

Recibido: 19 de abril del 2011 Aprobado: 3 de mayo del 2011

SIGNIFICADOS DEL AUTOCUIDADO BUCAL PARA LOS ESCOLARES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE MEDELLÍN

ORAL SELF-CARE MEANINGS FOR STATE SCHOOL STUDENTS IN MEDELLIN

Emilia María Ochoa Acosta,¹ Ofelia Roldán Vargas,² Blanca Susana Ramírez Puerta,³ Ángela María Franco Cortés⁴

RESUMEN

Introducción: este estudio fue financiado por la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia mediante Convenio Interadministrativo N° 4800001581, cuyo objeto fue describir el estado de salud bucal de escolares de Medellín y explorar los significados y prácticas de la salud y la enfermedad bucal para este grupo poblacional, año 2006, esto como aporte para el diseño de estrategias de promoción de la salud, que permitan trascender la orientación técnico-instrumental predominante. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo de enfoque hermenéutico, centrado en la interpretación de los textos de los escolares como expresión del mundo de sentidos construido a partir de sus vivencias. Participaron 120 niños y niñas con edades entre 12 y 13 años. Para la recolección de los datos se utilizaron la entrevista en profundidad y los relatos construidos en contextos de taller. El análisis se realizó mediante ejercicio de codificación abierta y axial que dio origen a una matriz categorial. **Resultados:** aunque emergieron varias categorías y tendencias, en este texto sólo se retoma lo relacionado con los significados del autocuidado, determinados por la concepción biológica de la salud y por la relación superficial con el cuerpo, y respecto a las prácticas, se retoma el desconocimiento de conceptos básicos. **Conclusión:** se recomienda generar procesos educativos que trasciendan el carácter transmisionista y posibiliten la construcción social y vivencia de la salud en la cotidianidad, lo que permitirá el desarrollo de sentidos profundos que, a su vez, se traducirán en comportamientos cuidadosos de sí y de los otros(as).

Palabras clave: cuidado personal, prácticas, salud bucal, significados.

ABSTRACT

Introduction: This research was sponsored by the Secretary of Health of Medellín and UDEA by an Inter-administrative Agreement No. 4800001581, whose objective is to describe oral health status of school children in Medellín and explore meanings and practices of oral health and disease for this population in 2006 to contribute to a strategy design in order to promote health and trying to outrange the predominant instrumental technical guidance in teaching programs. **Materials and methods:** A hermeneutic, qualitative approach focused on understanding students' texts as an expression of their sense world built by their own experiences; included 12-and-13 year children (120). Depth interview and storytelling in a workshop context were used for data collection. We constructed a category matrix for analysis, so meanings were taken as a main reference. **Results:** Two trends emerged, one related to *self-care meanings* determined by a health biological conception and a body trivial relationship. The other trend is related to lacking basic concepts which affects practices. **Conclusions:** To generate teaching processes in order to outrange the instructional model and enable the health experience in everyday life, so they allow a deep meaning development which in turn will lead to a careful behavior by themselves and each other.

Keywords: self-care, practices, oral health, meanings.

Cómo citar este artículo: Ochoa EM, Roldán Vargas O, Ramírez BS, Franco AM. Significados del autocuidado bucal para los escolares de instituciones educativas oficiales de Medellín. Revista Nacional de Odontología. 2011; 7(13): 40-48.

- 1 Odontóloga de la Universidad ces. Magister en Educación y Desarrollo Humano del Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano y de la Universidad de Manizales. Miembro del Grupo de Investigación Salud Bucal y Bienestar de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: emilia.ochoa7@gmail.com
- 2 Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano y de la Universidad de Manizales. Directora posgrados Cinde, Medellín. Miembro del Grupo de Investigación Pedagogía y educación: saberes, imaginarios e intersubjetividades. Correo electrónico: oroldan@cinde.org.co

- 3 Odontóloga de la Universidad de Antioquia. Magister en Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública. Docente de la Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación Salud Bucal y Bienestar. Correo electrónico: zerimar761@gmail.com
- 4 Odontóloga de la Universidad de Antioquia. Magister en Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública. Docente de la Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación Salud Bucal y Bienestar. Correo electrónico: franco.angelamaria@gmail.com

Introducción

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bucal durante el ciclo vital humano, especialmente en la niñez y la adolescencia, son temas relevantes en el campo de la salud pública, en los que se han invertido recursos importantes en las últimas décadas sin que los resultados sean los esperados, especialmente en lo que se refiere a facilitar el proceso de asumir las prácticas desde la convicción mediada por la aceptación y la conciencia de la importancia de los hábitos relacionados con la salud bucal,¹ tal como lo demuestran algunos estudios realizados en los ámbitos mundial, nacional y local.

