo se contextualiza en un sector socio cultural diverso, en que subyacen conjuntos de valores y manifestaciones de formas de ver y concebir la vida y el mundo, en el cual se espera profundizar la acción de salud dentro de un marco de promoción de nuevas condiciones y valores que propendan hacia el alcance de la salud integral.

Justificación de la Investigación

Entre las razones que denotan la importancia y justifican la realización de la investigación propuesta se destacan:

En primer término, como participante de la Maestría en Práctica Social y Salud, el estudio resulta de pertinencia académica en cuanto el problema relacionado se corresponde con el ámbito de los problemas que configuran el enfoque de este programa universitario. Especialmente la representación social existente entre el proceso de salud-enfermedad atañe a una preocupación de la autora, quien, en su condición de odontólogo del Centro de Salud Santa Inés, en La Vega, ha percibido referencias de situaciones que evidencian el problema, así como su incidencia en las prácticas y decisiones de salud en usuarios de dicho servicio; lo cual es incompatible tanto para las acciones que se realizan en el país, por parte del Estado para garantizar la salud, como para la institución que participa en ese propósito para hacer efectivo el disfrute de un servicio médico-sanitario de calidad y con una cobertura eficaz en el área odontológica.

En segundo término, el estudio sobre las representaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad bucal representa un aporte en esta área disciplinaria, que ayudaría a comprender el componente psicosocial que condiciona las acciones y valoraciones de las personas en torno a la salud y su efecto (la enfermedad), generando una comprensión acerca del tratamiento que debe dárseles. Hasta el momento los estudios de representaciones sociales se ha desarrollado en el campo disciplinario de las ciencias sociales y en pocos casos en medicina, de ahí la importancia de su abordaje en un contexto socio-cultural

variado y complejo en función de asumir decisiones para incidir en las prácticas y valores sanitarios de dicha población, de modo que puedan obtener conciencia de la salud y los riesgos que conduce la enfermedad bucal.

En tercer término, los resultados del estudio podrían ser utilizados en el diseño de programas y estrategias educativas para capacitar a los habitantes del sector en materia de salud bucal, con lo cual se cumplirá el propósito de promover y defender la salud como derecho y deber. En este sentido, los aportes serían de alcance significativo en cuanto podría desarrollarse desde el Centro de Salud Santa Inés una experiencia interdisciplinaria que incorporaría al resto del personal médico, de enfermería y de promoción comunal en un proceso permanente de educación, al cual se vincularían escuelas y organizaciones comunales presentes en el sector.

En cuarto término, el estudio se podría convertir en una referencia para otros interesados en el área, tales como estudiantes, odontólogos, sanitaristas o médicos interesados en conocer el significado y procedimiento de explorar e interpretar las representaciones sociales acerca de la salud. Específicamente se espera contribuir con una teorización y una metodología, que si bien proviene de las ciencias sociales y no es exclusiva de ellas, puedan ser explotadas con fines científicos en otras áreas disciplinarias.

Objetivos de la Investigación

General:

Analizar las representaciones sociales manifestadas por los usuarios atendidos en el Centro de Salud Santa Inés – La Pradera, La Vega acerca de la relación Salud- Enfermedad bucal.

Específicos:

-Identificar las concepciones de dichos usuarios acerca de la salud y la enfermedad bucal.

-Determinar los valores y actitudes que definen las concepciones que tienen los usuarios acerca de la salud- enfermedad bucal.

-Deducir las expectativas y decisiones de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés, sobre la relación salud enfermedad bucal.

-Determinar en dichos usuarios las orientaciones de prevención y auto cuidado en la relación salud enfermedad bucal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

La revisión de los antecedentes sobre el problema objeto de esta investigación permitió identificar las referencias siguientes:

Adrián y Perdomo (1996), en un estudio realizado en la Escuela de Sociología de la Universidad Central de Venezuela, cuyo título fue “Relación entre las significaciones Atribuidas al Zapato Deportivo de Marca y Riesgos de Pérdida de Vida en Adolescentes de 15 a 20 años en Sectores Populares del Oeste Caraqueño” y desarrollado dentro del concepto de auto representación social, se plantearon como objetivo determinar la relación existente entre significaciones de un objeto de consumo y el riesgo de pérdida de vida en función del atractivo psico social del zapato como indumentaria.

Partiendo de un diseño de investigación de campo y una muestra no probabilística- accidental de 30 jóvenes entre 15 a 20 años, utilizando la técnica de la entrevista en profundidad – a través de un guión semiestructurado- se exploraron las valoraciones significativas de uso de la indumentaria, las creencias sobre el uso, las ideas significativas, exposición a factores violentos, situaciones de peligrosidad y reacciones ante riesgos y amenazas. El estudio determinó que, inconscientemente, los jóvenes tenían una auto-representación social de seguridad sobre sí mismos y que, aun reconociendo que podían padecer

de alguna agresión, hurto o pérdida de la vida, no manifestaban preocupación sobre la situación de riesgo implicada en torno al uso de la indumentaria.

Los resultados del estudio permiten deducir que los jóvenes a pesar de conocer el riesgo, no se generaba en ellos una decisión favorable al abandono al uso, lo cual implica una disociación cognitiva dentro de la representación en términos de correr riesgo innecesariamente y sabiendo que existe posibilidad de ser afectados negativamente.

Reyes y Jácome (1999), en un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, titulado "Representaciones Sociales en relación con las causas de la enfermedad oral, de los sectores de influencia de las casas vecinales del sector A de Ciudad Bolívar y "San Luis - San Isidro", cuyo objetivo consistió en determinar como percibían los habitantes de dicho sector el efecto de tales representaciones en la búsqueda de soluciones a problemas bucales.

La investigación tuvo un carácter etnográfico, basándose en la observación de las prácticas de salud en la población y entrevista a los pobladores. El análisis de los resultados obtenidos, en operación a la construcción simbólica de la especialización científica, en la cual los profesionales del área de la salud centran su quehacer en el entorno clínico- con una visión cartesiana del cuerpo y por ende, de la enfermedad- sin tener en cuenta la construcción social que los diferentes grupos hacen de su realidad, permitió concluir que hablar de la salud y la enfermedad desde la cultura popular constituye un mundo simbólico objeto de interpretación.

El estudio en la mentalidad de los pobladores permitió ver como la cultura, la tradición, la fe religiosa, la estética, los elementos emotivos y los no racionales determinan las actitudes y comportamientos frente a la cotidianidad y, explícitamente, el abordaje del proceso salud – enfermedad en sus diferentes dimensiones.

Romero (2003) en una investigación titulada “Hábitos que influyen en el proceso salud-enfermedad bucal Estudio etnográfico en grupo de madres de la comunidad de San Isidro - Estado Mérida, en el cual se planteó como objetivo analizar los comportamientos socio-culturales que definen la significación de la salud bucal en el seno familiar, concluyó que la principal preocupación de asistencia al odontólogo es el dolor y el malestar bucal, denotando la carencia de hábitos preventivos en esta materia.

El estudio realizado fue de carácter descriptivo y sustentado en la modalidad encuestal en una muestra no probabilística- intencional, cuyos criterios se definieron de acuerdo a las características de la población, excluyendo los casos atípicos y considerando las madres con edades comprendidas entre los 30 y 60 años, con una condición educativa de analfabetismo hasta la primaria completa, desempleadas y obreras, con una permanencia en la comunidad mayor a los diez años.

La recolección y análisis de los datos descriptivos de los contextos, las actividades y las creencias de las madres participantes en el estudio permitió identificar que el dolor dental es la situación odontológica mayormente problematizada y con alto significado para la familia. La madre y el práctico dental de la comunidad son los principales actores involucrados en la búsqueda de soluciones a dicho problema. Además de ello se logró identificar la solidaridad como el principal valor de relación en el entramado social de la comunidad con incidencia significativa en la situación de salud bucal y general de sus habitantes.

De estas investigaciones se derivan conclusiones significativas entre las cuales se destacan: en primer lugar, el reconocimiento de las representaciones sociales como un condicionante en la percepción de la salud y los riesgos ante la enfermedad, en segundo lugar, las representaciones sociales ante riesgos de enfermedades pueden conducir a conductas que resultan incompatibles con la preservación de la salud, en cuanto no se dispone de una valoración crítica sobre la misma, sino cuando ocurre algún síntoma o malestar al respecto, lo que indica carencia de prevención; en tercer lugar, tiende a predominar una práctica de salud en concordancia con la condición socio-cultural de la población, que evidencia un nivel de conciencia valorativo sobre la relación salud-enfermedad.

Dentro de este contexto, el estudio propuesto por la autora referido a las representaciones sociales de la salud-enfermedad bucal, coincide con dichas interpretaciones en cuanto se enfatizó que la recurrencia al servicio odontológico está motivada por razones curativas, lo que podría generar una conciencia emergente e inmediata para solucionar un problema, y no un hábito con el cual asumir la responsabilidad del sujeto como generador de sus propias condiciones de salud.

Bases Teóricas

Concepciones acerca de la relación salud – enfermedad: La relación entre salud y enfermedad constituye la continuidad y a veces, la irreversibilidad entre un estado óptimo de bienestar y vitalidad y un estado de deterioro psíquico y mental que puede poner en peligro la vida de un sujeto. La salud es un concepto de un valor orgánico y social que hace favorable el desempeño humano; tener salud implica disponer de la energía física y mental indispensable para la acción y la

dedicación a diferentes tareas. El bienestar físico y mental genera condiciones de vida caracterizada por una funcionalidad acorde a las exigencias que se plantea y se le plantean al sujeto.

La enfermedad es la negación o antítesis de la salud, y un estado consecuente con esta, ya que por naturaleza orgánica el cuerpo y la mente están sujetos a contingencias y agotamientos que pueden ser subsanados por el descanso, tratamiento médico y recurrencia a hábitos profilácticos que garanticen la recuperación. No obstante, al ser el cuerpo y la mente limitados con los años y el proceso evolutivo y regenerativo de la vida, la enfermedad resulta imprevisible. Es natural la enfermedad, y esta suele conducir en estado crítico a la muerte.

Dada su complejidad, el proceso de salud enfermedad presenta dificultades para su comprensión y análisis. Se han desarrollado varios modelos que intentan desde diferentes perspectivas dar cuenta del fenómeno de pérdida, deterioro o mantenimiento de la salud, pero hasta el momento no se ha hecho una confrontación de estos y mucho menos un análisis cruzado tanto de sus resultados como de las variables que cada uno considera como determinantes así como de la metodología que cada autor o representante siguió para llegar al modelo planteado. Para mencionar algunas premisas que condicionan el conocimiento de la relación salud enfermedad, es preciso considerar la abstracción de los aspectos psíquicos y del entorno social. La búsqueda de indicadores objetivos que permitan la elaboración de un concepto salud enfermedad lo más científico posible ha obligado a los teóricos de la salud a acercarse paulatinamente al estudio de las ciencias sociales. Los científicos han incorporado en sus teorías explicativas las categorías propias de la psicología, la sociología, la economía, la política, y la geografía. Asimismo, parte del desarrollo del conocimiento epidemiológico ha demostrado que la determinación social de la frecuencia y

distribución de los eventos patológicos se encuentra a un nivel jerárquicamente superior a la determinación biológica y psicológica de los mismos.

De acuerdo con las premisas referidas, es importante la ubicación que cada sujeto biosocial dentro de las clases sociales que su raza, carga genética o herencia para desarrollar nuevas patologías que en conjunto lo definen, así como su evolución a la muerte. No obstante, el desarrollo teórico-explicativo de los determinantes del proceso Salud-Enfermedad no se ha detenido; en la actualidad sigue su marcha en la búsqueda por encontrar planteamientos y enunciados científicos, objetivos y operativos que expresen las leyes que rigen la determinación del proceso tanto a nivel individual como a nivel colectivo. Existen diferentes modelos que abordan desde diferentes disciplinas el proceso salud-enfermedad:

Mágico-Religioso: Este modelo es propio de las sociedades primitivas, teniendo como sujetos de determinación, prevención, atención y sanación a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes espiritistas. De acuerdo con Piña (1990), para este modelo la enfermedad resulta de fuerzas ó espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo ó en una sociedad. Esta concepción facilita la aceptación de la muerte inminente, pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos.

Unicausal: Para Pasteur (1946), la relación entre la salud y la enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno ó el factor causal de cada enfermedad. Esta concepción permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo; no obstante no explica

por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores.

Concepción Multicausal: Sus representantes mas connotados fueron Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1953). Para este modelo relacionado con la prevención, la influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo ó un conjunto poblacional. A través del análisis de las variables que incluye esta concepción se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente.

Epidemiológico: Este modelo se originó en la segunda mitad del siglo XX, específicamente en 1960, y sus representantes fueron Mac Mahon y Pug (1975). De acuerdo con estos autores, la epidemiología incorpora la concepción multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Dicho modelo esta asociado con la prevención en cuanto al identificar factores de riesgos, se puede incidir en el sujeto para su tratamiento.

Sanitarista: La época de este modelo lo sitúan en la revolución industrial europea con la penetración capitalista en las colonias, siendo sus representantes Smith y Pettenkofer, respectivamente (Piña,1990). La relación salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbilidad y mortalidad. Es un modelo basado esencialmente en la curación.

Social: Los máximos representantes de este modelo, refiere Piña (1990) son: Frank, Virchow y Ramazzini. El elemento central de análisis que propone esta concepción, es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el factor más importante, que explica la aparición y el rol de otros factores participantes en el proceso de salud enfermedad bucal, por tanto tiene incidencia en el desarrollo de la prevención.

Histórico-Social: Sus representantes mas destacados son: Berlinguer, Laurell y Breilh (70s) (Breilh & Grand, 1988; Laurell, 1985; Bloch, 1985; Laurell & Noriega, 1987; Martins et al., 1987; Ciari & Siqueira, 1976). Este modelo enfatiza la existencia de perfiles diferenciales de salud enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se pasean por lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo.

Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. En función de los modelos propuestos, en esta investigación se asume el histórico social, en cuanto plantea la necesidad de un cambio en la forma de investigar la relación salud enfermedad, ya que el estudio de las ciencias básicas y clínicas no permite una explicación de lo social.

La idea de encontrar un nuevo estatuto para lo social y lo cultural donde los procesos de salud enfermedad se expresen como dinámicas históricas, en donde el sujeto se relaciona con el contexto en interacciones de mutua afectación, el

proceso salud-enfermedad se comprende como parte del proceso vital humano en el que median relaciones sociales, culturales e históricas, implicando una visión de la comunidad donde los sujetos se expresen en su singularidad con el colectivo.

La salud ya no es entendida como un estado; es un proceso de asunción de responsabilidad y de construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprometen todas las relaciones del hombre y por lo tanto de su vida misma; la realización de un campo de salud implica una intervención sobre la vida más que sobre la enfermedad.

La reflexión sobre la salud implica una mirada de las prácticas y representaciones de los sujetos, se trabaja en la comunidad viéndola como sujeto en estudio que interactúa en el mismo, de una manera dinámica, capaz de aportar a la construcción de propuestas alternativas que la transforman y posibilitan la transformación de las políticas en salud que promulguen el respeto a la diferencia.

Implicaciones psicosociales en torno a la relación salud-enfermedad: La relación salud - enfermedad tiene implicaciones psicológicas y sociales para los sujetos en el transcurso de su ciclo vital, transformando su nivel de conciencia a medida que su organismo y condiciones de vida resultan vulnerados por factores internos y externos, y la ocurrencia del desgaste celular que conduce a la vejez. No obstante, la percepción física de sentirse bien por ausencia de molestias e impedimentos que impidan un desempeño funcional adecuado y normal connota psíquica y socialmente posesión de salud; en cambio cuando se experimenta cansancio, desgastes, molestias e impedimentos funcionales se estaría en vías de enfermedad, generando preocupación y angustia, ya que las enfermedades conducen a la muerte, con un consecuente temor que transforma la relación del sujeto consigo mismo y con los demás. Estar sano se traduce en optimismo confianza, seguridad; estar enfermo, en pesimismo, incertidumbre e incapacidad y ello incide en el desarrollo del carácter y las iniciativas.

La conducta humana, en sus disposiciones positivas o negativas al ser una de las fuentes principales en la determinación de la pérdida del equilibrio en el proceso salud-enfermedad, adopta con ello dos vertientes dentro de ese continuo: la de riesgo de enfermar y la salutífera. El carácter establece el sello de distinción personal, “por tanto, en la experiencia empírica, conocer el carácter del individuo, es conocer las características esenciales de su manera de actuar en diferentes circunstancias, su línea de conducta, que permite excluir lo que es incompatible con ella” (Núñez de Villavicencio, 1987, citado por González, 2004, p2), y esto se puede conocer a través de la observación de las actitudes que el individuo asume ante las diferentes actividades en la que se involucra y sobre todo, en aquellas que responden a su máxima jerarquía motivacional, por ser la que regula y orienta su personalidad. Las actitudes con que se manifiesta el carácter están conformadas por todos los procesos psicológicos entrelazados, por ello se considera al componente cognitivo, constituido por “las ideas o información que se tiene acerca del objeto de actitud, lo que se conoce del objeto de actitud. Es el aspecto perceptivo...”; al afectivo, referido a “los sentimientos y emociones que el objeto de actitud despierta en nosotros, lo que se siente acerca del objeto de actitud”, y por último al conductual que “indica el comportamiento del individuo respecto al objeto de actitud” (Casales, 1989, p20). En este sentido “para conocer empíricamente una actitud es necesario conocer también las opiniones y creencias implicadas y es sólo a través de ellas como podemos conocer o inferir la existencia de la actitud...” (Rodríguez, 1974, p12). Por ello dentro de sus componentes, los cognitivos representan la puerta de entrada de esta disposición, y poseen además las siguientes características:

-Grado de diferenciación: las ideas y elementos se encuentran en determinado número o cantidad.

-Grado de integración: las ideas o elementos cognitivos presentan determinada organización, se integran en una estructura jerárquica.

-Determinada generalidad o especificidad: esto se refiere a que los elementos cognitivos pueden tener que ver con toda una clase de objetos o con solo un objeto o situación.

De acuerdo con estas orientaciones, psicosocialmente un sujeto percibiría su situación particular en la relación salud enfermedad si diferencia características de sus estados, si tal percepción es integrada y tratada dentro de su modo de vida, y conoce o identifica, con conciencia, que está enfermo o podría enfermarse. Ello genera afectos concretos que dirigen a la búsqueda de soluciones y aumentan su percepción positiva ante los demás.

El aspecto afectivo surge en la medida que se evalúa al sujeto, o este se evalúa, llegando a tener estas evaluaciones diferencia en cuanto a su volumen e intensidad, estableciendo el rechazo o la aceptación correspondiente. El componente conductual está constituido por las acciones y manifestaciones, así como las afirmaciones verbales relativas a determinadas conductas asociadas a la salud o la enfermedad.

En términos de la relación salud enfermedad, Ellis (1989) considero que las creencias racionales son acertadas y realistas, aumentan la autoestima, y, por tanto, ayudan a la supervivencia y a la felicidad humana, siendo más saludables emocionalmente; mientras que a las irracionales, poseen tendencias negadoras de la salud. En ambos casos, psicosocialmente hablando existe una tendencia natural en su formación, y un aprendizaje en su contenido el que ocurre durante la vida del sujeto, determinando muchos problemas emocionales, conductuales e interpersonales. En función de esa tendencia, relacionándola con la salud y la enfermedad, las creencias constituyen una de las fuentes del conocimiento, formado por la influencia del conjunto de nuestras relaciones interpersonales, y todas dentro de un determinado escenario socioeconómico y político; por tanto, su contenido es múltiple, y más rico y variado en la medida en que la propia vida del sujeto lo sea. El grado de convicción de éstas radica en su origen, es decir, de

dónde o de quién proviene la información y por tanto, del poder de persuasión o sugestibilidad de éste y de la sugestionabilidad de aquel, además del reforzamiento positivo que a lo largo de su vida haya acumulado en su personalidad.

Esto indica el reconocimiento de especialistas médicos o asociados en la medicina en la configuración de una conciencia sobre la relación salud enfermedad, de modo que pueda incidirse en la moderación del carácter, la autoestima, las relaciones personales, el desempeño y una imagen de capacidades y valores en el sujeto para enfrentar su situación tanto positiva o afectada negativamente.

La influencia que ejercen las creencias sobre nuestra conducta se produce generalmente de forma inconsciente, y se hace presente, en muchas ocasiones, cuando se produce un cambio en ellas (Dilts, Hallbom y Smith, 1996), lo que explica que los obstáculos para ser identificadas por los propios interesados, radiquen en mecanismos de defensa como la racionalización, proyección o la represión. Estos pueden conducir al rechazo ignorancia e irresponsabilidad ante la enfermedad o descuido de la salud.