En ese sentido, al marcado énfasis en aspectos biológicos que se puede leer tanto en los reportes de programas efectivos como en los de menor nivel de logro, en términos de disminución de enfermedades, se suma la educación para la salud centrada con frecuencia en la transmisión de conocimientos o en una intención de promover cambios de comportamiento en la que, además, se observa un distanciamiento entre las visiones de los profesionales de la salud y los participantes.²

A pesar de las nuevas perspectivas que abordan la educación para la salud y de la importancia que se le ha dado a este tema en el marco de las políticas del sector salud, existe una importante brecha entre estas propuestas políticas y la práctica,³ entre el deber ser en materia de cuidado bucal y lo que realmente se vivencia en este sentido en la cotidianidad escolar; de ahí, el ánimo de brindar –mediante este ejercicio investigativo– elementos que surgen de la subjetividad de los participantes y que constituyen aportes significativos para la reorientación de los programas educativos en salud bucal. Todo ello desde el reconocimiento de que cambiar hábitos y comportamientos que tienen fuerte acervo cultural es complejo y requiere profesionales de la salud con ciertas condiciones técnicas, científicas y humanas que les permitan aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir con ella las claves para mejorar la salud.⁴

En consecuencia, el propósito de aproximarse comprensivamente a lo que significa el autocuidado bucal para los escolares es un buen punto de partida,

entendiendo que allí hay un potencial importante estrechamente relacionado con la pertinencia y calidad de los procesos de educación para la salud, desarrollados tanto en el contexto de las instituciones educativas como en el de las entidades responsables de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte cualitativo por la naturaleza del problema por investigar y porque, desde esta perspectiva, el conocimiento es un producto social y su proceso de construcción colectivo está atravesado e influenciado por los valores, percepciones y significados de los sujetos que lo construyen.⁵

Se asumió el enfoque hermenéutico como perspectiva teórico-metodológica por la posibilidad que ofrece al investigador de interpretar textos, opiniones y expresiones de los participantes, con el interés de situar la mirada en el sujeto de la acción, en sus contextos particulares con sus determinaciones históricas, sus singularidades culturales, sus diferencias y las distintas maneras de vivir y pensar sobre los grandes y pequeños acontecimientos y situaciones por las que han cruzado sus historias personales.⁶

Unidad de trabajo

Participaron 120 escolares con edades entre 12 y 13 años, matriculados en 12 instituciones educativas oficiales de Medellín. Se tomaron como criterios de inclusión la ubicación en diferentes sectores de la ciudad y la pertenencia a estratos socioeconómicos 1, 2 o 3.

Recolección de la información

La información se obtuvo mediante entrevistas en profundidad y relatos de experiencias en contextos de talleres lúdicos de 4 horas de duración, en los que participaron grupos de 8 a 10 niños y niñas.

Análisis de la información

Inicialmente se realizó un proceso de codificación abierta y axial que permitió la condensación de los datos en unidades analizables, como una manera de

generar conceptos a partir de ellos. En este sentido, los códigos representan el vínculo decisivo entre los datos brutos, es decir, la materia prima textual, tal como las transcripciones, entrevistas o notas de campo, por un lado, y los conceptos teóricos del investigador, por el otro.⁷ De esta manera, se desarrolla el ejercicio interpretativo y se traduce finalmente el presente texto construido socialmente por los niños y las niñas participantes.

Resultados

Significados del autocuidado para los escolares

Aunque los hallazgos de la investigación son más amplios y están organizados en torno a tres categorías: significados, experiencias y prácticas, en este artículo sólo se abordará la que hace referencia a los significados y una tendencia referida a las prácticas por el interés particular que se tiene en el tema, en tanto eje articulador de la apuesta por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Significados del autocuidado determinados por la concepción bióloga de la salud y por la relación superficial con el cuerpo

El significado constituye cierta manera de dirigir la mirada hacia un aspecto de una vivencia que nos pertenece. El significado indica, por tanto, una actitud peculiar por parte del yo,⁸ estrechamente asociada al mundo de la vida cotidiana, a ese mundo del accionar diario, mediado por construcciones culturales que, en el caso particular de los escolares participantes en este estudio, refleja una comprensión reduccionista de la salud anclada en el paradigma biólogo.