Es muy común que ante determinados acontecimientos el sujeto busque la explicación, la causa de su aparición y todavía más, el por qué de su implicación (donde aparece el clásico: "¿por qué a mí?"), derivada psicosocialmente del cúmulo de experiencias personales, tendencia humana esta que ha dado lugar a la teoría de la atribución planteada por Weiner (1980), la que se acompaña además de la búsqueda acerca del significado de lo ocurrido; por lo tanto, todos siempre estamos dispuestos a expresar nuestras ideas acerca de las situaciones en las que estamos inmersos, aunque estas respuestas no puedan ser corroboradas científicamente.

Las creencias de cómo mantener la salud y evitar la enfermedad se van conformando bajo el influjo de la familia, la escuela y las demás agrupaciones sociales, además de la propia experiencia personal, incluida la definición que tenga la medicina, curativa o preventiva, socializada o no, al facilitarle o no la asistencia a sus servicios, y efecto de los medios de difusión masiva para promover tales ideas. La salud y la enfermedad, son momentos en la vida de las personas, apreciados indistintamente en la medida en que se van sucediendo las diferentes edades y en la medida en que el sentido personal en cada una de las etapas de la vida va transformándose, al hacerlo las demandas personales en su interacción con el medio social, las que determinan modificaciones en los valores atribuidos a cada estado dentro del proceso bipolar y que se conjugan con la esperanza de vida.

La relación de salud enfermedad como fenómeno de percepción psicosocial tiene dos componentes, de carácter interno al sujeto y de carácter externo a este. En este sentido es preciso destacar:

Permite al sujeto percatarse de lo que ocurre en sí mismo (autoconciencia) y en su entorno, así como organizar su conducta para que ésta se adecue a lo que acontece, con el propósito fundamental de garantizar su adaptación creadora al medio, posibilitando la modificación de éste según sus necesidades y las de su colectivo social. Es por tanto, una función de síntesis de lo cognoscitivo, afectivo y conativo que permite su actividad armónica (González, 2001, p5).

No obstante, esa cualidad dualmente reflejada no invalida el descuido a la salud, por una confianza absoluta psíquicamente en si, sin considerar sus condiciones orgánicas y modelo de vida, ya que puede tender a actuar mas de las veces sin dar crédito a las orientaciones emanadas por las instituciones dedicadas a la salud, exponiendo su vida por creerse invulnerable (“no tiene porqué sucederme a mí”), y mientras no la siente amenazada (“de algo hay que morirse”)

sin modificar sus conductas de alto riesgo o desconocer – conscientemente – síntomas o molestias que consideran insignificantes.

Cuando el sujeto se encuentra bajo una crisis existencial, como sería el creer amenazada su salud, y por tanto, sentirse insegura ante el futuro, es el momento en que se observan cambios abruptos en sus actitudes hacia la salud, al concurrir en ellas preferentemente las creencias experienciales con respecto a las racionales, buscando con ello, encontrar el apoyo médico psicológico y social que le son necesarios. Otra situación ocurre cuando vive bajo presiones sociales que desequilibran su capacidad de adaptación al medio y que le hacen entonces retomar antiguos hábitos o creencias ya olvidados, exagerar los existentes o comenzar a incursionar en ellos, por imitación o sugerencia casi siempre de otros, con los que se identifica. En ambas situaciones se requiere de un control, de la recuperación de la conciencia

En torno a la recuperación y mantenimiento o permanencia de una conciencia sobre la salud, (Rotter, 1966), el locus de control externo señala que para que un sujeto adopte una actitud de responsabilidad hacia su propia vida, debe dejar de depender de creencias religiosas y mágicas, confiando en la información científica (cognición), en su estima personal (valoración) y en su capacidad de decisión y acción consigo y con otros; por lo cual se requiere de si mismo y de estar sano.

Personalmente, el sistema de creencias sobre la salud y la enfermedad, formado en la personalidad a través de la propia existencia y como resultado de su interacción con el medio social, contribuye a materializar la conducta preventiva sanitaria en oposición a las religiosas, que parecen ocupar en los últimos tiempos un tanto pletórico de amenazas, un lugar preferente dentro de la vida de muchos, ejerciendo una influencia beneficiosa o perjudicial, según el caso, dentro del proceso salud-enfermedad. Ello debe ser diferenciado en el momento de asumir la responsabilidad social sobre el cuidado de la salud del pueblo, para apoyándose

en ellas, ejercer de una manera más eficaz sus acciones preferentemente preventivas o curativas, éstas últimas cuando las primeras hayan fracasado.

Concepción de las representaciones sociales: Una representación social constituye un modelo de valoración, concepción y acción que define la posición de un determinado sujeto a un contexto del cual se nutre y reproduce la visión que tiene de sí. Por ende, dicha visión es ideológica y social, connotada por determinadas orientaciones y estereotipos que le permiten asumir diversas interpretaciones sobre los acontecimientos que modelan su vida o los que modela en función de su inserción o transformación de la realidad. Una representación social es una percepción y una proyección a través de las cuales se manifiestan los sujetos definiendo su tendencia en la realidad.

La percepción de la realidad no es un proceso meramente individual e idiosincrásico, sino que existen diferentes visiones compartidas por distintos grupos sociales que tienen interpretaciones similares sobre los acontecimientos. En función de las características de las representaciones sociales, el pensamiento individual tiene una marcada determinación social, por lo cual puede considerarse la incidencia de determinados ámbitos como la familia, la escuela, los grupos de adscripción, iglesia, etc., en su construcción como modelo mental que sirve para valorarse a sí mismo y a la realidad. Una representación social alude a un conjunto de:

Sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente “opiniones acerca de”, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. (Farr, 1984, p 496).

Por ende las representaciones sociales proporcionan un medio de autoconocimiento del sujeto para identificar como actúa, decide y resuelve situaciones, así como es capaz de valorarse en función de expectativas. Pero además de esa connotación sistémica, una representación social tiene un rasgo de construcción y descripción, de ahí que Moscovici (1986) señale estas características:

-Siempre se constituye como la imagen, o alusión de un objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. y por eso se la llama de este modo, ya que lo representa.

-Tiene un carácter simbólico y significativo. La representación como imagen, concepto, etc. no es una mera reproducción del objeto ausente, sino que es una construcción, donde el sujeto aporta algo creativo. Por lo tanto puede afirmarse que tiene un carácter constructivo, a la vez que resulta medianamente autónomo y creativo.

Existen diversos modos de formular la manera en que se elabora esa construcción psicológica y social llamada representación social. En general se acepta que la representación social, surge de una simple actividad cognitiva del sujeto que la construye en función del contexto, o sea de los estímulos sociales que recibe, y en función de valores, ideologías y creencias de su grupo de pertenencia, ya que el sujeto es un sujeto social.

Como se ha dicho la representación social, se construye como una forma de lenguaje, de discurso, típico de cada sociedad o grupo social. Es extensa la lista que podría hacerse acerca de la diversidad de situaciones y temas que atraen la atención de las personas y que demandan su comprensión y las obligan a pronunciar una opinión al respecto. También son incontables las situaciones en las

cuales se requiere en cada sociedad la interacción de las personas que allí se desenvuelven. Es en cada una de estas situaciones y comunicaciones donde se van forjando las representaciones sociales. En ese respecto, desde la teoría de la persona como sistema se ha concebido que las representaciones sociales son esquemas de conocimiento compartidos acerca de "objetos sociales" que adquieren así una tipicidad. Son elaboraciones del "sentido común", de la experiencia cotidiana que orientan la conducta de las personas de un grupo social. El concepto de representación social afirma que:

"Es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido que posee un alcance práctico y concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social. Indistintamente designado como un "saber de sentido común" o "saber ingenuo (naïf)" o "natural" esta forma de conocimiento ha de distinguirse del científico. Pero se le considera objeto de estudio legítimo en razón de su importancia en la vida social y de la luz que arroja sobre los procesos cognitivos y las interacciones sociales. Se acepta que las representaciones sociales, en tanto que sistemas de interpretación que rigen nuestra relación al mundo y a las demás personas, orientan y organizan las conductas y la comunicación social. Asimismo intervienen en procesos tan diversos como la difusión y asimilación de conocimientos, el desarrollo individual y colectivo, la definición de la identidad personal, la expresión de grupo y las transformaciones sociales". (Jodelet, 1989, p,473).

La representación social no se manifiesta como un producto de construcción psicosocial sino como un proceso de estructuración y transformación en el sujeto. En consecuencia:

"La representación social, es un proceso de elaboración perceptiva y mental de la realidad que transforma los objetos sociales (personas, contextos, situaciones) en categorías simbólicas (valores, creencias, ideologías) y les confiere un estatuto cognitivo que permite captar los aspectos de la vida ordinaria mediante un reenmarque de nuestras propias conductas en el interior de las interacciones sociales". (Fisher, 1990).

Las interacciones sociales constituyen las experiencias de afirmación de la personalidad, así como las vías de la canalización de motivos e intereses para asumir la perspectiva de solución de problemas y situaciones que presenten. Las

interacciones evidencian situaciones de influencia, ya que simultáneamente las interacciones de los sujetos dentro del grupo de pertenencia van modificando las representaciones que los miembros tienen de sí mismos, de su grupo, de los otros grupos y de sus miembros. Es decir que, de algún modo, las representaciones regulan las relaciones sociales, y se constituyen en un verdadero ambiente en el que se desenvuelve la vida cotidiana.

Pereira de Sá, (1993), señala que el principal precepto que sigue una representación social es la transformación de lo no familiar en familiar. Es decir, en la búsqueda de responder a la pregunta de por qué se crean esas representaciones, puede afirmarse que una representación social es creada cuando algo nuevo, no familiar, debe ser incorporado a los universos conceptuales preexistentes. Por los procesos que operan entonces, lo novedoso se vuelve familiar, pierde la novedad, se torna socialmente conocido y real. Eso ocurre por ejemplo cuando se dan a conocer nuevas teorías científicas, invenciones o desarrollos tecnológicos, también cuando se producen determinados hechos políticos o económicos, o cuando se introduce cualquier conocimiento que resulta nuevo a la sociedad no instruida en esos aspectos.

Las representaciones sociales se tratan, en definitiva, de una forma de pensamiento social que se pone en juego en cada instancia comunicacional y que suele poseer el poder de prescribir nuestro accionar y así influye de manera significativa en nuestra vida cotidiana. En este sentido, Álvarez (1995), señala que las representaciones sociales articulan campos de significaciones múltiples, y que son heterogéneas. Llevan las trazas de los diferentes lugares de determinación, pueden articular elementos que provienen de diferentes fuentes que van desde la experiencia vivida hasta la ideología reinante. Son una forma de conocimiento que tienen un carácter colectivo e individual, esto coloca a las representaciones en dos universos relacionados con las determinaciones sociales de lo que se es como

sujeto y con la conceptualización de situaciones que deben asumir en función de solucionar problemas que afecten la integridad personal .

Contenidos de la representación social y su relación con la salud-enfermedad: concepciones, valores, actitudes, decisiones y acciones de los sujetos: En torno a la salud-enfermedad las representaciones sociales se traducen en una forma de pensamiento y de acción- decisión que se ponen en juego en cada instancia comunicacional, condicionando las prescripciones y decisiones en la vida cotidiana y en momentos de asumir la responsabilidad en la salud y la superación de la enfermedad. En este sentido es preciso destacar que:

Las representaciones sociales nos llevan a un sistema de pensamientos que permite la relación con el mundo y con los demás; a entender los procesos que facilitan interpretar y construir la realidad; a los fenómenos cognitivos que aportan elementos afectivos, normativos y prácticos que organizan la comunicación social y finalmente constituyen una forma de expresión que refleja identidades individuales y sociales. (Bolívar et col. 1995, p 295).

Los elementos afectivos, normativos y prácticos implícitos en una representación social reflejan concepciones, valores, creencias, actitudes, decisiones y acciones que inciden en la comprensión y solución de situaciones y problemas:

Las concepciones indican el conocimiento que tienen los sujetos de tales situaciones y problemas que derivan de si mismo y de sus condiciones sociales, económicas, políticas, religiosas, etc. Una concepción consiste - señala Blauberg (1987) – en la adopción de un modelo, consciente o inconscientemente, de definir que es una realidad formando un conjunto de conceptos y valores propios para percibir el objeto contenido en los problemas y situaciones. La concepciones indican origen y destino, causas, consecuencias y forma de abordarlos, ya sea desde la religiosidad, la ciencia, la política, la magia u otras formas de la conciencia social de los sujetos.

Las creencias identifican asumir con certeza algún objeto sin tener seguridad de su existencia, pero que se hacen realidad a través de la sugestión que se deriva de una concepción. Ortíz Barili (1985) indica que al creer damos existencia interna a algo que no existe, no percibimos, pero si proyectamos al actuar sobre nosotros. En las creencias sobre la salud se ejercen desconocimiento sobre la eficacia de medios e instrumentos que permiten superar enfermedades, para darles carácter mágico, cuando en el fondo ello es de naturaleza eficiente y basada en el conocimiento de lo que se encuentra afectado.

Los valores indican disposiciones emotivas de la afectividad a partir de las cuales se construyen apreciaciones para justipreciar la utilidad y trascendencia de ciertos comportamientos. Brubacher (1986) señala que un valor constituye una referencia de sentido que se da a objetos, conductas y deseos en función de ciertos logros y expectativas de trascendencia de un sujeto. En este sentido, el hecho de asumir un valor como la salud se considera como garantía de mantenimiento de la vida, lo cual se traduce en seguridad, energía, optimismo y una tendencia a la realización.

Las actitudes expresan posiciones a partir de las cuales se juzgan a los sujetos en términos de disposiciones personales a asumir un objeto o situación haciendo posible su concreción o rechazo. Psicológicamente – afirma Ortíz Barili (1985) – una actitud es un acto personal de aceptar o rechazar un objeto o situación en función del reconocimiento que se le da en términos del bien o el mal que se figura el sujeto de acuerdo con su concepción. Las actitudes positivas hacia la salud se manifiestan en el cuidado, la asistencia médica, los buenos hábitos de preservar el organismo y una mente sana abierta a las relaciones armónicas; las negativas evidencian exceso de confianza en que se está sano, descuido e indiferencia, creencia en que toda enfermedad es pasajera y desconocimiento sobre esta y sus efectos.

Las acciones refieren estados de actividad dirigidos a superar obstáculos o desarrollar iniciativas para alcanzar los deseos. Señala Padrón (1995), la acción tiene un punto de partida y un punto de llegada, por lo cual hay que seguir un itinerario establecido por el sujeto, o una prescripción de otro sujeto. En todo caso, la acción sobre la salud es recurrente, sistemática y establecida; implica hacerse responsable de lo que ocurra en el contexto de su accionar.

Lo social en una representación hace referencia a sí las creencias son compartidas por un grupo social, y si son elaboradas por éste. Las creencias son un elemento clave en la comunicación de los pueblos (grupos). Funcionalmente las representaciones sociales clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir del discurso y de creencias de sentido común y es este conocimiento el elemento base de la interacción. Por último las representaciones se constituyen en realidad social en tanto conforman y se apoyan en fenómenos recurrentes y considerados colectivamente como reales.

Las representaciones sociales siempre hacen referencia a un objeto; no existen en abstracto. Mantienen una relación de simbolización e interpretación con los objetos. Hacen visibles y legibles los objetos, por tanto implican elementos lingüísticos conductuales o materiales, y son una forma de conocimiento práctico que lleva a preguntar por los marcos sociales de su origen y por su función social en la relación con los otros en la vida cotidiana

Todas las personas son influenciadas por la cultura es decir, su forma de vida, cada uno posee un patrón especial para vivir e interactuar unos con otros, que da como resultado normas distintivas y recurrentes de comportamiento "Estas normas son las reglas estables de comportamiento que prescriben la conducta que debe seguirse y, consciente o inconscientemente regulan nuestra existencia y nos ayudan a resolver muchos problemas de la vida".(Leininger, 1967, p.42). La forma en que las personas perciben, experimentan y se enfrentan a la salud y a la enfermedad depende de sus creencias culturales.

Cada cultura constituye un todo sistemático e integrado que posee prácticas, valores y creencias, estrechamente relacionados y comprendidos (Leininger, 1967). Las prácticas constituyen un hacer reiterativo constante; los valores, apreciaciones por utilidad; y las creencias aceptaciones de certeza de algo que está más allá de la experiencia. Creencias, valores y sus patrones religiosos, culturales o científicos, asociados de vida, influyen en el estado de salud de un grupo cultural. La comprensión de la cultura de un sujeto es tan importante para la atención eficaz de la salud como el conocimiento de los aspectos fisiológicos y psicológicos.

La pluralidad de representaciones sociales sobre la salud existentes en la comunidad están determinadas por la posición de los sujetos en el conjunto de la estructura social y territorial, el conjunto de conocimientos y creencias sobre la salud transmitidos por las tradiciones los discursos sociales sobre la salud y la enfermedad transmitidos por los medios de comunicación y las propias experiencias sociales y personales de relación con el sistema de salud.

Contextos y creencias que generan las representaciones sociales en la personalidad de los sujetos y su relación con la salud y la enfermedad: Las personas de un colectivo participan en sus representaciones sociales o universos simbólicos, lo que se traduce en significaciones sociales: normas, valores, mitos, ideas, tradiciones. (Beriain, 1990, p30). Es lo que Durkheim plantea como la producción social de sentido, la cual se entiende como articulación de la identidad colectiva. Esta emerge de la interacción colectiva, en la cual los actores sociales se apropian del significado normativo que integra los grupos sociales, (Durkheim citado por Beriain, 1990,p32). Los individuos en este contexto se autoperciben como miembros de su sociedad, porque participan en el conjunto de sus significaciones sociales "imaginarios", que es lo que hace que un grupo rechace y subvaloren prácticas realizadas por grupos diferentes a ellos.

Toda sociedad posee, como expresión de los objetos, símbolos, signos, que no son otra cosa que la marca, la identidad de los que forman parte en un grupo humano. En este orden de ideas, y siguiendo a Castoriadis citado en Colombo, (1993, p7) en su planteamiento respecto al imaginario social, todo lo que se nos presenta en el mundo social histórico pasa por lo simbólico, y se encuentra en primer lugar en el lenguaje pero se encuentra igualmente en las instituciones, las cuales no se reducen a lo simbólico, sino que existen en este.

La sociedad constituye cada vez su propio orden simbólico, en un sentido muy distinto de la manera en que lo puede hacer el individuo. Esta constitución no es libre; su materia la habrá de sacar de lo que ya está ahí. Así mismo, la sociedad constituye su propio simbolismo pero no en total libertad; se prende de lo natural y lo histórico y, por último, participa de lo racional. Se habla de lo imaginario cuando nos referimos a "algo inventado". Lo imaginario tiene que utilizar lo simbólico, no solo para expresarse sino para existir. En este sentido el simbolismo supone la capacidad de establecer entre dos términos un vínculo permanente, de modo que uno de estos "represente" al otro. Esta red de símbolos expresa un consensus normativo, que es establecido y regenerado en prácticas sociales, arquetipo del proceso de formación de la identidad colectiva.

La percepción de estar sano o enfermo es sobre todo un fenómeno cultural que puede variar de manera significativa desde el punto de vista del trabajador científico de la salud, quién suele definir salud y enfermedad de una forma especial y dentro de un esquema social y cultural limitado. Todas las personas que brindan servicios de atención en salud se socializan en una cultura profesional caracterizada por creencias, prácticas, hábitos, gustos y disgustos, normas y rituales específicos (Spector, 1999). Algunos ejemplos incluyen terminología médica especializada, valoración de la tecnología y, por lo general, la suposición de que el profesional sabe lo que es mejor para el paciente. Los usuarios

representan una amplia variedad de creencias culturales, diferentes unas de otras y también de la cultura de quienes brindan los servicios de atención en salud.

La salud y la enfermedad significan cosas diametralmente diferentes para personas de diferentes culturas. Una persona puede estar enferma a pesar de no tener una patología orgánica demostrable (por ejemplo un enfermo mental), mientras otro puede un trastorno sin sentir malestar (por ejemplo periodontitis). Las representaciones sociales se manifiestan en la manera como los pobladores explican y afrontan el proceso salud - enfermedad. De tal manera que lo que abordan los profesionales de la salud en la interacción con el paciente está relacionado directamente con las representaciones. Dicho de otra manera, lo que enfrenta esta interacción no es otra cosa que las prácticas que unos y otros realizan.

Concepción de la salud-enfermedad bucal e implicaciones en la morbilidad y mortalidad: El conjunto de de decisiones y prácticas adoptados por el sujeto fue denominado por Orem (1980) como autocuidado. En este concepto no incluye solamente la ausencia de enfermedad sino que involucra el bienestar físico, emocional y social, también obtener un nivel de condiciones materiales y espirituales que le permitan al sujeto permanecer socialmente activo y sentirse bien con sus acciones, logrando así un estilo de vida más saludable.

De acuerdo con el concepto de autocuidado todo sujeto consciente puede desarrollar la capacidad para cuidarse, y este lo aprende a lo largo de su vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales y con la dedicación a si mismo. Por esta razón no es extraño reconocer prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. Es así como se desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, contribuyendo a la salud y el bienestar. Todas

estas actividades son asumidas por la voluntad; son actos deliberados y racionales que se realizan muchas veces sin darse cuenta, y se han transformado en parte de rutina de vida.

La salud y enfermedad bucal son la resultante de atender o desatender las condiciones específicas; entre las que se destacan: a) respuestas a la exposición a determinados factores endógenos como los bacterianos y nutricionales, y b) factores exógenos como sociales, culturales y ambientales. De estas dos decisiones dependerá la distribución de la enfermedad así como de los índices de morbilidad y mortalidad. El acceso a servicios odontológicos, la capacitación en conocimientos sobre problemas buco- dentales, la responsabilidad individual con su propia salud y práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios odontológicos, forman parte de los recursos para evitar que una población, comunidad o sujeto se enfermen.

Los sujetos cuentan con diversos sistemas sociales de apoyo que son de vital importancia en la conformación de las creencias y del comportamiento. Las expectativas de amigos y otras personas importantes para él ejercen presión sobre éste. Escuela, iglesia, compañeros y medios de comunicación tienen la responsabilidad de difundir los valores de la salud. Estas redes sociales se convierten en sistemas no profesionales de referencia que no se consultan para interpretarlos y decidir si necesita ayuda profesional. Sí una persona aprende hábitos saludables como por ejemplo la higiene bucal, la influencia primaria serán los padres, incluso en la adolescencia, cuando la aprobación de los compañeros se convierte en algo importante, el ejemplo y la influencia de los padres continúa controlando los valores y las actitudes (Brunh y Córdova,1985). La clase socioeconómica también influye en la forma de enfermarse de un grupo social, la forma como produce y se reproduce. Creencias, valores y sus patrones asociados de vida, influyen en el estado de salud de una persona. La percepción de estar

enfermo o sano es sobre todo un fenómeno cultural que puede variar de manera significativa entre sujetos.

Los componentes sociales tienen la misma importancia en la generación de la enfermedad y, por ello, proponen en el estudio, que la determinación de la enfermedad no sólo sea a través de la identificación de factores causales naturales, ecológicos y sociales, sino que haya una reflexión complementaria de lo biológico y lo social. La epidemiología social establece cómo se genera y distribuye la enfermedad (morbilidad), la muerte (mortalidad) y el estar sano (sanidad) de los individuos a través del esquema causal estudia la frecuencia, la distribución y los determinantes sociales de los estados de salud en la población. Las condiciones sociales de vida tienden a determinar la situación sanitaria de las poblaciones

CAPITULO III

DESCRIPCIÓN CONTEXTUAL DEL AMBIENTE DE INVESTIGACIÓN

La parroquia La Vega está ubicada en el suroeste de la Zona Metropolitana de Caracas (Distrito Capital), Venezuela. Limita al Norte con las parroquias San Juan y El Paraíso, al Sur con la parroquia Caricuao, al Este con las parroquias El Valle y Coche y, al Oeste, con la parroquia Antímano. Constituye una zona populosa, urbano-marginal y cuenta con una población de 132.273 personas, lo que equivale al 6,69% de la población total del Distrito Capital (1.975.786 habitantes), según cifras del censo de población del año 2000.

Por su ubicación geográfica, las tierras de La Vega fueron también muy transitadas, primero por los indígenas y luego por los colonizadores como corredor comercial hacia la población de Los Teques y en especial hacia los Valles de Aragua, región de importancia estratégica para la ciudad capital, dada su intensa actividad agrícola. La zona fue conocida como "El Paso de La Vega", y llegó a servir de alcabala para el control de los viajeros. Bañadas por el Río Guaire, las tierras de La Vega fueron muy productivas, específicamente tuvieron lugar en ellas numerosas haciendas, en su mayoría de caña de azúcar.

Entrado ya el siglo XX, la actividad agrícola fue totalmente desplazada por el vertiginoso desarrollo urbano de Caracas. Numerosas e imponentes vías de comunicación la atraviesan y el asentamiento de industrias atrae cada vez a más

personas en busca de las promesas de una vida en la gran ciudad. El inicio del asentamiento industrial data de 1907, en el sector de San Miguel, donde se pone en funcionamiento la Compañía Anónima Fábrica Nacional de Cemento, que sería más conocida como Fábrica de Cementos La Vega. No obstante, la intensificación del proceso de ocupación se produce principalmente en las décadas de los 50 y 60. La población ubica sus viviendas en los alrededores de la fábrica, ocupando laderas y quebradas, terrenos con condiciones o sin ellas, para 1969 la Parroquia alcanza una población de 65.545 habitantes.

El acelerado crecimiento sin planificación alguna y alrededor de las fábricas incrementa la demanda de puestos de trabajo, vivienda y servicios y, paradójicamente, llega a amenazarlo. Para los años 70 en el caso de La Vega, se pone en entredicho la presencia de la Fábrica de Cemento, por sus repercusiones ambientales. Un marco de conflicto (relaciones de amor/odio) contrapone el rol laboral de los trabajadores con su condición de habitantes de la zona, haciendo obligatoria en un momento dado la negociación entre vecinos, trabajadores, empresarios y gobierno con el objeto de procurar salidas a la ubicación de la empresa. Esta situación impulsa un cierto grado de organización social en la Parroquia y finalmente tiene su desenlace con la salida de la Fábrica.

Durante estas décadas, a la par de estos conflictos urbano-locales, crece la efervescencia política y se hace sentir el impulso que sectores radicales de la iglesia dan a la organización de las comunidades. El caso del Padre Whytack es uno de los más conocidos, cuya actuación deja una marca en los habitantes de la parroquia, y trasciende en un grupo importante de sacerdotes, monjas y seglares que desde aquel entonces se integran a la comunidad de La Vega e incentivan la acción comunitaria organizada.

Actualmente la parroquia La Vega incluye urbanizaciones que albergan población clase media y sectores populares, los cuales se concentran en la zona tradicional y los barrios existentes. En el sector La Pradera al igual que los demás

sectores de esta parroquia el proceso de expansión ha estado marcado, como en la mayoría de las parroquias del Distrito Capital, por un proceso de urbanización no planificado, cuya particularidad es la toma de terrenos y la construcción autogestionada de viviendas por parte de sus ocupantes. Estas varían, dependiendo de la zona, desde casas de bloque y concreto con todos los servicios sanitarios a la disposición, hasta construcciones rudimentarias de materiales como cartón, zinc y bloques, que obviamente no reúnen las condiciones mínimas necesarias de habitabilidad.

Una característica de la topografía son las altas pendientes. La remoción de la capa vegetal en el proceso de urbanización, la disposición desordenada de escombros y desechos sólidos las ha convertido en zonas de alto riesgo, sobre todo en época de lluvia, lo que contribuye a activar procesos de deslizamientos recurrentes en algunos sectores.

La Pradera cuenta con una arteria vehicular principal, distintas ramificaciones asfaltadas y posee rutas troncales, con varias líneas de transporte que no satisfacen las necesidades de movilización de sus habitantes. En algunos sectores sólo se puede acceder en vehículos de doble tracción ó a pie, a través de terrenos intrincados y en pendiente.

En esta comunidad se registran altos niveles de pobreza crítica, desempleo y analfabetismo y un creciente número de excluidos del sistema educativo formal, por mencionar sólo algunos de los problemas más evidentes. En cuanto a los agentes gubernamentales presentes en la zona, lo usual es la ausencia de articulación en los servicios educativos, de salud, protección legal, trabajo, etc. Existen organizaciones no gubernamentales intermedias y de base con trayectoria en la comunidad, sin embargo la característica fundamental de la gestión que adelantan es igualmente la atomización de programas y acciones.

Como hemos visto, La Vega como parroquia tiene sus especificidades y características propias producto de su historia, pero a la vez puede afirmarse que presenta los rasgos de identificación comunes a cualquiera de las zonas urbano-marginales del Distrito Metropolitano.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad de la Parroquia La Vega para el año 2004 son casi las mismas para Venezuela, solo que la caries si es un problema particular de esta región apareciendo en tercer lugar como causa de morbilidad según el Sistema de Información de Estadística Nacional (SIEN), emanado por el Distrito Sanitario N° 3, aún más en el sector La Pradera donde aparece de primer lugar, según las estadísticas emanadas por el Centro de Salud Santa Inés durante el primer trimestre del 2005.

Centro de Salud Santa Inés:

Es una institución dispensadora de salud, sin fines de lucro, que nació como iniciativa, de la comunidad de La Pradera, el padre Luis Ugalde y de las religiosas pertenecientes a la congregación de las Hermanas Misioneras de Acción Parroquial, quienes posteriormente gestionaron el apoyo de fundaciones privadas nacionales e internacionales (Fundación Polar, Fundación Sivensa, Inés de Planas y Manos Unidas de España) y la asesoría de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), así se inició su construcción en la ciudad de Caracas, parroquia La Vega, sector La Pradera a principios del año 1993 con una gran participación comunitaria en el manejo de materiales y horas de trabajo voluntario, cuya primera etapa es concluida en durante el primer semestre del año 1995, iniciando sus actividades en septiembre de mismo año, con capacidad para siete consultorios de medicina ambulatoria, prestando los servicios de medicina preventiva y curativa, odontología curativa y preventiva, sala de emergencia para primeras curas y farmacia popular.

Actualmente los servicios se han ampliado según las necesidades de la comunidad habiendo servicios de econografía, control ginecológico y prenatal, laboratorio clínico, psicología, etc.

Como parte de la promoción del Centro de Salud, se logró la capacitación de 25 señoras de la comunidad como enfermeras auxiliares, las cuales seis se desempeñan en el mismo.

Visión: Un centro de atención ambulatoria que brinda salud integral, para y con la comunidad a todos los habitantes de La Pradera y áreas vecinas, bajo la luz del evangelio.

Misión: Lograr un centro promotor de salud de alta calidad que estimule el compromiso en equipo con toda la comunidad.

Valores: Responsabilidad, solidaridad, trabajo en equipo, amabilidad, cercanía, honradez, confiabilidad, lealtad y compromiso.

Políticas:

- Evaluar procesos.
- Prestar un buen servicio.
- Transparencia administrativa e informativa.
- Ayudar a que el personal que labora desarrolle todas sus cualidades.

Programa Odontológico:

Educación y prevención en salud bucal a través de charlas dirigidas a usuarios adultos y a los niños de la escuela Fe y Alegría Luis María Olaso y Escuela Araguaney.

Se cuenta con un proyecto de atención en la parte curativa aquellos niños con mayor problema en la dentadura de forma gratuita. Para esto se realiza el diagnóstico con el fin de seleccionar aquellos niños que lo requieran. Todos los días se presta el servicio odontológico a todos los miembros de la comunidad y áreas vecinas. Las edades de los usuarios que mas frecuentan el servicio odontológico va desde los 18 a los 40 años, siendo los más frecuentes del sexo femenino y en su mayoría son amas de casa, la mayoría de los usuarios del sexo masculino acuden solo cuando se les presenta alguna emergencia y se desempeñan como choferes y obreros. (ver anexos 5, 6 y 7)

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

En función de lograr el objetivo general propuesto en esta investigación, consistente en analizar las representaciones sociales manifestadas por los usuarios atendidos en el Centro de Salud Santa Inés- La Pradera. La Vega acerca de la relación salud-enfermedad bucal, el tipo de investigación pertinente a su realización se identifica con la investigación de campo; el cual se define como:

El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característico de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o subdesarrollo. Los datos son recogidos en forma directa de la realidad, tratándose de investigaciones a partir de datos originales o primarios (Barrios, 2003, p14).

Este tipo de investigación ha sido referencialmente definido también por Briceño (1985) como el abordaje de problemas originados en el marco de la interacción social, comprendiendo reacciones, valoraciones, aspiraciones y acciones, de actores ubicados en contextos, situacionales y organizacionales. De

esta manera, se observan y recolectan datos y referencias en situaciones que ocurren en un contexto material.

Diseño de Investigación

La estrategia o diseño de investigación que se adapta al logro del objetivo planteado es el transeccional- descriptivo. Hernández, Fernández y Baptista (1991, p193) señalan que esta modalidad- conocida también como transversal- los datos se

recogen en un solo momento, en un tiempo único. Operacionalmente se concreta en indagar la incidencia y valores en que se manifiesta una o unas unidades de observación o análisis, procediendo a medirlas en un grupo de personas u objetos y proporcionan su descripción e interpretación.

Categorías de Análisis Consideradas en la Recolección de la Información

Cualitativamente, por tratarse de un estudio basado en la aproximación a esquemas o representaciones sociales que tienen determinados sujetos, las categorías en que se concentró la búsqueda de la información fueron las siguientes:

1.-Concepciones sobre salud-enfermedad: se define como la percepción y justificación que dan los sujetos en términos de importancia al bienestar físico psíquico en función de sus perspectivas de vida.

2.-Valores presentes en las concepciones sobre la relación salud-enfermedad: se refieren a la cualidad de atributos de personalidad declarados por los sujetos en torno al bienestar físico-psíquico, que determinan u orientan sus perspectivas de vida.

3.-Actitudes evidenciadas en relación a la salud y enfermedad: comportamientos de aceptación, indiferencia o rechazo hacia valores que condicionan la visión y consideración de los sujetos hacia su salud bucal.

4.-Expectativas sobre la salud: esperanzas manifestadas por los sujetos sobre lo que esperan recibir de apoyo para resolver y comprender el proceso de salud-enfermedad bucal.

5.-Decisiones frente a malestares o problemas de salud: grado de voluntad evidenciado en términos de iniciativa y constancia a resolver problemas de salud bucal.

6.-Orientaciones preventivas sobre la salud bucal: prescripciones recibidas y asimiladas por los sujetos en función de su situación de salud bucal.

7.-Auto-cuidado de la salud: responsabilidad asumida por el sujeto en relación a la vigilancia y protección de su salud.

Descripción de Unidades de Análisis por Objetivos

Unidades	Enunciados	Nº de Items
Concepciones sobre salud-enfermedad bucal	1. Concepción de salud del usuario	1
	2. Momento en que una persona se encuentra enferma	2
	3. Reconocimiento y razones de estar enfermo	3-4-5
	4. Asistencia al consultorio por enfermedad. Razones	6-7
	5. Valoración de enfermedad en una persona sin dentadura	8-9-10-11-12
Valores-Actitudes de concepciones sobre salud-enfermedad bucal	1. Valoración acerca de una persona sin dentadura	13
	2. Preocupación acerca de pérdida de dentadura.	14
	3. Razones de preocupación de pérdida de la dentadura.	15-16
	4. Afecciones o repercusiones ante pérdida de dentadura	17-18
	5. Recuperación de la dentadura a través del uso de prótesis	19
	6. Efectos estéticos de la prótesis en la persona	20
	7. Vivencia con malestar bucal	21
Expectativas-Decisiones sobre la relación salud-enfermedad bucal	1. Causas y gusto de asistencia al odontólogo	22-23
	2. Asistencia al odontólogo por problemas dentales	24
	3. Motivos y razones de asistencia al odontólogo	25-26
	4. Trato esperado del odontólogo	27-28
Orientaciones de Prevención y Autocuidado de la salud-enfermedad bucal	1. Beneficios de la salud bucal	29
	2. Acciones para evitar pérdida de dentadura	30
	3. Síntomas experimentados ante malestar bucal	31
	4. Soluciones asumidas para evitar síntomas bucales	32
	5. Conocimiento y práctica de métodos para mantener saludable la dentadura	33

Técnica e Instrumento de Recolección de Información

Técnica: La técnica o modo de proceder para recabar la información fue la entrevista. Ruíz e Ispizúa (1989) han definido este proceder metodológico como una conversación profesional con una o varias personas para detectar inductivamente información básica para diagnóstico o exploración de problemas desde un punto de vista cualitativo. Desde el punto de vista de los métodos cualitativos, las razones que argumentan la selección son:

- 1.-Ofrece la oportunidad de establecer una conversación abierta entre el actor social o entrevistado y el investigador. Mediante la interacción con el informante se aprehende la subjetividad de las experiencias del sujeto en relación de sus vivencias y significaciones.
- 2.-Ofrece un espacio naturalístico de investigación en cuanto el investigador no participa con exactitud en la vida social de las personas entrevistadas, pero lo hace como observador sin descuidar los objetivos planteados y actuando bajo criterio de amistad y confianza entre ambos.
- 3.-El entrevistador es consciente de que no conoce, a través del comportamiento extremo del entrevistado, el sentido dado a sus actos, pero se compromete a preguntárselo a los entrevistados para que estos puedan expresarlo en sus propios términos y profundidad para captar su riqueza significativa.

Instrumento: Se utilizó un guión de entrevista basado en las categorías de análisis (ver anexo nº 1), de ahí que los ítems se formularan atendiendo a las definiciones planteadas pero dejando un margen de apertura para conducir de una manera flexible la conversación, la cual dependió de la disposición del entrevistado en proporcionar la información.

Validez del Instrumento en la Recolección de Datos

La validez concebida por Hernández Fernández y Baptista (1991, p243), como el grado en que un instrumento realmente mide las variables o unidades de análisis que se pretende medir, es una cuestión esencial en la búsqueda de información. Al depender del criterio pertinente sobre la adecuación de los ítems es preciso señalar el tipo de evidencia en que se fundamenta su selección y enunciado. En este caso, se tomó como criterio la evidencia relacionada con el contenido, de ahí que la validez se refiere al grado en que la medición representa el o los conceptos medidos; es decir, un instrumento de medición debe contener representados todos los ítems del dominio conceptual de la variable o categoría que se mide.

El procedimiento utilizado en la validación fue la consulta a tres evaluadores para que contrastasen los enunciados con las unidades de análisis, considerando los criterios siguientes: claridad y precisión de las preguntas, interpretación del enunciado y correspondencia entre los ítems y unidades. De esta consulta, los ítems fueron corregidos en algunos términos, a efectos de hacerlos más comprensibles a los usuarios que se entrevistarían.

Muestra Objeto de Investigación

Como procedimiento para seleccionar la muestra se optará por un tipo de muestreo no probabilístico-intencional, cuestión que dependerá de la calidad de información suministrada y la disposición del sujeto al diálogo. Canales, Alvarado y Pineda (1989, p55) señalan que este tipo de muestreo no sigue el proceso aleatorio y no puede considerarse a los sujetos como representativos de una población que, por lo general, es desconocida. Este muestreo es propio de estudios experimentales o de casos. Específicamente, el investigador decide, según sus objetivos, los elementos que integran la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población a conocer. La muestra autogenerada durante los dos meses que duró la recolección de datos fue la siguiente:

CUADRO N° 1:

Descripción de muestra consultada en la investigación sobre Representaciones Sociales del Proceso salud- enfermedad bucal en el Centro de Salud Santa Inés en La Pradera- La Vega.

Ocupación	Sexo		Edades				Σ
	M	F	18-19	20-29	30-39	40-49	
Del hogar	-	12	1	6	5	-	12
Enfermeras auxiliares	-	4			1	3	4
Vendedoras	-	2		1	1		2
Peluqueras	-	2			1	1	2
Estudiantes	-	2	1	1			2
Licenciadas	-	1		1			1
Secretarias	-	1		1			1
Choferes	2	-			1	1	1
Obreros	1	-				1	1
Comerciantes	2	1		1	1	1	3
Σ	5	25	2	11	10	7	30
%	16,67	83,33					100,00

La muestra autogenerada se caracteriza por el predominio del sexo femenino sobre el masculino en lo que respecta a la asistencia al odontólogo; un predominio de edades de 20 a 39 años (21 casos, un 70,00% del total de 30 casos), y una tendencia de ocupaciones y profesiones relacionadas con el trato al público (18 casos, un 60% de asistencia), y un porcentaje significativo del 40% de mujeres con ocupación hogareña. El predominio del sexo femenino y la relación con el público denotan parcialmente la caracterización de la muestra en referencia.