Esta persistencia de la idea bióloga de los fenómenos humanos se inscribe dentro de la lógica del pensamiento moderno que se caracteriza, entre muchas otras cosas, por una marcada tendencia a la polarización que ubica a la salud como opuesta a la enfermedad, del mismo modo como ha concebido seres humanos normales y anormales, lo cualitativo distante de lo cuantitativo y la psique por fuera del cuerpo, como si la condición humana pudiera

fragmentarse de esta manera y oponerse en la experiencia vital de un mismo ser.

Se evidencia entonces la persistencia del modelo médico caracterizado por su orientación normalizadora (concebe el diagnóstico como diferencia normalidad/anormalidad), intervencionista (deriva en tratamiento), positivista (supone que la verdad de la ciencia autoriza para actuar), y medicalizadora (interviene en múltiples campos de la vida social),⁹ tal como lo expresan a continuación los participantes:

- “Es saludable el que no tiene ningún problema, que es precavido con las enfermedades y está físicamente bien”. E1.1
- “Según el criterio de la medicina, sano significa no sentir dolor”. E1.4

Desde esta perspectiva bióloga que ubica la salud solamente en el plano de lo físico, fisiológico y corporal y que, en el mejor de los casos, reconoce que puede haber salud mental pero divorciada de la anterior, lo cual se evidencia de manera clara en los textos de los niños y las niñas, es bastante complejo, por no decir imposible, construir ambientes educativos favorables al autocuidado, si por ello se entiende el ejercicio de uno sobre sí mismo, mediante el cual intenta elaborarse, transformarse y acceder a cierto modo de ser.¹⁰

Asimismo, salvo escasas excepciones, no se hace referencia a la importancia de prevenir, ni a la función que cumplen dentro de ese proceso los profesionales de la salud y, en general, se relaciona la visita al médico con alguna dolencia o enfermedad:

- “Estar bien de salud porque uno va donde el médico es porque tiene algo, está enfermo”. E2

Cabe resaltar que al explorar los significados de salud-enfermedad, los participantes no hacen referencia explícitamente a la salud-enfermedad bucal, así inicialmente se mencione que el taller tiene que ver con la boca, razón por la cual se hizo necesario preguntar específicamente por el tema, encontrándose muy pocas conexiones entre salud-enfermedad bucal y salud-enfermedad general, asunto que era de esperarse por la ya mencionada concepción reduccionista

que han construido de la salud, que obviamente no muestra articulaciones o relaciones más amplias.

Se encuentra, entonces, que las asociaciones dominantes con respecto a la salud bucal tienen que ver con los hábitos, fundamentalmente los higiénicos como el cepillado dental, y los alimentarios, tal como puede observarse en los siguientes apartes:

- “A mí me parece que mi boca no es completamente saludable porque yo no voy a negar que a mí me da mucha pereza lavarme los dientes, y yo como mucho chicle y casi todos los días tomo coca cola y bombón bum”. E2
- “Para mí, debemos cuidar los dientes bastante, nosotros debemos comportarnos bien con nuestra boca, debemos cuidarla porque es una de nuestras partes”. E4

De acuerdo con lo expresado y con el propósito de profundizar en el tema, se procedió a preguntar por el significado de la boca, sin hacer referencia al proceso salud-enfermedad, lo que llevó a una ampliación notoria del horizonte de sentidos, emergiendo aspectos que reflejan asociaciones de la boca con la comunicación, la expresión de sentimientos, las relaciones íntimas y otros aspectos que constituyen tendencias importantes en el presente trabajo.

Las anteriores asociaciones permiten visualizar que existe una valoración de la boca, es decir, tiene un significado importante en la vida cotidiana de los escolares. Para ellos, la boca está muy relacionada con la expresión de sentimientos y con la posibilidad de relaciones, especialmente eróticas, tal como lo demuestran los siguientes textos:

- “Con la boca se puede enamorar a las personas, decir muchas cosas, porque uno dice cosas lindas, expresa los sentimientos”. E1
- “La boca es importante para dar besos, para salir con la novia, con la familia”. E2
- “Para uno tener novio tiene que tener su dentadura bien bonita, porque sino para darle un pico...” E3

Es pertinente afirmar que los sentimientos cumplen una función social y, de acuerdo con las

manifestaciones de los niños y las niñas, la función social de la boca se relaciona en gran medida con el sentimiento erótico.