Procedimiento de la Investigación

El procedimiento de la investigación abarcó las etapas que se describen a continuación:

- 1.- Diseño del guión de entrevista y validación de contenido.
- 2.- Aplicación del guión a través del proceso de entrevista, la cual fue grabada para facilitar el desarrollo del proceso de recolección
- 3.- Transcripción del contenido de la entrevista grabada utilizando matrices de acuerdo con la metodología de análisis del discurso oral.
- 4.- Discriminación de contenidos presentes en el discurso transcrito de cada entrevistado, a fin de identificar en la respuesta a cada ítem los indicadores de sus concepciones y valoraciones.
- 5.- Categorización de la información recabada en matrices de contenido, a efectos de ser resumida de acuerdo con las normas de cualificación y cuantificación.
- 6.- Construcción de cuadros descriptivos de la información recabada.
- 7.- Análisis e interpretación de la información, a efectos de establecer conclusiones y elaborar el informe final.

Técnicas de Representación y Método de Análisis de la Información

Técnicas: Las técnicas de procesamiento y representación de la información derivada de la entrevista consistió en la transcripción literal y en la construcción de matrices de contenido a partir de las categorías previstas, las cuales derivaron en respuestas abiertas que requirieron ser procesadas a través de la cualificación de contenidos y de la cuantificación en términos de frecuencia de aquellas expresiones conceptuales, valorativas y actitudinales comprendidas en el concepto representaciones sociales acerca del proceso de salud – enfermedad bucal.

Método: El método que se aplicó fue el interpretativo, que consistió - una vez expuesto el contenido que describe a cada categoría y sus unidades analíticas – en descifrar el sentido y significado que dieron los informantes al informado respecto de sus representaciones sociales acerca del proceso salud – enfermedad bucal. La base de esta interpretación radicó en descifrar, de acuerdo con la metodología, contenidos claves que al ser asociados entre sí permitieron identificar concepciones, valores y actitudes predominantes.

Técnicas Estadísticas

Las técnicas estadísticas que se utilizaron en el tratamiento de los datos fueron las frecuencias relativas y absolutas, en función de la categorización conceptual inferida por respuestas agrupadas bajo cada una de las categorías derivadas, además del modo (Mo) identificado en la categoría o respuesta de

mayor valor dentro de las frecuencias. La cuantificación se realizó de dos maneras: la primera en caso de respuestas dicotómicas (si-no), se registraron 30 unidades- sujetos consultados; la segunda en caso de respuestas abiertas (con mas de dos respuestas) se identificaron mas de 30 respuestas, ya que el sujeto puede emitir mas de dos respuestas.

Criterios de Análisis de Datos

Para identificar la tendencia predominante en los datos y caracterizar las significaciones dentro del análisis cuanti-cualitativo se asumió una escala valorativa constituida por estas categorías:

Categorías	Intervalos
Muy alto nivel de predominio	De 100,00 a 81,00
Alto nivel de predominio	De 80,00 a 61,00
Mediano nivel de predominio	De 60,00 a 41,00
Bajo nivel de predominio	De 40,00 a 21,00
Muy bajo nivel de predominio	De 20,00 a 1,00

Tal escala diseñada por Rodríguez (1994), implica que las frecuencias absolutas de categorías o datos se convierten en índices los cuales, al ser contrastados con los intervalos en referencia permiten discriminar la tendencia en que se corresponde y ser comparada con otras que se identifiquen en cualquier ítem, a los efectos de inferir los aspectos cuantitativos y cualitativos del predominio

CÁPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Concepciones acerca de la Salud-Enfermedad Bucal

CUADRO Nº 2:

Concepciones de la salud deducidas de las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio Odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera. La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual Inferida	ΣFr	Fa
Sentirse y estar bien de todo	12	Bienestar Integral	18	48,64
Estar bien físico, emocional y mentalmente	6			
Estar en buenas condiciones	1			
Algo muy importante	6	Hedonista-trascendentalista	9	24,32
Tener todas las comodidades	1			
Tener una buena vida, ser feliz	1			
Verse bien	1			
Poder hacer lo que quiera	6	Capacidad de ser y actuar	6	16,21
Estar carente de una enfermedad	1	Ausencia de enfermedad	2	5,43
No tener dolor	1			
Es estar pendiente de chequearse con los médicos	1	Preventiva- proyectiva	1	2,70
Estar bien alimentado	1	Disposición alimentaria adecuada.	1	2,70
Total	37		37	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a concepción de salud, deducidas de los 30 usuarios entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discriminó en los términos siguientes:

-Es notable el predominio de una concepción de la salud basada en la idea de bienestar integral, expresado de dieciocho (18) respuestas, cuyo índice alcanza un valor de 48,64%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel. Ello significa que cerca de la mitad de los encuestados concibe la salud como consecuencia de un estado total de condiciones físicas óptimas, lo que se traduciría en un estado perceptivo de seguridad.

-En segundo término se percibe una concepción de carácter hedonista-trascendentalista evidente en nueve (9) respuestas con un índice de 24,32%, lo que significa que casi una cuarta parte de los usuarios consultados comparte la idea de salud en forma idealista. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio. Ello significa que consideran a la salud como estado perceptivo de valores como el bien y la felicidad, que no son sino resultados de estar sano, pero condicionantes de tal estado.

-En tercer término, se identificó una concepción de salud como estado funcional que capacita para la acción, evidenciada en la capacidad de actuar (“poder hacer lo que quiera”), en seis (6) respuestas, con un índice de 16,21%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Significa esta tendencia una valoración del dinamismo

corporal en función de la ejecución de acciones que pueda emprender el sujeto. La salud es posibilidad de actuar, no tener ningún obstáculo o limitación física o psíquica, lo cual es una consecuencia y no una causa.

-En cuarto término se identificó la ausencia de enfermedad, evidente en dos (2) respuestas, como lo refleja el índice de 5,43%, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia de concepción de salud como opuesto de enfermedad indica también la idea de una consecuencia y no una causa percibida sobre el estado orgánico de la persona al estar consciente de o padecer ningún malestar, lo cual es un estado aparente.

-En quinto término y a un muy bajo nivel de predominio se identificaron como criterios la actitud de chequeo con los médicos y la alimentación, expresada en una (1) respuesta cada una, con índices de 2,70 puntos, indicando que la visión sobre la salud se basa en medios que permitan prevenir la ocurrencia de la enfermedad o prever condiciones para que esta ocurra. No es, por tanto, una concepción de la salud, sino una forma de garantizarla a través de normas científicas reconocidas.

En síntesis, la dispersión conceptual sobre la salud refleja diversas valoraciones físicas y psíquicas como condicionantes para percibir dicho estado como consecuencia, y no como una preocupación o búsqueda que permita biológica, psíquica y socialmente mantener la vida, la salud no es percibida como responsabilidad de la persona como sujeto de salud.

CUADRO Nº 3:

Razones de enfermedad en una persona de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera-La Vega.

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-Cuando se siente mal y están decaídos	6	Afección Psíquica	20	50,00
-Cuando hay stress por problemas acumulados	3			
-Cuando se ve deprimido, decaído, no necesariamente debe tener dolor	3			
-Cuando se ve la mirada triste, afligida con la autoestima baja	2			
-Cuando hay pesadez en el cuerpo y no hay ánimo para hacer las cosas	6			
-Cuando les duele o molesta algo	5	Afección Física	9	22,5
-Cuando hay palidez en el rostro y está agobiado	2			
-Cuando le pasa algo en su organismo	2			
-Cuando están en la cama y/o tienen que ir al médico	4	Dependencia Médica	4	10,00
-Cuando no pueden hacer nada	4	Incapacidad Funcional	4	10,00
-Cuando tiene una mala alimentación	1	Deficiencia Alimentaria	3	7,5
-Cuando está baja de peso y no hay apetito	2			
Total	40		40	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a la percepción de enfermedad, deducidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se definió de acuerdo con la siguiente orientación:

- Es notable el predominio de una percepción de la enfermedad basada en la idea de la afección psíquica, evidenciada en veinte (20) respuestas, cuyo índice alcanza un valor de 50,00%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel. Ello significa que la mitad de los usuarios entrevistados perciben la enfermedad como consecuencia de un estado de malestar por problemas acumulados y falta de ánimo para realizar actividades cotidianas, lo que se traduciría como un estado de perceptivo de malestar psíquico.

-En segundo término la percepción de la enfermedad está basada en las afecciones físicas expresada en nueve (9) respuestas, con un índice de 22,50%, lo que significa que casi una cuarta parte de los usuarios entrevistados comparte la percepción de la enfermedad con incapacidad física. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio. Ello significa que consideran a la enfermedad como estado perceptivo de síntomas de dolor o molestias en su organismo que le impiden realizar su tareas diarias

-En tercer término, se identificó una percepción de la enfermedad como un conjunto de signos y síntomas que obligan a la dependencia médica e incapacidad funcional como lo refleja en cuatro (4) respuestas cada una, con un índice del 10,00% cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia de percepción de la enfermedad indica que si no hay presencia de signos y síntomas hay ignorancia de la misma.

-En cuarto término y en muy bajo nivel de predominio se identificó la deficiencia alimentaria como responsable o causante de enfermedad, expresada en tres respuestas, con un índice de 7,50. Esto nos refleja que la percepción de la enfermedad se basa en el peso corporal o la inapetencia o deseo de alimentarse.

De acuerdo con estas tendencias, la percepción de enfermedad al igual que la concepción de la salud refleja diversas valoraciones físicas y psíquicas. Las razones de enfermedad de una persona están valoradas en un conjunto de signos y síntomas que de no existir no le consideran enfermos, ignorando que existen enfermedades que no lo reflejan.

CUADRO N° 4:

Consideraciones sobre percepción de enfermedad de los usuarios atendidos en el consultorio del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	6	20,00
Negativas	22	70,34
Omitidas	2	6,66
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a la percepción de encontrarse enfermos en el momento de la entrevista, se identifica que:

- Es notable el predominio de no sentirse afectados de la salud, cuyo índice alcanza el 70,34%, el cual por estar situado entre los intervalos de 80,00 a 61,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un alto nivel. Ello significa que más de la mitad de los usuarios entrevistados se consideran no estar enfermos, ya que se sienten en buenas condiciones, lo que se percibe aparentemente como un estado de bienestar físico.

- En segundo término se evidencia que menos de una cuarto parte de los usuarios entrevistados asumen encontrarse enfermas, cuyo índice alcanza el 20%, el cual por estar situado entre los intervalos de 20,00 a 1,00 corresponde a un muy bajo nivel de predominio, esta tendencia indica que deben existir algunos signos o síntomas que hacen percibir un estado de enfermedad.
- En tercer término se identifica que un 6,66% de los entrevistados desconoce u omite saber su estado de salud o enfermedad. Por encontrarse en los intervalos de 20,00 a 1,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias se corresponde con un muy bajo nivel de predominio.

En consecuencia a las tendencias, se infiere que los usuarios atendidos en el consultorio del referido centro de salud se auto representan en buen estado de bienestar físico, en cuanto no perciben síntomas de enfermedad ni asocian los malestares bucales con su estado de salud integral, teniendo una visión errada acerca de la salud y la enfermedad.

CUADRO N°5:

Razones de percepción de enfermedad de acuerdo con las respuestas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización	ΣFr	Fa
-Tengo malestar y dolor	6	Padecimiento de malestar Físico	7	63,63
-Padezco de una enfermedad	1			
-Me siento decaída	2	Padecimiento de malestar psíquico	3	27,27
-La angustia y la soledad también enferman	1			
-No tengo dinero	1	Por insuficiencia Económica	1	9,10
Total	11		11	100,00 %

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a la percepción de enfermedad, deducida de los seis (6) usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, que se reconocieron como enfermos se obtuvo un total de once (11) respuestas cuya tendencia se definió de esta manera:

- Es notable el predominio de una percepción de la enfermedad basada en la idea de la afección física, cuyo índice alcanza un valor de 63,63%, el cual por estar situado entre los intervalos 80,00 – 61,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un alto nivel. Ello significa que más de la mitad de los usuarios entrevistados que se consideraron enfermos, perciben la enfermedad como presencia de malestar y dolor lo que se traduciría como un estado de perceptivo de padecimiento de malestar físico que constituye una limitación funcional.
- En segundo término la percepción de la enfermedad está basada en las afecciones psíquicas con un índice de 27,27%, lo que significa que más de una cuarta parte de dichos usuarios comparte la percepción de la enfermedad como padecimiento de malestar psíquico. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio. Ello significa que perciben la enfermedad como un estado de decaimiento, soledad y angustia, siendo estos condicionantes emotivos y no expresiones orgánicas de enfermedad a nivel biológico.
- En tercer término, con un índice del 9,10% y ubicada entre los intervalos 20,00 a 1,00% se percibe una tendencia hacia un muy bajo nivel de predominio, ello representa a la carencia de dinero como causal para estar enfermo. Esta tendencia indica que la insuficiencia económica es considerada por una pequeña parte de los usuarios entrevistados como razón de percepción de enfermedad.

De la tendencia citada se infiere que las razones de percepción de enfermedad reflejan diversas valoraciones físicas, psíquicas y económicas. Las razones de enfermedad de una persona están valoradas en un conjunto de síntomas que van desde el dolor hasta el malestar que produce el no poseer dinero para poder mantener su estado de salud. Pero en síntesis, son más de carácter físico que psíquico.

CUADRO N°6:

Razones de percepción de carencia de enfermedad de acuerdo con respuestas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico Centro de Salud Santa Inés en La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización	Σ Fr	Fa
-Me siento bien, tengo buen animo	11	Disposición Anímica favorable	16	61,53
-Tengo tranquilidad y me siento fuerte	3			
-Me siento bien físico y emocionalmente	2			
-No tengo dolor ni malestar	3	Disposición Física Favorable	3	11,54
-Me siento sana	3	Sensación de Bienestar Integral	3	11,54
-Puedo hacer de todo	3	Disposición Funcional	3	11,54
-Estoy bien alimentada	1	Alimentación Adecuada	1	3,85
Total	26		26	100,00 %

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a la percepción de carencia de enfermedad, deducidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia identificada se discriminó en los términos siguientes:

-Es notable el predominio de una percepción de carencia de enfermedad basada en la idea de disposición anímica favorable, expresada en dieciséis (16) repuestas cuyo índice alcanza un valor de 61,53%; el cual por estar situado entre los intervalos 80,00 – 61,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un alto nivel. Ello significa que más de la mitad de los usuarios entrevistados concibe la percepción de carencia de enfermedad como consecuencia de un estado de ánimo favorable, lo que se traduciría en un estado de perceptivo de seguridad.

-En segundo término se percibe una disposición física favorable, sensación de bienestar integral y disposición funcional evidente en un índice de 11,54%, se ubica entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Ello significa que los usuarios entrevistados consideran no estar enfermos porque hay carencia de malestar y dolor, aseguran sentirse bien y estar en capacidad de hacer lo que quieran. Se observa que al no existir signos y síntomas, se consideran personas sanas.

-En tercer y último término y a un muy bajo nivel de predominio se identificaron como criterio la alimentación adecuada con un índice de 3,85 puntos, indicando que la visión sobre la enfermedad se basa en que estar bien alimentada le da la seguridad de no estar enfermos.

En función de estas orientaciones, las razones de percepción de no estar enfermos reflejan diversas valoraciones físicas, psíquicas y alimentarias. Las razones de no enfermedad de una persona están valoradas en un conjunto de síntomas que van desde la ausencia del dolor hasta la seguridad que produce que el estar bien alimentado es garantía de no estar enfermos.

CUADRO N° 7:

Consideraciones sobre percepción de enfermedad bucal de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en la Pradera-La Vega.

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	16	53,34
Negativas	14	46,66
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a la percepción de encontrarse enfermos de la boca en el momento de la entrevista, deducidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discriminó de la manera siguiente:

- Es notable el predominio de sentirse afectados en su salud bucal, de acuerdo con dieciséis (16) respuestas, cuyo índice alcanza el 53,34%, el cual, por estar situado entre los intervalos de 60,00 a 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias, corresponde a un mediano nivel. Ello significa que más de la mitad de los usuarios entrevistados consideran estar enfermos de la boca, ya que se presentan ciertas molestias bucales, lo que se percibe como un estado de malestar físico.
- En segundo término se identifica que menos de casi la mitad de los usuarios entrevistados, un total de dieciséis (16) casos, asume no encontrarse enfermo, este índice alcanza el 46,66%, el cual por estar situado entre los intervalos de 60,00 a 41,00 corresponde a un mediano nivel de predominio. Esta tendencia indica que deben a pesar de presentar algunas molestias bucales que hacen

percibir un estado de enfermedad, ellos no lo consideran de esa manera, ya que ven como algo normal tener caries.

De acuerdo con estas orientaciones se infiere la existencia del malestar como expresión de enfermedad, lo que permite identificar su expresión como un acto en que comienzan a manifestarse síntomas que obligan a recurrir al médico. No se concibe que aún en estado de aparente salud, internamente pueda manifestarse la enfermedad, por lo cual es escasa la recurrencia al especialista

CUADRO Nº 8:

Motivos por lo cual los usuarios atendidos en el Centro de Salud Santa Inés de La Pradera acuden al servicio por encontrarse enfermos de la boca

Respuestas		Categorización Conceptual	ΣFr	Fa
-Tengo caries y me produce dolor	8	Malestar dental	10	50,00
-Me empezó a molestar una muela	2			
-A repararme los dientes	1	Reparación Dental	4	20,00
-Es necesario arreglarme los dientes	2			
-Tenía una muela sin calza	1			
-Para que me haga una prótesis	2	Sustitución Dental	3	15,00
-Me faltan piezas y quiero recuperarlas	1			
-Me sangran las encías y tengo mal aliento	3	Malestar Bucal	3	15,00
Total	20		20	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a la percepción de enfermedad, deducidos de los dieciséis (16) usuarios que se consideraron padecer enfermedad bucal, atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, se obtuvo un total de veinte

(20) respuestas de acuerdo con estas orientaciones, en una tendencia caracterizada en los términos siguientes:

-Es notable el predominio de una percepción de la enfermedad bucal que los obliga a acudir al odontólogo, basada en la idea del malestar bucal, cuyo índice alcanza un valor de 50,00%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel. Ello significa que la mitad de los usuarios entrevistados diez (10) casos percibe la enfermedad bucal como consecuencia de un dolor o molestia producido por presencia de caries, lo que se traduciría como un estado de perceptivo de malestar físico.

-En segundo término la percepción de la enfermedad bucal que los obliga a acudir al odontólogo, está basada en las reparaciones dentales con un índice de 20,00%, lo que significa que casi una cuarta parte de los usuarios entrevistados cuatro (4) casos comparte la percepción de la enfermedad con piezas dentales fracturadas o excavadas por la presencia de caries o restauraciones en mal estado. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio. Ello significa que consideran a la enfermedad bucal como estado perceptivo de signos que así lo indican.

-En tercer término, se identificó una percepción de la enfermedad bucal que los obliga a acudir al odontólogo, como un problema de sustitución dental y malestar bucal respectivamente, como lo refleja el índice del 15,00% cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia de percepción de la enfermedad bucal indica que la ausencia de dientes y el querer recuperar las piezas dentales perdidas, el sangramiento dental y el mal aliento, los hace sentirse enfermos, percibiéndose en seis (6) casos la enfermedad bucal como un estado perceptivo de malestar funcional y físico.

En correspondencia a ambas orientaciones, la percepción de enfermedad bucal refleja diversas valoraciones físicas y psíquicas. Las razones de enfermedad de una persona están valoradas en un conjunto de signos y síntomas que de no existir, no le consideran enfermos, ignorando que existen enfermedades que no lo reflejan. En el caso de la salud bucal predomina la tendencia de asistencia al médico solo cuando presentan molestias y síntomas que no pueden postergarse, sino que forman parte de una necesidad que debe ser satisfecha para obtener cierta seguridad y comportamiento funcional adecuado.

CUADRO N° 9:

Consideraciones sobre si una persona sin dientes está enferma o podría enfermarse de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	18	60,00
Negativas	11	36,67
Omitidas	1	3,33
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de las respuestas relativas a las consideraciones sobre si una persona sin dientes está enferma o podría enfermarse, deducidas de los 30 entrevistados atendidos en el consultorio

odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de no sentirse afectados de la salud, cuyo índice alcanza el 60,00%, el cual por estar situado entre los intervalos de 60,00 a 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un mediano nivel. Ello significa que más de la mitad de los usuarios entrevistados consideran una persona al no tener dentadura puede estar enferma o puede ocasionarle enfermedades.
- En segundo término los usuarios entrevistados consideran que el no poseer dentadura no es causa de enfermedad, cuyo índice alcanza el 36,67%, el cual por estar situado entre los intervalos de 20,00 a 1,00 corresponde a un muy bajo nivel de predominio, esta tendencia indica que hay desconocimiento de las consecuencias que puede acarrear no tener dentadura.
- En tercer término un 3,33% de los entrevistados desconocen u omiten saber si el no poseer dentadura puede ocasionar o afectar la salud, por encontrarse en los intervalos de 20,00 a 1,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un muy bajo nivel de predominio.

En función de estas tendencias se infiere a la prevalencia de la consideración de que la carencia de dentadura si bien no es signo de enfermedad en si misma, puede conducir a ella.

CUADRO Nº 10:

Razones de estar enferma de la boca una persona sin dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual Razones de que está enfermo	Σ Fr	Fa
-Del estómago	6	Trastorno estomacal	6	46,15
-Por su apariencia, no se puede reír, se debe sentir mal	3	De incomunicación Social	6	38,46
-No habla bien	3			
-De la mente, descuido	2	De la psiquis	5	15,39
-De depresión	3			
Total	17		17	100,00%

En función de la distribución de 17 respuestas, respecto a las 18 expresadas, en referencia a las razones de estar enferma de la boca una persona sin dentadura, deducidas de los 30 entrevistados atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de estar enfermo del estómago una persona que no tenga dentadura, cuyo índice alcanza el 46,15%, el cual por estar situado entre los intervalos de 60,00 - 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un mediano nivel. Ello significa que casi la mitad de los usuarios entrevistados consideran que una persona al no tener dentadura, puede presentar alguna enfermedad estomacal ya que el no poder masticar bien le puede causar trastornos digestivos.

- En segundo término los usuarios entrevistados consideran que el no poseer dentadura acarrea enfermedades psíquicas y físicas, cuyo índice alcanza el 38,46 %, el cual por estar situado entre los intervalos de 40,00 - 21,00 corresponde a un bajo nivel de predominio, esta tendencia indica que el no poseer la dentadura afecta la comunicación ya que por su apariencia las personas no pueden reír y se deben sentir mal, además de no poder hablar bien.
- En tercer término un 15,39% de los entrevistados afirman que una persona sin dentadura debe estar enferma de la psiquis ya que produce depresión y la apariencia es de descuido, por encontrarse en los intervalos de 20,00 a 1,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un muy bajo nivel de predominio.

La ausencia de la dentadura indica la prevalencia de una enfermedad que se expresa sistemáticamente a través de diversos síntomas psíquicos y físicos que no son percibidos por los que la padecen.

CUADRO N° 11:

Razones de no estar enferma de la boca una persona sin dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual Razones de no estar enfermos	Σ Fr	Fa
-No veo que tenga algo	3	Imposibilidad de tener caries	10	90,91
-Si no tiene dientes, no tiene caries, no está enfermo	1			
-No considero que se pueda enfermar	5			
-No, es normal	2	Se acostumbra a un nuevo estado	1	9,09
Total	11		11	100,00 %

De acuerdo con la distribución de las once respuestas relativas a las razones de no estar enferma de la boca una persona sin dentadura, deducidas de los entrevistados atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de la imposibilidad de estar enfermo de la boca una persona que no tenga dentadura, cuyo índice alcanza el 90,91%, el cual por estar situado entre los intervalos de 100,00 - 81,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un muy alto nivel. Ello significa que casi la totalidad de los once (11) usuarios entrevistados consideran una persona al no tener dentadura no puede no puede contraer alguna enfermedad ni padecerla, ya que no hay posibilidades de tener caries, es evidente la asociación de la caries como la única causa de la enfermedad bucal, ignorando que esta pérdida puede generar otras enfermedades.
- En segundo término los usuarios entrevistados consideran que el no poseer dentadura no acarrea ningún tipo de enfermedad porque es algo normal, cuyo índice alcanza el 9,09 %; el cual, por estar situado entre los intervalos de 20,00 - 1,00 corresponde a un muy bajo nivel de predominio, esta tendencia indica que el perder la dentadura es cuestión de costumbre, desconociendo así de las consecuencias que puede acarrear no tenerla.

La tendencia predominante indica una negación de la enfermedad en caso de no tener dentadura, obviando que esta puede ser una causa de otras enfermedades.

Cuadro N° 12:

Razones por las cuales podría enfermarse de la boca una persona sin dentadura acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-Del estómago por no poder masticar	11	Padecimiento estomacal	11	50,00
- Por ese foco de microbios en la boca podría enfermarse mas rápido	4	Padecimiento bucal	9	40,91
-De las encías porque se lastima cuando come algo duro	2			
-De una infección porque le salen ampollitas por falta de dientes	3			
-De depresión	2	Afección psíquica	2	9,09
Total	22		22	100,00 %

Considerando la distribución de 22 respuestas emitidas por las 18 que expresaron los encuestados afirmativamente en el cuadro 15, respecto a las razones por las cuales podría enfermarse de la boca una persona sin dentadura, la tendencia se discrimina en los términos siguiente:

- Es notable el predominio de presumir un padecimiento estomacal en una persona que no tenga dentadura. Este índice alcanza el 50,00%, el cual por estar

situado entre los intervalos de 60,00 - 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un mediano nivel. Ello significa que la mitad de los usuarios entrevistados considera que una persona al no tener dentadura puede llegar a padecer alguna enfermedad estomacal, ya que al no masticar bien puede causar trastornos digestivos.

- En segundo término, los usuarios entrevistados consideran que el no poseer dentadura, puede acarrear enfermedades bucales. Este índice alcanza el 40,91 %; el cual, por estar situado entre los intervalos de 60,00 - 41,00 corresponde a un mediano nivel de predominio. Esta tendencia indica que no poseer dentadura puede causar enfermedades infecciosas y de las encías; producto de maltratos por los alimentos duros.

- En tercer término un 9,09% de los entrevistados afirma que una persona sin dentadura puede enfermarse de la psiquis, ya que esto le produciría depresión. Por encontrarse en los intervalos de 20,00 a 1,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias, este indica un muy bajo nivel de predominio.

El reconocimiento de que una persona sin dentadura puede enfermarse es obvio, ya que en la representación orgánica y psíquica perciben posibles deterioros de la salud en sentido integral

Valores-Actitudes de Concepciones sobre Salud-Enfermedad Bucal

CUADRO Nº13:

Imagen construida sobre personas carentes de dentadura de acuerdo con respuestas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés.

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual Valoraciones	∑ Fr	Fa
-Que es descuidado	18	Seres de baja autoestima	31	65,94
-Tiene baja la autoestima	2			
-Que es cochina, da asco	3			
-Es sinvergüenza	1			
-No cuida su apariencia	3			
-Que se ve mal, es desagradable	1			
-Es antihigiénico	1			
-No fue a tiempo	1			
- Es no valorarse a uno mismo	1			
-Que se ve deteriorado, afecta la comunicación	4	Impedimento comunicacional	4	8,54
-Que le tiene miedo al odontólogo	2	Seres temerosos	3	6,40
-Pueden ser por los nervios	1			
- Que me da lástima	1	Impresión de minusvalía	3	6,40
-Me da tristeza a lo mejor no tuvo recursos para curarlos	2			
-Que si va a comer eso le molesta	1	Seres resignados al malestar	1	2,12
-A lo mejor tuvo un accidente	1	Producto de contingencias	1	2,12
-A lo mejor no tiene dinero para hacerse los dientes	1	Pobre económicamente	1	2,12
-Que deberían ir al odontólogo	1	Necesidad de atención especializada	1	2,12
-Nada debe ser natural, porque hay personas que las pierden mas temprano que otras	1	Proceso normal	1	2,12
-Que es falta de orientación	1	Seres sin orientación	1	2,12
Total	47		47	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos de la imagen construida sobre personas carentes de dentadura, deducidas de las 47 respuestas obtenidas de 30 usuarios entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de una construcción de imagen basada en la idea de la autoestima baja, cuyo índice alcanza un valor de 65,94%, el cual por estar situado entre los intervalos 80,00 – 61,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un alto nivel de predominio. Ello significa que más de la mitad de los entrevistados consideran que las personas carentes de dentadura dan sensación de descuido, que se ven muy mal y no se valoran a si mismos.
- En segundo término se percibe una imagen de impedimento comunicacional evidente en un índice de 8,54%. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 20,00 - 1,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un muy bajo nivel de predominio. Ello significa que consideran el no tener dentadura afecta la comunicación.
- En tercer término, se identificaron imágenes percibidas de temor e impresión de minusvalía con índices de 6,40%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Significa que existe la posibilidad de que las personas han perdido su dentadura producto de miedo al odontólogo, nervios o simplemente no tienen recursos para curarlos.
- En cuarto término se identificaron resignación al malestar, producto de contingencias, económicamente pobres, necesidad de atención especializada, algo natural y falta de orientación como las imágenes construidas por los usuarios entrevistados ante la presencia de una persona sin dentadura, como lo reflejan los índices de 2,12%, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se

identificó en muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia indica que consideran que la falta de dinero, la desorientación y algunos accidentes pueden provocar la pérdida de la dentadura, así como también puede ser algo natural porque de alguna manera en algún momento se pierden.

La imagen percibida por los usuarios acerca de una persona sin dentadura refleja la carencia de una autoestima sobre su condición orgánica, psíquica y social, en cuanto son concebidos en situación de minusvalía.

CUADRO N° 14:

Consideraciones sobre la percepción de la pérdida de la dentadura por parte de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera- La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	5	16,66
Negativas	25	83,34
Omitidas	0	0,00
Total	30	100,00%

En función de la distribución de los datos relativos a la percepción de la pérdida de la dentadura, deducida de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de no percibirse sin dentadura, cuyo índice alcanza el 83,34%, el cual por estar situado entre los intervalos de 100,00 a 81,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un muy alto nivel de percepción favorable y orientada potencialmente a la conservación.

- En segundo término encontraremos que sólo una pequeña parte de los entrevistados, si han pensado que en algún momento de su vida perderán su dentadura y lo ven como algo natural o normal, cuyo índice alcanza el 16,66%, el cual por estar situado entre los intervalos de 20,00 a 1,00 corresponde a un muy bajo nivel de predominio.

La tendencia predominante indica que la ausencia de temor a perder la dentadura expresa una predisposición favorable hacia la percepción de ausencia de parte del usuario, que no se considera como algo natural sino sujeto a otras condiciones.

CUADRO Nº 15:

Razones de preocupación frente a la posibilidad de perder la dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de usuarios atendidos en el consultorio odontológico del centro de salud Santa Inés de La Pradera- La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	30	100,00
Negativas	0	0,00
Omitidas	0	0.00
Total	30	100,00%

La distribución de los datos relativos a las razones de preocupación frente a la posibilidad de perder la dentadura, deducidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se expresa en los términos siguientes:

Es notable el predominio absoluto de preocupación ante la posibilidad de perder la dentadura, cuyo índice alcanza el 100,00%, el cual por estar situado entre los intervalos de 100,00 - 81,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias, corresponde a un muy alto nivel. Ello significa que la totalidad de los usuarios entrevistados manifiestan que les causaría mucha angustia tener que perder su dentadura y no se imaginan sin ella.

En relación a los resultados del cuadro 16, de la página siguiente relativa a las razones de preocupación acerca de la pérdida de dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del consultorio odontológico, se evidenció una tendencia caracterizada por la forma siguiente:

La distribución de los datos relativos a las razones de preocupación acerca de la pérdida de la dentadura, deducidas de los 30 entrevistados atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, se obtuvo un total de 54 respuestas, cuya tendencia es caracterizada en la forma siguiente:

- Es notable el predominio de una preocupación ante la posibilidad de la pérdida de la dentadura basada en la afección estética, cuyo índice alcanza un valor de 48,15%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel de predominio. Ello significa que cerca de la mitad de los encuestados le preocuparía perder su dentadura porque no podrían reír, se pierde la forma de la cara, en general les afectaría su presencia y su autoestima.
- En segundo término evidente en un índice de 27,78%, una preocupación basada en lo funcional. Más de una cuarta parte de los usuarios consultados comparte la opinión de que sin la dentadura no podrían masticar bien, no podrían besar y les costaría comer con una dentadura artificial. El índice se ubica entre los 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose un bajo nivel de predominio.

CUADRO Nº 16:

Razones de preocupación acerca de la pérdida de la dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-Me veo feo	6	Estética	26	48,15
-No me voy a poder reír	8			
-La cara no se ve igual	1			
-No abro mas la boca ese el frente de uno	1			
-Porque me daría pena	2			
-Porque es lo primero que te ven cuando te ries o hablas	4			
-Si eres bonita, pierdes el hechizo cuando te ven sin dientes	2			
-Porque son necesarios, la presencia es muy importante	2			
-No voy a poder besar	1	Funcional	15	27,78
-Porque no es igual la artificial	2			
-No masticaría bien	5			
-No podría comer	5			
-Porque me hacen falta	2			
-No saldrían bien las palabras	4	Expresiva- comunicacional	4	7,42
-No me acostumbraría	1	Inadaptabilidad	3	5,55
-Postizos deben ser incómodos	2			
-Me afectaría mi personalidad	2	Autopercepción negativa	2	3,70
-Porque es antihigiénico	2	Deterioro higiénico	2	3,70
-Porque forma parte de mi salud	1	Afección de la salud	1	1,85
-Debe ser difícil, aunque llega un momento en que uno los pierde	1	Temor	1	1,85
Total	54		54	100,00 %

- En tercer término, se identificó una preocupación expresiva comunicacional, con un índice del 7,42%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Significa esta tendencia una preocupación en el impedimento o dificultad de poder hablar con fluidez.
- En cuarto término se identificó la inadaptabilidad ante la posibilidad que tener que usar dentadura postiza, como lo refleja el índice de 5,55%, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Ello significa que la preocupación de no poseer dentadura se basa en una percepción de temor.
- En quinto término, y a un muy bajo nivel de predominio, se identificaron como criterios la auto-percepción negativa y el deterioro higiénico, con índices de 3,70 puntos.
- En sexto y último término, está el temor y la afección de la salud como criterios de auto-percepción negativa con índices de 1,85, los cuales al estar ubicados entre los intervalos 20,00 a 1,00 se identificó en muy bajo nivel de predominio.

De la tendencia evidenciada se deduce que las razones de carácter estético y funcional son predominantes en la percepción que tienen de si mismos ante la posibilidad de pérdida de la dentadura

CUADRO N° 17:

Percepción de efectos ante la posible pérdida de la dentadura de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-No poder comer bien	9	Apariencia funcional	32	42,66
-No podría hablar bien	15			
-No poder trabajar	8			
-Perder la forma de la cara	2	Apariencia estética facial	16	21,34
-No podría reír	10			
-En la estética	2			
-Me limitaría al abrir la boca	2			
-En mi autoestima	9	Apariencia Psíquica	12	16,00
-Me sentiría triste	2			
-Nadie me miraría sin dientes	1			
-Me afectaría físicamente	8	Apariencia Física	12	16,00
-En mi salud	4			
-Me daría mal aliento	3	Apariencia higiénica	3	4,00
Total	75		75	100,00 %

En función de la distribución de los datos relativos a la percepción de efectos ante la posible pérdida de la dentadura, deducidas de las respuestas de los 30 entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de una percepción de efectos ante la posibilidad de la pérdida de la dentadura, basada en la apariencia funcional, cuyo índice alcanza un valor de 42,66%; el cual, por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la

escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel de predominio. Ello significa que cerca de la mitad de los encuestados le preocuparía no tener su dentadura porque les impediría comer, hablar y les afectaría en su trabajo.

- En segundo término evidente en un índice de 21,34%, una percepción basada en la apariencia estética facial, lo que significa que casi la cuarta parte de los usuarios consultados comparte la opinión de que les preocuparía perder la dentadura porque perderían la forma de la cara, no podrían reír y se limitarían al momento de tener que abrir la boca. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio.

- En tercer término, se identificaron la apariencia psíquica y física como percepción de efectos ante la posible pérdida de la dentadura, con un índice del 16,00%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Significa esta tendencia una preocupación en el impedimento o dificultad de poder sentirse o estar bien ya que afectaría su apariencia.

- En cuarto término y a un muy bajo nivel de predominio se identificó una percepción basada en la apariencia higiénica, con un índice de 4,00 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Ello significa que una pequeña parte de los entrevistados considera que uno de los efectos temidos ante la pérdida de la dentadura sería presentar mal aliento.

Las consecuencias de pérdida de la dentadura se identificaron funcional y estéticamente, con la incidencia física y psíquica, por lo cual la percepción indicaría dejar de ser de una forma, pasando a otra, por tanto, existe conciencia de un cambio y una situación irrecuperable.

CUADRO N° 18:

Actitudes manifestadas ante la percepción de pérdida de dentadura por parte de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera- La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-No estaban tan malos, pero no tenía cultura de cuidarlos	1	Indiferencia Sanitaria	4	57,16
-No valoraba mis dientes, uno no sabe lo que tiene hasta que lo pierde	3			
-Podían arreglarse, pero dejé que las sacaran no quería tener dolor	1	Superación del Dolor	1	14,28
-Cuando esté viejo, eso es normal; los dientes se van cayendo	1	Dependencia de la Edad	1	14,28
-Ya me pasó y me cuesta masticar	1	Limitación funcional bucal	1	14,28
Total	7		7	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a las cinco (5) respuestas afirmativas correspondientes a las actitudes manifestadas ante la percepción de pérdida de dentadura por parte de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera- La Vega, se obtuvo un total de siete (7) respuestas, discriminada en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de una actitud basada en la idea de una indiferencia sanitaria, cuyo índice alcanza un valor de 57,16%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel de predominio. Ello significa que más de la mitad de estos usuarios entrevistados, manifestaron que la falta de valoración y de cultura de cuidados, provocaron la pérdida de su dentadura.

- En segundo y último término, se identificaron actitudes basadas en la superación del dolor, dependencia de la edad y la limitación funcional bucal como

lo refleja los índice del 14,28% cuya ubicación entre los intervalos 20,00 - 1,00, indica una tendencia hacia un muy bajo nivel de predominio. Ello significa que estos usuarios para no sentir dolor, ven como normal perder su dentadura, aunque después lamenten su pérdida por no poder masticar.

Las actitudes manifestadas de los usuarios entrevistados ante la percepción de la pérdida de la dentadura, infieren que esta es consecuencia de la falta de cultura de cuidados, la indiferencia y el temor al dolor implica reconocer una conciencia tardía sobre el valor de esa parte del organismo.

CUADRO Nº 19:

Consideraciones acerca de la recuperación de la dentadura con el uso de una prótesis acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	18	83,34
Negativas	12	16,66
Omitidas	0	0,00
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a las Consideraciones acerca de la recuperación de la dentadura con el uso de una prótesis, deducida de las respuestas de los 30 entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- El 83,34%, de los usuarios entrevistados considera que si se recupera la dentadura con el uso de una prótesis, el cual por estar situado entre los intervalos de 100,00 a 81,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un muy alto nivel de predominio.
- El 16,66% de los usuarios entrevistados considera que no se puede recuperar la dentadura con el uso de una prótesis, el cual por estar situado entre los intervalos de 20,00 - 1,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un muy bajo nivel de predominio.

En términos generales se infiere que existe una creencia de que las prótesis ayudan a recuperar la dentadura, lo cual es parcialmente cierto, en cuanto la funcionalidad de una dentadura original es más eficaz y garantiza un desempeño mayor de la función digestiva y del hablar.

CUADRO N° 20:

Consideraciones acerca de sentirse mejores personas con el uso de una prótesis de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	19	63,33
Negativas	10	33,33
Omitidas	1	3,34
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a las consideraciones, acerca de sentirse mejores personas con el uso de una prótesis, deducida de las respuestas de los 30 entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- El 63,33% considera que si se sentirían mejores personas con el uso una de una prótesis, el cual por estar situado entre los intervalos de 80,00 - 61,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un alto nivel de predominio.
- El 33,33% de los usuarios entrevistados considera el hecho de usar prótesis no les haría sentir mejor personas, el cual por estar situado entre los intervalos de 40,00 a 21,00 corresponde a un muy bajo nivel de predominio.
- El 3,34% de los usuarios entrevistados afirma no saber o desconocer si se sentirían mejor personas con el uso de una prótesis ,por encontrarse en los intervalos de 20,00 a 1,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias, el índice corresponde a un muy bajo nivel de predominio.

La tendencia predominante indica la prevalencia de una percepción en la cual la apariencia dental forma parte de la personalidad reflejándose a un nivel de bienestar físico y emotivo al recuperar, aun en forma superficial, la dentadura.

CUADRO Nº 21:

Consideraciones de desenvolvimiento normal de la vida ante un malestar bucal acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	4	13,33
Negativas	26	86,66
Omitidas	0	0,00
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a las consideraciones de desenvolvimiento normal de la vida ante un malestar bucal acuerdo con las respuestas obtenidas de los 30 usuarios entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

-El 86,66% de los usuarios asegura no poder desenvolverse normalmente ante la presencia de un malestar bucal, el cual por estar situado entre los intervalos de 100,00 a 81,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un muy alto nivel de predominio.

-El 13,33% de los usuarios asegura que ante una molestia bucal si pueden desenvolverse normalmente, por encontrarse en los intervalos de 20,00 a 1,00 de

la escala asumida para el análisis de tendencias, este puntaje se corresponde con un muy bajo nivel de predominio.

En términos generales, los síntomas y malestares derivados de problemas dentales constituyen impedimentos funcionales que afectan el desempeño de los usuarios, lo cual significa una situación que debe ser prevista en función de recurrencia al odontólogo.

Expectativas-Decisiones sobre la Relación Salud-Enfermedad Bucal

CUADRO N° 22:

Consideraciones acerca del gusto de asistencia al odontólogo acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	18	60,00
Negativas	12	40,00
Omitidas	0	0,00
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de las 30 respuestas obtenidas de los entrevistados acerca del gusto de asistencia al odontólogo la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- El 60,00% de los usuarios entrevistados afirmó que les gusta venir al odontólogo, el cual por estar situado entre los intervalos de 60,00 a 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencias corresponde a un mediano nivel. En tanto el 40%, negó que les gustase venir al odontólogo, el cual, por estar situado entre los intervalos de 20,00 a 1,00, corresponde a un muy bajo nivel de predominio.

En función de la tendencia señalada, proporcionalmente, seis (6) de cada diez (10) usuarios muestran disposición afirmativa y favorable de asistencia al odontólogo, por lo cual predomina una conducta que incidiría en una disposición positiva a favor de políticas y programas de atención odontológica en los sectores sociales menos asistidos odontológicamente.

En relación a la distribución de los datos relativos al cuadro nº 23 en la página siguiente la distribución de los datos relativos a las causas que inducen a la asistencia al odontólogo, deducidas de las respuestas de los 30 usuarios entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de una causa de asistencia basada en la prevención, cuyo índice alcanza un valor de 39,03%, el cual por estar situado entre los intervalos 40,00 – 21,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un bajo nivel. Ello significa que los usuarios entrevistados prefieren acudir al consultorio antes de presentar algún dolor y el temor de quedarse sin dientes los motiva a venir a consulta.

CUADRO N° 23:

Causas que inducen a la asistencia al odontólogo de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera- La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	∑Fr	Fa
-Era el momento de revisarme y arreglarme la boca	4	Preventivas	16	39,03
-Para prevenir	1			
-El temor de quedarme sin dientes	3			
-Por chequeo	6			
-Antes que me doliera un diente	2			
-Cuando sentí molestias, dolor , sensibilidad	10	Curativas	14	34,15
-Cuando me salió una caries	2			
-Cuando vi que se me estaban dañando los dientes	2			
-Cuando me vi una mancha en los dientes	2	Higiénicas	5	12,19
-El mal aliento	3			
-Tengo posibilidades económicas	1	Económicas	5	12,19
-Cuando tuve un chance	4			
-No me podía reír	1	Estéticas	1	2,44
Total			41	100,00 %

- En segundo término se percibe que la curación es la segunda causa de visita al consultorio, con un índice de 34,15%, lo que significa que los usuarios consultados comparte la idea de que la razón que los motiva a acudir al consultorio odontológico es el dolor y la caries dental. El índice en referencia se

ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio.

- En tercer término, se identificaron razones higiénicas y económicas para acudir al consultorio odontológico, con índices de 12,19%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia significa que la capacidad económica influye en la salud dental de los entrevistados, o sea es limitante a la hora de tomar una decisión.
- En cuarto término se identificó la apariencia como razón para acudir al consultorio odontológico, ello se refleja en un índice de 2,44%, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia está basada en la limitación que produce el tener los dientes en mal estado ya que no pueden reír ni hablar.

La asistencia al odontólogo o especialista esta condicionada esencialmente por factores preventivos y curativos, lo cual significa una actitud en que predomina relativamente la prevención. En este sentido, lo curativo se asocia a necesidades higiénicas y estéticas, que impulsan a la consulta por un temor a padecer síntomas que evidencian deterioros de salud.

CUADRO Nº 24:

Consideraciones acerca de la asistencia al odontólogo solo cuando se presentan molestias bucales de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Fa
Afirmativas	0	0,00
Negativas	30	100,00
Omitidas	0	0,00
Total	30	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a las consideraciones de los 30 entrevistados, acerca de su asistencia al odontólogo solo cuando se presentan molestias bucales las respuestas obtenidas evidencian una tendencia que se discrimina en los términos siguientes, la totalidad coincide, que no deben acudir al odontólogo solo cuando tengan dolor, sino que deben hacerlo como rutina para evitar perder la dentadura. Tal reconocimiento, sin embargo, es incompatible con su propia práctica de asistencia al odontólogo.

CUADRO Nº 25:

Motivos por lo cual los usuarios atendidos en el Centro de Salud Santa Inés de La Pradera acuden al servicio aun no estando enfermos de la boca

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-Como prevención	4	Prevención	10	55,55
-Por control	1			
-A chequearme	3			
-No es una enfermedad, es una necesidad tener los dientes sanos	2			
-No es una enfermedad es descuido	2	Curación	9	44,45
-Tengo dolor de muelas pero todavía no ha afectado mi salud	2			
-Vengo ha arreglarme los dientes pero no estoy enfermo	4			
-Es normal tenía una caries	1			
Total	19		19	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a motivos por los cuales acuden al servicio aun no estando enfermos de la boca, deducido de las respuestas de catorce (14) usuarios atendidos en el consultorio odontológico del

Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de una motivación basada en la idea de prevención, según diez (10) casos, cuyo índice alcanza un valor de 55,55%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel de predominio. Ello significa que más de la mitad de los encuestados concibe la prevención y la necesidad de tener los dientes sanos como causa para acudir al consultorio odontológico lo que se traduciría en un estado de motivación por seguridad.
- En segundo término se percibe una motivación de carácter curativo evidente en un índice de 44,45%, lo que significa que casi la mitad de los usuarios consultados, nueve (9) casos, se siente motivado a acudir al consultorio odontológico por tener dañados los dientes, pero no consideran encontrarse enfermos de la boca porque afirman que no les afecta su salud general, y que es algo normal tener caries, lo que se traduciría como un estado motivacional por curación. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 60,00 a 41,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un mediano nivel de predominio.

En función de ambas orientaciones, la ocurrencia al consultorio odontológico de los usuarios entrevistados, aun no estando enfermos de la boca, es consecuencia de algunas molestias dentales que ocasionan preocupación en los mismos; no lo perciben como enfermedad bucal. Sin embargo, consideran que es importante tener la dentadura sana, lo cual significa una valoración indispensable de carácter funcional y estética.

CUADRO Nº 26:

Razones que motivan a los usuarios del Centro de Salud Santa Inés de la Pradera a venir al consultorio odontológico.

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-Tengo caries	4	Búsqueda de Bienestar	12	32,43
-Para tener una buena salud y arreglarme mi dentadura	2			
-Por molestias y dolor	6			
- Para chequearme y mantener sana mi dentadura	4	Higiénica	7	18,92
-Una mancha en los dientes	2			
-Quiero ponerme en tratamiento para cuidarme los dientes	1			
Para sentirme mejor estéticamente y tener una buena sonrisa	3	Estética	8	21,63
Porque la dentadura es algo muy primordial y hay que tenerla en buen estado	2			
-Por estética	2			
-Para estar presentable y verme bien	1			
-Porque la doctora trabaja bien y es muy agradable	2	Calidad de Atención	5	13,52
-Porque me tratan bien	3			
-Me da pena mis dientes	1	Moral	2	5,40
-Porque me motive cuando traje a mi hijo	1			
-Quiero recuperar las piezas perdidas	2	Funcional	2	5,40
-Para prevenir un dolor	1	Preventiva	1	2,70
Total	37		37	100,00 %

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a las motivaciones expresado por los veintiséis (26) usuarios en torno a la ocurrencia al consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, deducidas de los usuarios atendidos, la tendencia de treinta y siete (37) respuestas obtenidas se discriminó en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de una concurrencia al consultorio odontológico basada en la idea de una búsqueda de bienestar, cuyo índice alcanza un valor de 32,43%, el cual por estar situado entre los intervalos 40,00 – 21,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un bajo nivel de predominio. Ello significa que más de la cuarta parte de los usuarios entrevistados (un total de 12 casos), se motiva a acudir al consultorio odontológico por presentar caries o molestias dentales, además de desear tener su dentadura sana, lo que se traduciría en un estado de búsqueda de seguridad.

- En segundo término, se identificó la concurrencia al consultorio odontológico por razones estéticas, como lo refleja el índice del 21,63% cuya ubicación entre los intervalos 40,00 - 21,00% indica una tendencia hacia un nivel bajo de predominio. Esta tendencia indica que para siete (7) de los usuarios entrevistados es importante tener una buena sonrisa y estar presentables estéticamente, lo que se traduce como un estado motivacional psíquico.

- En tercer término la motivación está basada en razones higiénicas con un índice de 18,92%, lo que significa que menos de una cuarta parte de los usuarios entrevistados desean mantener su dentadura sana y cuidada. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 20,00 a 1,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un muy bajo nivel de predominio. Ello significa que siete (7) casos considera importante mantener su salud bucal.

- En cuarto término se identificó la calidad de atención como motivo de ocurrencia al consultorio odontológico, como lo refleja el índice de 13,52%, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia indica que también es importante para los cinco (5) usuarios entrevistados el buen trato y la calidad del trabajo en el momento que acuden buscando soluciones bucales; evidenciando la presencia de la motivación en su atención en la salud bucal.

- En quinto término y a un muy bajo nivel de predominio se identificaron la motivación moral y la motivación funcional como razones de concurrencia al consultorio odontológico, señaladas en dos (2) casos respectivamente, con índices de 5,40 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio indicando que el querer recuperar las piezas perdidas y sentir pena por la apariencia de su dentadura, los obliga acudir al odontólogo.

- En sexto término en un caso cuyo índice de 2,70% que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio se identificó como razón que motiva al usuario entrevistado acudir al consultorio odontológico la prevención del dolor. Esto quiere decir que el temor al dolor dental tiene incidencia en la consulta antes de que comiencen a molestar los dientes.

La motivación de ocurrencia al consultorio odontológico de los usuarios entrevistados está basada en la búsqueda de bienestar tanto físico como psíquico, ya que tener dentaduras sanas y estéticamente presentables es importante para ellos. No obstante, es considerable el hecho de evitar el dolor recurriendo a factores emotivos y un tratamiento afectivo que aleje el temor que genera la atención odontológica.

CUADRO Nº 27:

Expectativas de la atención del odontólogo de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios del consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-Una buena atención	12	Atención psíquica adecuada	31	53,45
-Un buen trato	8			
-Que me de confianza	8			
-Que me regale un caramelito para romper el hielo	1			
-Que me entienda, soy muy nerviosa	2			
-Que todo me quede bien	5	Respuesta adecuada a problemas	8	13,79
-Que yo quede conforme con lo que hace	3			
-Que me arregle mis dientes	6	Atención curativa	6	10,35
-Que no me cause dolor ni trauma	3	Atención a síntomas y molestias	5	8,63
Que me quite el dolor	1			
-Que no tenga mal aliento	1			
-Que me ayude a no perder la dentadura	3	Atención preventiva	4	6,90
-Que me de respuestas positivas, que no me diga: -hay que sacar las muelas...	1			
-Un beneficio	1	Facilidad de pago por servicio	2	3,44
-Que me haga mis prótesis y cobre barato	1			
-Que tenga una buena estética en su trabajo	2	Solución estética al problema	2	3,44
Total	58		58	100,00 %

La distribución de los datos relativos a las 58 respuestas sobre las expectativas de la atención del odontólogo de acuerdo con las respuestas obtenidas de los 30 entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia de 58 respuestas obtenidas se discrimina en los términos siguientes:

- En primer término es notable el predominio de expectativas basadas en una atención psíquica adecuada, cuyo índice alcanza un valor de 53,45%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel de predominio. Ello significa que los usuarios entrevistados prefieren ser atendidos en un ambiente de confianza y de calidad, ya que esto les da seguridad y tranquilidad.
- En segundo término evidente en un índice de 13,79%, que los usuarios entrevistados esperan una respuesta adecuada a su problema, es decir desean que el trabajo realizado quede bien y se sientan conformes. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 20,00 -1,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un muy bajo nivel de predominio en lo que respecta a la seguridad profesional obtenida.
- En tercer término, se identificó la atención curativa basada en el mejoramiento de la apariencia, como expectativas de la atención con un índice del 10,35%, su ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo de predominio, lo que significa la necesidad de superar deterioros a nivel dental.

- En cuarto término y a un muy bajo nivel de predominio se identificó una expectativa de atención basada en atención a síntomas y molestias, con un índice de 8,63 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Ello significa que una pequeña parte de los entrevistados espera que cuando le atiendan le quiten dolores y malestares bucales, lo cual significa una búsqueda de soluciones parciales y transitorias a problemas que limitan el desempeño funcional de estos usuarios.
- En quinto término se identificó una expectativa basada en atención preventiva, con un índice de 6,90 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Ello significa que una pequeña parte de los entrevistados responsabiliza al odontólogo de la permanencia de su dentadura; buscan en él una solución pertinente que les garantice seguridad.
- En último término se identificaron expectativas de atención basada en la facilidad de pago por servicio y solución estética, con índices de 3,44 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificaron en muy bajo nivel de predominio.

De acuerdo con los predominios resaltantes, las expectativas de los usuarios al ser atendidos en el servicio de odontología consisten en la búsqueda de una solución segura y confiable, a sus problemas dentales, condicionada por una atención psíquicamente agradable, debido a los temores que implica la asistencia al odontólogo.

CUADRO N° 28:

Consideraciones de cómo les gustaría que los tratara el odontólogo de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	ΣFr	Fa
-Con delicadeza, suavidad	4	Disposición afectiva	35	66,03
-Con respeto y consideración	3			
-Con cariño	3			
-Con honestidad	2			
-Con cuidado	3			
-Con confianza	12			
-Como amigo	2			
-Que le dé animo a uno	2			
-Que aplique la psicología	3			
-Que espere un rato mientras me relajo	1			
-Que me diga lo que me está haciendo	12	Comunicación sobre el tratamiento recibido	12	22,64
-Chévere y que no cobre tanto	4	Acceso económico a sus servicios	4	7,54
-Que me ponga anestesia	2	Reducción del dolor	2	3,77
Total	53		53	100,00%

Según la distribución de los datos relativos a las consideraciones de los entrevistados de cómo les gustaría que los tratara el odontólogo, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- En primer término predomina la disposición afectiva, cuyo índice alcanza un valor de 66,03%, el cual por estar situado entre los intervalos 80,00 – 61,00 de la escala asumida se corresponde con un alto nivel de predominio. El afecto puede incrementar la confianza y mejorar la auto representación. Les gusta ser tratados con cariño, honestidad, confianza y afecto, con lo cual disminuiría el temor e inseguridad cuando asiste al odontólogo.
- En segundo término es evidente un índice de 22,64%, que los usuarios prefieren una comunicación sobre el tratamiento recibido. El índice se ubica entre 20,00 - 1,00, de la escala asumida, infiriéndose un muy bajo nivel de predominio. Los usuarios demuestran interés por el tratamiento, implicando una responsabilidad que condiciona la calidad de atención que aspiran recibir.
- En tercer término se identificó el factor económico, con 7,85 puntos, que, al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Es decir que si se les cobra poco, acuden a realizarse el tratamiento necesario para resolver transitoria y parcialmente su situación.
- En último término se identificó la reducción del dolor, con 5,88 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Ello significa la búsqueda de calmar el dolor, como primera necesidad de asistencia.

Las expectativas de atención ha recibir de parte del odontólogo dependen de la dimensión afectiva, como condición inmediata antes de cualquier tratamiento o intervención.

Orientaciones de Prevención y Autocuidado de la Salud- Enfermedad Bucal

CUADRO N° 29:

Beneficios percibidos al disponer de una dentadura sana de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera- la Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	ΣFr	Fa
-Para hablar bien y reírme	15	estética	29	45,31
-En la apariencia, es muy bonito reírse	10			
-Tener buena apariencia	4			
-Para comer a gusto	10	Mejoramiento digestivo	17	26,56
-Para masticar	7			
-Ayuda a mi salud	6	Mejoramiento de la salud	12	18,75
-Evitar infecciones	1			
-No tener la preocupación de cepillarme, de ir al odontólogo, ni tener caries	1			
-No tener que sacarme piezas	1			
-No me enfermo de ni de dolores, ni de mal aliento	3	Mejoramiento de la comunicación	6	9,38
- Me da seguridad para hablar y reír se cerca	2			
-Acercarme y hablar con las personas	4			
Total	64		64	100,00 %

Según la distribución de 64 respuestas obtenidas de 30 entrevistados, los datos relativos a los beneficios percibidos al disponer de una dentadura sana, la tendencia evidenciada se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de un beneficio de orden estético, cuyo índice alcanza un valor de 45,31%; el cual, por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel de predominio. Ello significa que cerca de la mitad de los entrevistados afirma que uno de los mayores beneficios que produce el tener una dentadura sana, es poder reír, hablar bien y tener buena apariencia.
- En segundo término, es evidente en un índice de 26,56%, un beneficio basada en el mejoramiento digestivo. Ello significa que más de una cuarta parte de los usuarios entrevistados comparte la opinión de que manteniendo la dentadura sana podrían masticar bien, y comer a gusto. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio.
- En tercer término, se identificó un beneficio basado en el mejoramiento de la salud, con un índice del 18,75%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Significa esta tendencia una tranquilidad por parte de los usuarios entrevistados al no tener que preocuparse por tener que extraerse piezas dentales ni tener dolores, si mantienen su dentadura sana.
- En cuarto término se identificó el mejoramiento de la comunicación como beneficio percibido al disponer de una dentadura sana, como lo refleja el índice de 9,38%; que, al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Ello significa que su percepción esta basada en la seguridad de poderse relacionar con las demás personas sin temor alguno.

De acuerdo con la tendencia evidenciada, la búsqueda de la salud integral es vista como una de las consecuencias de tener una dentadura sana, la cual constituye perceptiblemente una expectativa personal de vida tanto orgánica como social.

CUADRO N° 30:

Cuidados Practicados en Función de evitar la pérdida de dentadura por parte de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-Me cepillo diariamente	15	Aseo Bucal Diario	27	43,07
-Uso pasta dental, hilo, productos que me ayuden a prevenir la caries	2			
-Me hago lavados bucales	1			
-Uso enjuagues bucales	3			
-Me los cuido, mantengo el aseo	6			
-Asisto al odontólogo, me pongo en control	15	Control Odontológico	15	23,07
-Le dedico mas tiempo, hago un buen cepillado	6	Aseo Correcto	6	9,24
-Me alimento bien	6	Alimentación Adecuada	6	9,24
-No como tanto dulce	6	Evitar Azúcares	6	9,24
-Mantengo los que me quedan sanos	3	Conservación de piezas sanas	3	4,61
-No como cosas duras, no destapo botellas	1	Evitar el uso inadecuado de la dentadura	1	1,53
Total	64		64	100,00 %

Considerando la distribución de los datos relativos a las 25 respuestas negativas sobre la percepción de pérdida de dentadura y cuidados practicados en función de evitar la pérdida de dentadura, la tendencia de las 64 respuestas obtenidas se discrimina en los términos siguientes:

- Es notable el predominio de una actitud de auto cuidados basado en la práctica de aseo bucal diario, cuyo valor de 43,00%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida, se corresponde con un mediano nivel. Ello significa que cerca de la mitad de los entrevistados considera que pueden evitar la pérdida de su dentadura mediante el uso de cepillados, enjuagues y productos que ayuden a prevenir la caries.
- En segundo término se percibe una actitud de responsabilidad ante el odontólogo con un 23,07%, lo que significa que casi una cuarta parte de los usuarios consultados comparte la idea de que el control odontológico es la mejor opción para evitar la pérdida de su dentadura. El índice se ubica entre los intervalos 40,00 a 21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio.
- En tercer término, se identificaron la alimentación adecuada, aseo correcto y no consumir azúcares como métodos para evitar la pérdida de la dentadura con índices de 9,24%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un nivel muy bajo nivel de predominio. Significa una idea basada en la buena alimentación, la ingesta baja en azúcar y la dedicación de mayor tiempo al cepillado hará que mantengan su dentadura por más tiempo.
- En cuarto término se identificó la conservación de la pieza sana, como lo refleja el índice de 4,61%, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio. Esta tendencia de cuidados es creada por las personas que ya han perdido parte de su dentadura y por temor de

quedarse sin la totalidad de los mismos tratan de mantener los que le quedan sanos.

- En quinto término y a un muy bajo nivel de predominio se identificaron como criterios de cuidados, el evitar el uso inadecuado de su dentadura, con índices de 1,63 puntos, indicando que la visión sobre la conservación de su dentadura se basa en no consumir alimentos duros y no abusar de la misma utilizándola para destapar objetos u otro uso indiscriminado, de esta manera evitaran perderla.

De la tendencia evidenciada se deduce que, en términos generales, existe una conciencia profiláctica acerca de la necesidad de tener una dentadura sana, lo que implica la prevalencia de cuidados y previsiones pertinentes a su conservación.

CUADRO Nº 31: Síntomas caracterizados de malestar bucal percibido por los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Síntomas	Fr	Fa
-Dolor de muelas	23	38,33
-Sangramiento de las encías	18	30,00
-Inflamación de la cara	8	13,34
-Piezas dentales pesadas	6	10,00
-Sensibilidad dental	5	8,33
Total	60	100,00%

De acuerdo con la distribución de los datos relativos a los síntomas caracterizados de malestar bucal, percibidos por los 30 usuarios entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

- En primer lugar predomina el dolor de muelas, como el malestar mas percibido, cuyo índice alcanza el 38,33%.
- En segundo lugar se reconoce el sangramiento de las encías como uno de los malestares mas percibidos por los usuarios entrevistados, con un índice del 30,00%.
- En tercer, cuarto y quinto lugar encontramos la inflamación de la cara, piezas dentales pesadas y sensibilidad dental como otros síntomas percibidos con índices de 13,34%, 10,00% y 8,33% respectivamente.

Los resultados demuestran que la caries dental y la enfermedad periodontal, son las enfermedades principales de las cuales padecen los usuarios atendidos en el consultorio odontológico, los demás síntomas también están asociados a las mismas enfermedades; estas son las que tienen mayor incidencia en las consultas.

En función de la distribución de los datos del cuadro nº 32 en la página siguiente relativas a las decisiones asumidas frente a malestares bucales, las 51 respuestas obtenidas de los 30 usuarios entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, la tendencia se discrimina en los términos siguientes:

CUADRO N° 32:

Decisiones asumidas frente a malestares bucales de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Fr	Fa
-Tomo calmantes	12	Recurrencia a medicamentos conocidos	19	37,25
-Tomo antibióticos	4			
-Tomo desinflamatorios	1			
-Le pregunto a mi mamá para que me diga que es bueno	1			
-Para el sangramiento me coloco un flúor que me regaló una doctora	1			
-Vine al médico	5	Consulta médica	17	33,33
-Voy al odontólogo directamente	12			
-Me cepillo rápidamente y se me quita y si no, me vengo	5	Recurrencia a métodos higiénicos	8	15,69
-Cepillarme y usar enjuague (listerine)	3			
-Nada, al rato se me pasa el frío	2	Esperar que pase	4	7,85
-Aguanto mi dolor, pero se que debo venir a curármela	2			
-Uso pitillos y evito lo frío y lo caliente	1	Recurrencia a métodos caseros	3	5,88
-Tomo agua fría	2			
Total	51		51	100,00%

- En primer lugar predomina la recurrencia a medicamentos conocidos frente al malestar bucal, cuyo índice alcanza un valor de 37,25%, el cual por estar situado entre los intervalos 60,00 – 41,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un mediano nivel de predominio. Ello significa que los usuarios entrevistados prefieren automedicarse con fármacos conocidos o recomendados por otros.
- En segundo término evidente en un índice de 33,33%, que los usuarios entrevistados prefieren ir a consulta médica. El índice en referencia se ubica entre los intervalos 40,00 -21,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un bajo nivel de predominio. Ello significa los usuarios prefieren esperar el diagnóstico médico para recurrir al tratamiento adecuado.
- En tercer término, se identificó la recurrencia a métodos higiénicos, con un índice del 15,69%, cuya ubicación entre los intervalos 20,00 a 1,00% indica una tendencia hacia un muy bajo nivel de predominio.
- En cuarto término se identificó la decisión de soportar la molestia y esperar a que pase, con un índice de 7,85 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio.
- En último término se identificó la recurrencia a métodos caseros, con un índice de 5,88 puntos, que al estar ubicado entre los intervalos 20,00 a 1,00, se identificó en muy bajo nivel de predominio.

De acuerdo a la tendencia evidenciada se puede inferir que las decisiones de los usuarios ante malestares bucales se identifican en la recurrencia a la automedicación, procediendo por el sentido común, lo cual no es lo más adecuado ante la necesidad de desarrollar una cultura sanitaria de consultoría y asesoría odontológica.

CUADRO N°33:

Métodos aplicados en función del mantenimiento de la salud de acuerdo con las respuestas obtenidas de los usuarios atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera-La Vega

Respuestas	Fr	Categorización Conceptual	Σ Fr	Fa
-El cepillado dental	30	Higiénicos	56	88,89
-El enjuague bucal con listerine	13			
-Bicarbonato con limón los blanquea y limpia	4			
-Usé un polvo que traen los colombianos para limpiarlos	2			
-Sal con limón por las noches	2			
-Ir al odontólogo	3			
-Usar hilo dental	2			
-Comer sano	4	Alimentarios	7	11,11
-Masticar fibra	1			
-No comer chucherías	2			
Total	63		63	100,00%

La distribución de las 63 respuestas relativas a los métodos aplicados en función del mantenimiento de la salud de acuerdo con las respuestas obtenidas de los 30 entrevistados en el consultorio odontológico del Centro de Salud Santa Inés en La Pradera, parroquia La Vega, se evidencia en la tendencia siguiente:

- En primer término se identifica el predominio de métodos aplicados en función del mantenimiento de la salud, basadas en la higiene, cuyo índice alcanza un valor de 88,89%, el cual por estar situado entre los intervalos 100,00 – 81,00 de la escala asumida para el análisis de tendencia, se corresponde con un muy alto

nivel de predominio. Ello significa que los usuarios entrevistados aplican métodos como el cepillado, el uso preparados caseros y el enjuague bucal comercial, para mantener su salud bucal.

- En segundo término el método aplicado en función del mantenimiento de la salud, está basado en hábitos alimentarios con un índice de 11,11%- El índice en referencia se ubica entre los intervalos 20,00 -1,00, de la escala asumida, infiriéndose su tendencia hacia un muy bajo nivel de predominio. Ello significa que los usuarios aplican métodos como comer sano, evitar los dulces y masticar alimentos fibrosos para mantener su dentadura saludable.

Como consecuencia de la tendencia evidenciada, se infiere que el mantenimiento de la salud depende del mantenimiento higiénico preventivo, recurriendo al aseo cotidiano del cepillado, en tanto que la recurrencia al odontólogo tiende a ser muy baja.

Discusión de los resultados de la investigación

A partir de los resultados evidenciados en esta investigación, la necesidad de su contraste en relación a antecedentes y fundamentación teórico – conceptual permite señalar las siguientes tendencias:

Es evidente la prevalencia de una disociación cognitiva al saber que existe riesgo de enfermedad bucal y no asumirlo sino cuando se presentan síntomas o malestares de tal naturaleza, coincidiendo esta tendencia con los planteamientos de Adrian y Perdomo (1996), sobre la ausencia de decisiones favorables para

abandonar ciertas prácticas y actitudes negativas de conservación de la salud y la vida. Quizás la alternativa de la solución artificial (prótesis), pudiese incidir en una actitud de minusvalía frente a la pérdida de la dentadura y la ocurrencia de problemas bucales.

En similar dirección, las representaciones sociales que tienen de si mismos respecto de la salud – enfermedad bucal es un hecho social caracterizado más por la visión del otro como enfermo y no de si mismos, coincidiendo con las consideraciones realizadas al respecto por Reyes y Jacomé (1999) que dejan ver la influencia que en ello tienen los elementos culturales del medio social en que se desempeñan los usuarios y los elementos de estética; descartándose en el contexto de estudio la tradición, la religión, la emoción y los elementos no racionales que determinan actitudes y comportamientos sobre la salud.

Coinciden los resultados con las conclusiones señaladas por Romero (2003), sobre la preocupación predominante de asistencia al odontólogo basada en el dolor y el malestar bucal asociados a la carencia de hábitos preventivos sobre higiene bucal. Sin embargo se distancian de esta consideración en la afirmación de que la madre sea el agente de promotor y contacto con el servicio odontológico, que prevalece en las zonas rurales, pero que no es así en las urbanas o de bajo recursos económicos, enfatizando más la tendencia de asistencia curativa que preventiva.

Teóricamente, la concepción de la relación salud – enfermedad bucal identificada con la percepción de malestar y síntomas asociada a los modelos sanitaristas – señalado por Piña (1990) y el histórico – social, modelo que enfatiza la existencia de perfiles diferenciales de salud – enfermedad que guardan relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales, Berlinguer (1970), en cuanto se recurre a la curación la mayoría de las veces y el reconocimiento de un perfil del usuario del servicio odontológico en función de sus ocupaciones y roles sociales, asociados a la comunicación con el público.

Desde un punto de vista psico- social los usuarios atendidos en el Centro de Salud y el servicio odontológico se evidenció que existe preocupación frente a síntomas y malestares que amenazan la salud bucal y es lo que lleva a la búsqueda de soluciones más que todo transitorias. No perciben la enfermedad bucal como inconveniente, coincidiendo con el planteamiento de Nuñez de Villavicencia (1987), puesto que las actitudes son hacia soluciones recurrentes e inmediatas, ya que ello no incidía en el modelo de vida del usuario. Las creencias sobre el particular en gran parte son irracionales - implícitamente - , poniendo en evidencia los planteamientos de Ellis (1992) sobre la negación de la salud, al mantenerse sugerencias contrarias al bienestar y una concepción científica de la salud. En este caso se asume más de un modelo de percepción externo y aparente, que no interno orgánicamente reconocido en relación al especialista en odontología.

La representación social de los usuarios respecto a la salud – enfermedad bucal varía en función del contexto histórico – social de desempeño, predominando la visión estético – funcional internalizada por diversas influencias, como señala Farr (1984) y confirma la idea de Moscovici (1986) de la imagen que tienen de si mismo y de valores y creencias que condicionan su vida de relaciones (Jodelet, 1989), (Fisher, 1990), acostumbrándose a un estado que le es familiar orgánica y socialmente (Pereira de Sá, 1993). No obstante la búsqueda de solución a problemas o enfermedades bucales pareciera depender con el concepto de las situaciones que viven los usuarios.

Los valores y concepciones que caracterizan a la representación social sobre la salud y la enfermedad bucal se fundamentan en la naturaleza estética y funcional del aparato bucal para el cual se ejercen autocuidados variados sin la consulta permanente del odontólogo. No obstante, el autocuidado y las responsabilidades que ello implica son relativos, debido a la ausencia de constancia en la asistencia sanitaria, a menos que se presenten síntomas o malestares.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En función de los resultados obtenidos de esta investigación relativa a las Representaciones Sociales del proceso Salud - enfermedad bucal en usuarios del Centro de Salud Santa Inés- Sector La Pradera- Parroquia La Vega se señalan las conclusiones siguientes:

1- Las representación social sobre la salud – enfermedad bucal varía en función del rol social que poseen los usuarios, existiendo una conciencia superior en quienes ejercen una labor pública, a partir de la cual se perciben y son percibidos por otros.

2-La concepción sobre la salud – enfermedad bucal predominante en los usuarios tiende a identificarse con la idea de bienestar integral en la que se conjugan lo físico, lo emocional y lo mental, lo cual refleja los efectos inmediatistas de un estado que supera cualquier molestia o síntoma que incapacita. Se infiere el estar

bien sin considerar las causas que lo originan, de ahí que la representación de la relación salud – enfermedad no sea percibida como problema social.

3 -En correspondencia con la citada concepción, la percepción de la enfermedad se refleja más psíquica que físicamente. En el caso de análisis, la mayor parte de los usuarios atendidos, no se consideran enfermos, ignorando el carácter de enfermedad de los problemas bucales, asistiendo al ambulatorio por padecer de malestares físicos.

4-Los usuarios que se perciben no estar enfermos lo hacen en función de una representación basada en una disposición anímica favorable que le facilita su desempeño sin saber que ello es una consecuencia de la carencia de algún síntoma que pueda surgir potencialmente en relación con la enfermedad, como sería el caso de malestar dental y bucal.

5-En términos de representaciones sociales consideran los usuarios que una persona podría enfermarse al carecer de dentadura, por su tendencia a trastornos estomacales, incomunicación social y psíquica. Sobre la representación que tienen de si mismo, una persona no está enferma de la boca cuando carece de caries - por la ausencia de dentadura - lo cual es falso ya que no puede realizar sus funciones digestivas ni fonéticas, ya que sin dentadura es proclive a padecer del estómago y de la boca.

6-En términos de los valores y actitudes que tienen los usuarios en la manera de concebir la relación salud – enfermedad bucal, la imagen predominante sobre una persona sin dentadura es la de “seres de baja autoestima”, lo cual significa un juicio sobre una consecuencia sin considerar las causas que pueden originar dicha situación.

7-En un alto nivel de percepción la imagen de los usuarios es “no percibirse sin dentadura”, lo cual constituye una preocupación tanto de valor estético como

funcional. En este sentido la percepción que tienen de los efectos incide en la visión integral abarcando lo funcional, la estética facial, la apariencia física y psíquica e indicando cierta conciencia sobre el sentido de la atención por parte del especialista.

8-Una de las actitudes manifestadas ante la percepción de la pérdida de la dentadura es la indiferencia sanitaria y preocupación por el aparato bucal indiferentemente de la edad, considerando que la dentadura puede recuperarse recurriendo a las prótesis. Predomina una visión recurrente de una solución artificial para superar un problema social, por lo cual la representación social de la salud – enfermedad bucal no es estimada correctamente como problema socio – sanitario.

9 -La percepción física que tiene acerca de la posición de una prótesis coincide con la disposición de sentirse mejores personas, lo cual está asociado con el ámbito de las relaciones sociales y una mayor integración en grupos de adscripción. En oposición a ello, el malestar bucal constituye un impedimento para el desenvolvimiento normal de las personas, pudiéndose considerar como una consecuencia previsible que solo puede ser asumida a través de la cultura preventiva que tiene sentido educativo de las representaciones sociales.

10-Relativo a las expectativas y decisiones vinculadas a la función de relación salud-enfermedad bucal, los usuarios consideraron una tendencia aceptable a asistir al odontólogo en contraste con un bajo nivel que concibió no ser de su agrado, lo que indica la prevalencia de cierta indisposición emotiva a enfrentar el contacto con el especialista; sin embargo coinciden tanto las prácticas preventivas como las curativas en la tendencia a la asistencia. Ello contrasta con la representación social de no asistir al odontólogo solo cuando se presenten molestias bucales, indicando una disociación cognitiva, porque una parte de ellos asiste buscando solución curativa y no preventiva.

11-Las causas que motivan a los usuarios a asistir al consultorio odontológico son jerárquicamente la búsqueda del bienestar, la higiene y la estética. La calidad de atención no es considerada como un factor condicionante, lo cual constituye un impedimento en la relación con el especialista y el usuario, requiriendo un cambio en la relación que garantice la incorporación de los usuarios al disfrute de estos servicios.

12-La representación ideal que tienen del odontólogo consiste en la atención psíquica adecuada debido a los temores que origina cualquier tratamiento, la búsqueda de respuestas adecuadas a problemas y la atención curativa. La prevención no aparece como una expectativa de atención dentro del cuadro de representación que origina la relación con el especialista dental. No obstante, la expectativa predominante de sus requerimientos consiste en la disposición afectiva y la comunicación sobre el tratamiento que se recibe para garantizar seguridad del usuario.

13-En relación a las orientaciones de prevención y autocuidado de la salud y enfermedad bucal, la representación social que se evidencia de los beneficios de una dentadura sana es generalmente estética, percibida por los usuarios con predominio del mejoramiento digestivo, mejoramiento de la salud y la comunicación, por lo cual predomina la recurrencia al aseo bucal diario sobre el control odontológico periódico.

14-La conciencia sobre los síntomas de malestar bucal son evidenciados en el dolor de muelas y el sangramiento de las encías como frecuentes, lo cual incidiría en una práctica de tratamiento más curativa que preventiva en estos sectores sociales donde existe un tipo de representación social condicionada por una práctica de recurrencia esporádica al personal médico y no una preocupación constante y de autocuidado de la salud.

15-De acuerdo con las decisiones que asumen los usuarios frente a malestares bucales se evidenció el predominio de la recurrencia a medicamentos conocidos (automedicación ante la consulta médica), implicando para el odontólogo una práctica de atención en función de superar ciertos malestares de los usuarios. La práctica desarrollada por estos se caracteriza por la recurrencia a métodos higiénicos antes que alimentarios, sobre los cuales tienen relativas ideas. No obstante gran parte de los métodos higiénicos caseros asumidos no garantizan solución a los problemas dentales ni bucales, pues no está reconocida científicamente su efectividad.

Recomendaciones

En virtud de las conclusiones esbozadas anteriormente, se formulan las recomendaciones siguientes:

1-Es preciso introducir cambios en la representación social que tienen los usuarios acerca de la relación salud – enfermedad bucal, superando la valoración estética y funcional por una concepción socio – sanitaria preventiva que mejore la calidad de vida a partir de la percepción de los problemas bucales como una enfermedad que tiende a afectar a los grupos y clases sociales menos asistidas de la población.

2-En atención a esta necesidad es pertinente diseñar programas de relación entre el centro de salud y las organizaciones comunales para incrementar la atención a la población, lo cual requiere de esfuerzos con sectores de salud

(barrio adentro y centro de diagnóstico integral), para el diagnóstico y tratamientos de problemas bucales y dentales, en aquellos casos de mayor vulnerabilidad.

3-Paralela a esta estrategia es pertinente realizar campañas divulgativas y asistenciales en los planteles escolares para atender problemas de caries en niños y adolescentes, no asistidos en el centro sino en las escuelas.

4-Es necesario replicar la investigación con otros usuarios para obtener una visión ampliada de la permanencia o variación de la representación social identificada, a objeto de conocer la contextualización y la tendencia que caracteriza social y cognitivamente la relación salud – enfermedad bucal en la población objeto de atención por parte del centro de salud.

5-Es preciso cambiar el enfoque de cada usuario del servicio odontológico sobre su situación y la forma particular de resolver sus problemas bucales al margen de criterios médicos, sanitarios y estéticos relacionados con el logro de una salud integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrian, A y Perdomo, M (1996) **Relación entre las significaciones atribuidas al zapato deportivo de Marca y riesgos de pérdida de vida en adolescentes de 15 a 20 años en sectores populares del Oeste caraqueño** (Tesis de Grado). Caracas: Escuela de Sociología de la Universidad Central de Venezuela.
- Adrianza, M (1996) **Prospectivas sobre la salud en Venezuela**. El Universal C-3, p4. Caracas: Diario El Universal.
- Barrios, M (2003). **Normas para la presentación de trabajos de grado y tesis doctorales** (3ª Edición) Caracas: Ediciones de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Beriain, J (1990) **Representaciones Colectivas y Proyecto de Modernidad**. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Blauberg, I et col (1987) **Diccionario de Filosofía Marxista**. D.F México: Ediciones Nueva Imagen.
- Bolivar, C et col (1995) **Representación social en el proceso de construcción de la lecto - escritura**. Tomo I, D.F México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Briceño, M et al (1985) **Orientaciones para la presentación de tesis de maestría**. (Mimeo) Caracas: Universidad Nacional Experimental "Simón Rodríguez"
- Brubacher, P(1986) **Filosofía Moderna de la educación**. Mexico D.F: Ediciones Letras.
- Brunh, K y Córdoba, A (1985) **Ciencia del Comportamiento**. Journal of Behavioral Medicine. Vol 3, nº10, SLE: Editorial Springer Nethederlands

- Canales, I, Alvarado, E y Pineda, E (1989). **Metodología de la Investigación**. D.F, México: Ediciones de la Oficina Panamericana de la Salud.
- Casales, J (1989) **Psicología Social. Contribución a un estudio**, capítulo VIII. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Castoriadis, C (1993) **El imaginario social de Colombo**. Montevideo: Editorial Altamira.
- Dilts, R., Halbom, T y Smith, S (1996) **Las creencias, caminos hacia la salud y el bienestar**. Capítulo I. Argentina: Editorial Urano.
- Ellis, A (1989) **Práctica de Terapia racional-emotiva**, capítulo I. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer,.
- Farr, R. (1984). **Las representaciones sociales**. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Geiringer, A (1983) **La sociedad y la salud**. Valencia:Ediciones Valentex
- González, R (2001) **Psicología y Salud**. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández, R, Fernández, C y Baptista, P(1991). **Metodología de la Investigación**. D.F. México: Ediciones Mc Graw Hill.
- Jodelet. D. (1984). **La representación social**. Barcelona: Editorial Paidós.
- Leininger, M.(1967) **Concepto de Cultura y su relevancia para la enfermera**. México: Oficina Panamericana de la Salud
- Moscovici, S. (1986) **Psicología Social II**. Barcelona: Editorial. Paidós.
- Núñez , F. et, al (1987). **Psicología Médica. T2**..La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- O.M.S. (1948) **Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud**, (mimeo). México: Oficina Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- O.M.S. (1977). **Asamblea Mundial de la Salud**. Brasilia: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1978) **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Tbilisi: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.

- Ortiz Barili, P (1985) **Diccionario Políglota Barza**. Madrid: Ediciones Cuántica
- O.P.S. (1981) **Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000**. México: Ediciones de la Oficina Panamericana de la Salud.
- Orem, M (1984) **Autocuidado de la Salud**. (Mimeo) Caracas: Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela.
- Padrón, J (1995) **Teoría de la Acción y Análisis del Discurso**, Caracas: Universidad Nacional Experimental "Simón Rodríguez".
- Parsons, T (1989) **Teoría de la Acción**. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Pereira de Sá, C. (1993) **Representaciones Sociales: Conocimiento no cotidiano**. Sao Paulo: Editorial Brasiliense.
- Piña, B (1990) **Modelos de Explicación sobre la determinación del Proceso Salud Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad**. Tomo I. D.F México
- Ramírez, J. (1997) **Religión, cultura y sociedad en Cuba**. La Habana: Papers Revista de Sociología N°52
- Reyes, N y Jácome (1999), "**Representaciones Sociales en relación con las causas de la enfermedad oral, en los sectores de influencia de las casas vecinales del sector A de Ciudad Bolívar y San Luis de San Isidro**". Bogotá: Revista de la Federación Odontológica Colombiana n° 194
- Rodríguez, A (1974) **Las Actitudes. (T3)**. La Habana: Departamento de Psicología.
- Rodrigo, M (1994). **Etapas, contextos, dominios y teorías implícitas en el conocimiento social**. Madrid: Editorial Síntesis.
- Romero, Y (2003) "**Hábitos que influyen en el proceso salud-enfermedad bucal Estudio etnográfico en grupo de madres de la comunidad de San Isidro, estado Mérida, 2003**". Caracas: Acta Odontológica, Vol. 43, N°44.
- Ruiz, C e Ispizúa, M (1989) **Descodificación de la vida cotidiana**. Bilbao: Ediciones de la Universidad de Deustos.

- S.I.E.N. (2004) **Estadísticas de salud en la región Capital** (Mimeo). Caracas: Sistema de Estadística Nacional.
- Spector, R. (1999) **Diversidad Cultural en Salud y Enfermedad**. Madrid: Editorial Prenteca Hall.
- Venezuela (1999) **Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela**. Caracas: Ediciones La Piedra.
- Venezuela (1985) **Ley Orgánica de Salud**. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Venezuela (2002) **Lineamientos Generales sobre el desarrollo Nacional 2001-2007**. Caracas: Ediciones de la Secretaría de la Presidencia de la República
- Venezuela (1980) **VI Plan de la Nación**. Caracas: Ediciones del Ministerio de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República.
- Venezuela (1989) **VII Plan de la Nación**. Caracas. Ediciones del Ministerio de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República.
- Weiner, B. (1980) **Motivación Humana**. New York : Psychological Review..

ANEXOS

ANEXO 1:

Guión de entrevista sobre Representaciones Sociales del Proceso Salud-Enfermedad Bucal

Datos del Entrevistado

Nombre:_____ Edad:_____ Sexo:_____ Oficio o Profesión:_____

I- Ítems sobre concepción de Salud-Enfermedad Bucal

- 1.- ¿Qué es para usted salud?
- 2.- ¿Cuándo considera que una persona se enferma?
- 3.- ¿Considera usted que se encuentra enfermo (a)? ¿Por qué?
- 4.- ¿Considera que ha venido a este consultorio odontológico porque se encuentra enfermo de la boca? ¿Por qué?
- 5.- ¿Considera que una persona sin dentadura está enfermo o podría enfermarse?
- 6.- ¿De que podría enfermarse?
- 7.- ¿De qué está enferma?

II- Ítems acerca de Valores-Actitudes sobre la Salud-Enfermedad Bucal

- 1.- ¿Qué opina usted cuando ve a una persona sin dentadura?
- 2.- ¿Le preocupa perder su dentadura?
- 3.- ¿En que le afectaría perder su dentadura?
- 4.- ¿Piensa que si pierde parte o toda su dentadura podría recuperarla con el uso de una prótesis?
- 5.- ¿Piensa que las prótesis le pueden hacer lucir mejor como persona?
- 6.- ¿Piensa que puede vivir normalmente aun teniendo malestar bucal?

III- Items acerca de Expectativas - Decisiones

- 1.- ¿Le gusta asistir al odontólogo? ¿Por qué?
- 2.- ¿Qué razones le motivan a asistir al consultorio odontológico?
- 3.- ¿Las personas deben ir al odontólogo solo cuando tengan problemas dentales?
- 4.- ¿Cómo le gustaría que le tratara el odontólogo?

IV- Items sobre orientaciones de Prevención y Autocuidado

- 1.- ¿Qué cosas le facilitarían tener una dentadura saludable?
- 2.- ¿Se imaginaría perder parte de la dentadura o toda ella?
 - 2.1-En caso afirmativo ¿Qué importancia le da a ese hecho?
 - 2.2-En caso negativo¿Qué hace para no perder la dentadura?
- 3.- ¿Cuándo ha sentido malestar en la boca, que síntomas ha experimentado?
 - 3.1.- ¿Qué soluciones ha tomado para evitar este (os) síntomas?
- 4.- ¿Conoce y practica algún método casero para mantener saludable su dentadura?
- 5.- ¿Cuándo decide usted venir al consultorio odontológico?
- 6.- ¿Qué espera del médico odontólogo que le atiende en el consultorio?

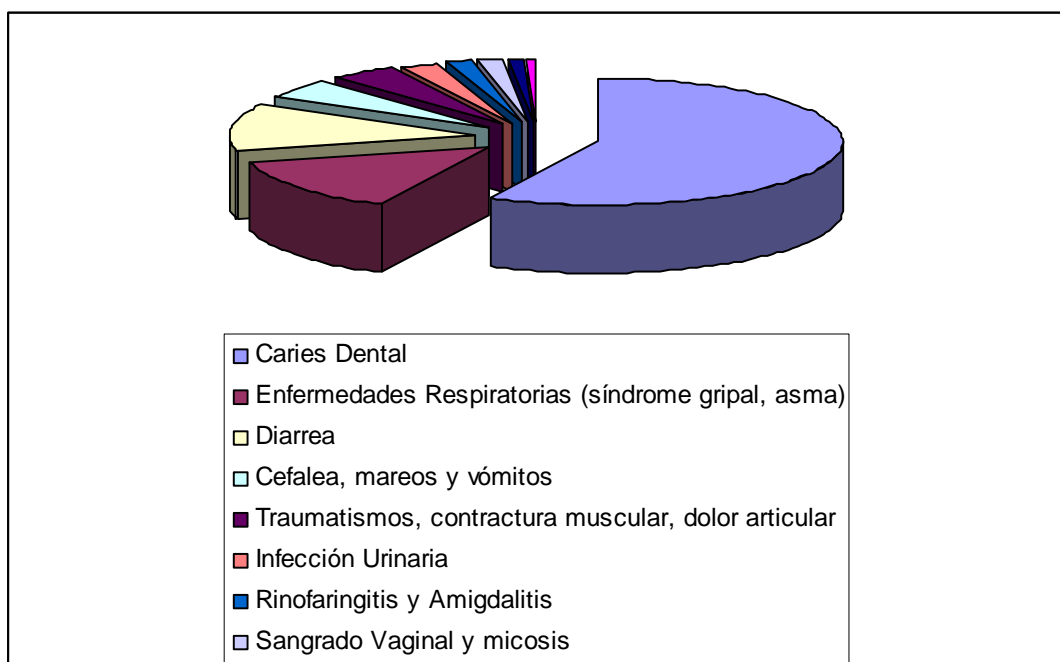
ANEXO 2: Principales causas de Morbilidad en la Parroquia la Vega durante el año 2004

Motivo de Consulta	N° de Casos	Porcentaje
Diarrea	3500	10,25%
Rinofaringitis Aguda	3164	9,27%
Caries Dental	1367	4,00%
Otitis	1024	3,00%
Infección Urinaria	924	2,71%

Fuente: SIEN 2004

ANEXO 3: Principales causas de Morbilidad primer trimestre 2005 en el Centro de Salud Santa Inés de La Pradera (C.S.S.I.)

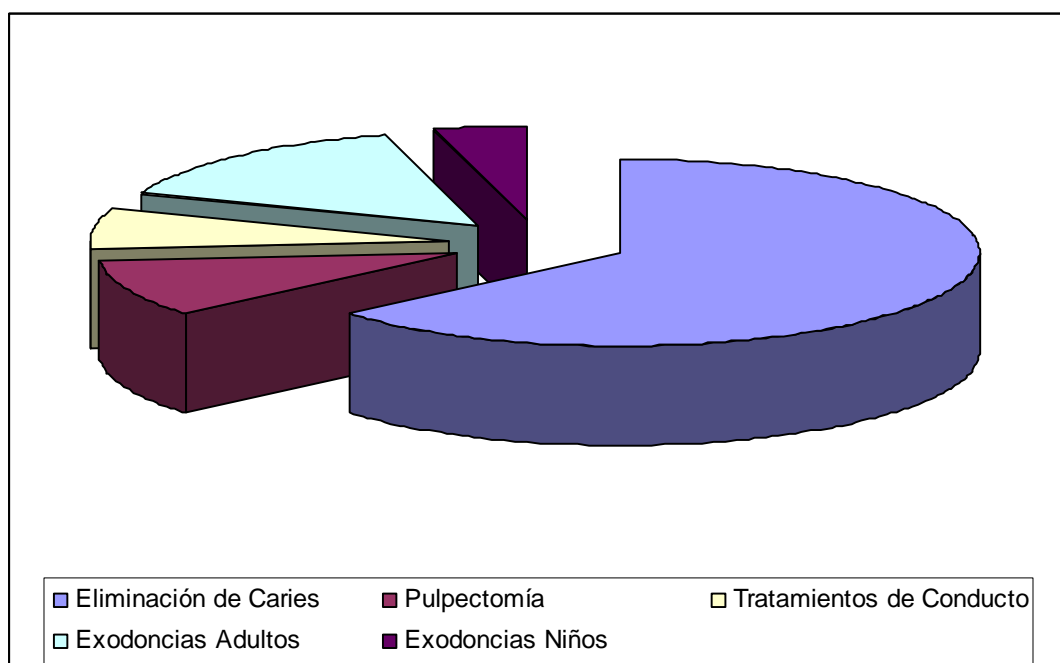
Motivo de Consulta	Fr	Fa
Caries Dental	135	57,20
Enfermedades Respiratorias (síndrome gripal, asma)	33	13,98
Diarrea	28	11,86
Cefalea, mareos y vómitos	12	5,08
Traumatismos, contractura muscular, dolor articular	10	4,23
Infección Urinaria	6	2,54
Rinofaringitis y Amigdalitis	4	1,69
Sangrado Vaginal y micosis	4	1,69
Otitis, diabetes y dermatitis	3	1,27
VIH	1	0,42
Total	236	100%



Fuente: Centro de Salud Santa Inés 2005

ANEXO 4: Tratamientos odontológicos más frecuentes realizadas durante el año 2006 en el Centro de Salud Santa Inés de la Pradera:

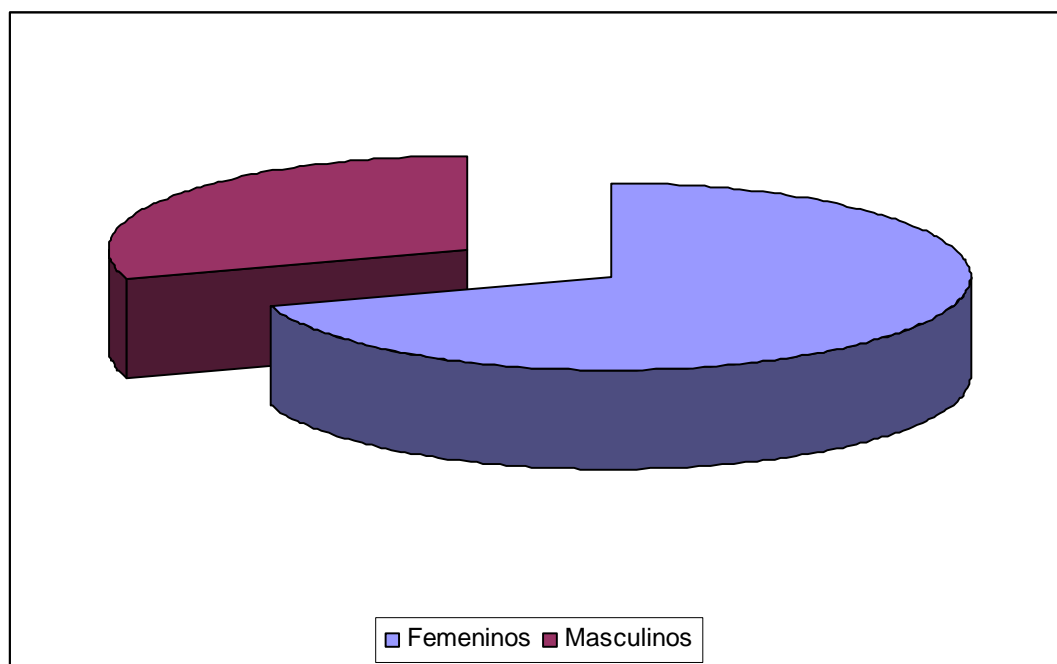
Tratamiento Realizado	Fr	Fa
Eliminación de Caries	244	63,70
Pulpectomía	38	9,92
Tratamientos de Conducto	26	6,78
Exodoncias Adultos	59	15,40
Exodoncias Niños	16	4,17
Total	383	100%



Fuente: Centro de Salud Santa Inés.

ANEXO 5 : Total de pacientes atendidos durante el año 2006, en el servicio de odontología del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera

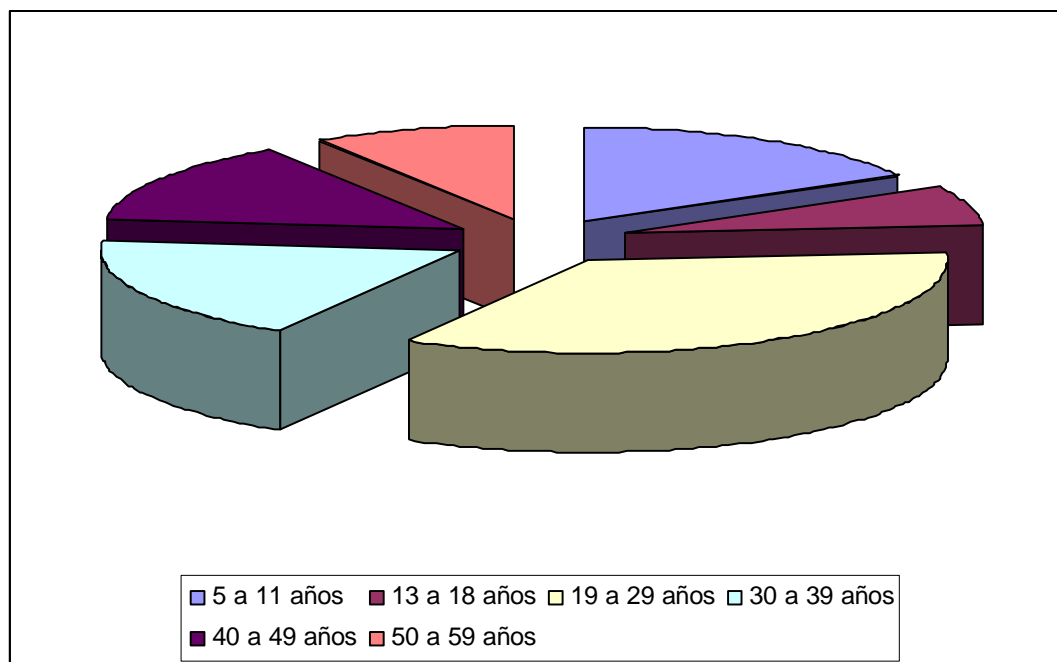
Pacientes	Fa	Fr
Femeninos	493	69,92
Masculinos	212	30,07
Total	705	100%



Fuente: Centro de Salud Santa Inés.

ANEXO 6 :Distribución por edades de los pacientes atendidos durante el año 2006 en el servicio de odontología del Centro de Salud Santa Inés de La Pradera

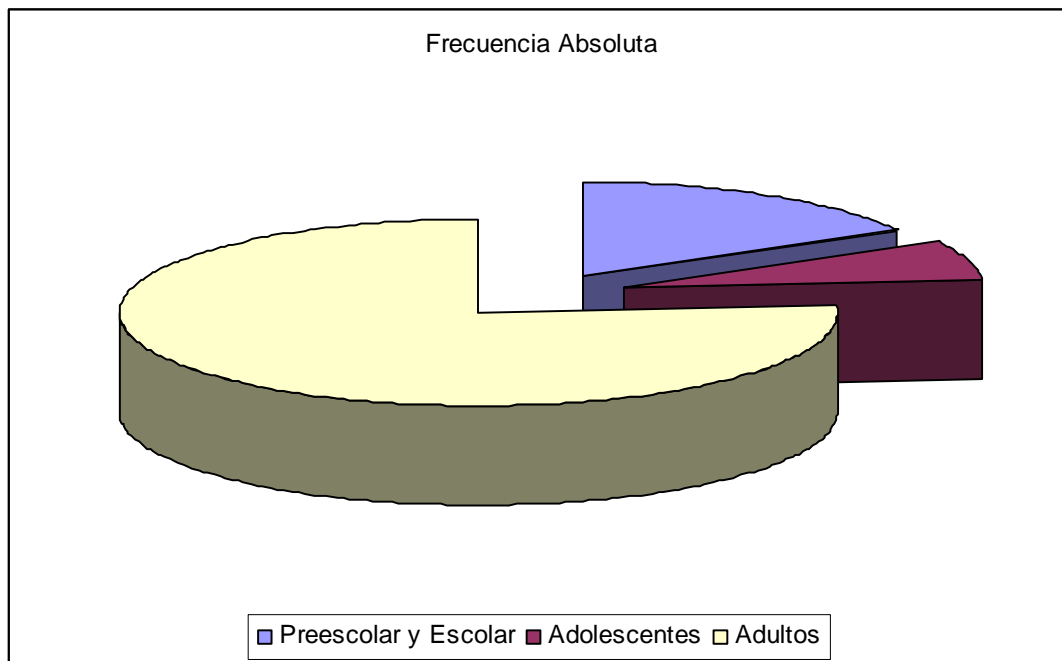
Edades	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta
5 a 11 años	120	17,02
13 a 18 años	47	6,66
19 a 29 años	244	34,60
30 a 39 años	130	18,43
40 a 49 años	100	14,18
50 a 59 años	64	9,07
Total	705	100%



Fuente: Centro de Salud Santa Inés.

ANEXO 7: Distribución por grupo de edades de los pacientes atendidos durante el año 2006 en el servicio de odontología del Centro de Salud Santa Inés de la Pradera

Grupo de edad	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta
Preescolar y Escolar	120	17,02
Adolescentes	47	6,66
Adultos	538	76,31
Total	705	100%



Fuente: Centro de Salud Santa Inés.