En este contexto llama la atención cómo se sobredimensiona el otro(a) y está un poco vedado el sí mismo, es decir que la valoración de la autoimagen no se reconoce en torno al propio ser sino que, por el contrario, se pone de manifiesto el afán de agradar, deseando para ello cumplir con unos estereotipos de belleza que se han generalizado y en los que ciertos juicios de valor estético se imponen, expresados mediante conceptos como bello, feo, agradable, desagradable:

- “Uno lo primero que mira son los labios”. E4
- “Y que se ría lindo”. E1
- “Feos es cuando están todos torcidos, separados”. E3

De acuerdo con la teoría de los sentimientos de Heller, lo agradable, lo desagradable, lo bello y lo feo son denominadas categorías orientativas de valor, relacionadas con los sentimientos, y en la cultura en la cual se inscriben los(as) participantes es claro que son criterios impuestos socialmente y que inciden de manera definitiva en la autovaloración y en la valoración del otro(a). Lo bello y lo feo, tal como es expresado por niñas y niños, constituye una categoría de valor muy superficial, mostrando un concepto estético que proviene fundamentalmente de estereotipos comerciales. En este sentido puede afirmarse que los sentimientos a los que atribuimos un valor agradable son elegidos socialmente (y, como tal, son generalizados o pueden serlo), o por lo menos se refieren a sistemas de normas de selección social.¹¹

- “La gente se siente rechazada por lo de la sonrisa, la gente como que se basa en eso y por ejemplo el problema que tenía Jonathan también mucha gente lo rechaza por eso y porque tiene los dientes así o porque no los tiene así”. E5
- “Unos labios bien cuidados, bien bonitos y así como provocativos, unos labios así bien linditos, que de vez en cuando no falte el chapstick, una sonrisa limpia, no hay nada como eso, porque mi papá

es hombre y mi papá dice: lo que nosotros más le admiramos a las mujeres son las uñas de las manos y de los pies y el aseo en la boca”. E2

También se deja entrever la marcada influencia de los medios masivos de comunicación y otras formas específicas de socialización a través de los cuales se reproducen estereotipos culturales y formas homogenizadas de belleza, que se convierten en la expectativa de logro masivo de las generaciones nuevas, para quienes el adecuado funcionamiento del sistema estomatognático o la incidencia de la salud bucal en la salud, en general, pierde relevancia, porque lo que más importa es la imagen y la aproximación a los cánones estéticos que se han generalizado:

- “Una boca sana es tener buen aliento, tener muy bien cuidados los dientes, tenerlos sanos, brillantes, que tenga buena imagen”. E4
- “Lo que sobresale de la cara de uno y todo es la sonrisa y la boca, porque imagínese usted una niña con una cara bien linda, bien hermosa y unos dientes uno arriba y el otro abajo y esos labios bien gruesos, bien resecos, eso es una mala presentación”. E7
- “Que los dientes no sean separados”. E5
- “Que los dientes sean del mismo tamaño”. E1

Desconocimiento de algunos conceptos básicos que afectan las prácticas

Aunque no puede atribuírsele a ninguna estrategia en particular, porque han sido muchas las que se han conjugado para dispensar la información e implementar procesos de educación para la salud bucal, se perciben errores conceptuales e información distorsionada o muy reducida en lo referente a las principales enfermedades de la boca, al uso de los elementos básicos de higiene bucal y al concepto de prevención de la enfermedad bucal. Es frecuente la alusión a la caries dental como hueco, mancha, agujero, indicando pocos conocimientos acerca de su origen, su desarrollo y tratamiento. Así lo señalan los textos:

- “Una peladita de por la casa que tenía unas manchitas negras y en cada una de esas manchitas había un huequito en los dientes”. E3

- “Por ejemplo cuando le salen esas postemillas en las muelas también está enfermo, eso le da a uno porque no se cuida los dientes, porque no se los lava, entonces se le hace hueco en los dientes, es cuando se la calzan”. E5
- “Porque no nos cepillamos, nos dan bacterias y las bacterias por ejemplo se nos meten debajo de los dientes y empiezan unas picazonas, uno no sabe por qué, pero es porque uno no se cepilló los dientes”. E4
- “Yo fui un día a odontología y me dijeron que si uno no se cuidaba se le podía abrir un agujero acá y se le pasaba el mal aliento, es que no entendí bien, una cosa de la garganta y se junta con unas cosas estomacales y forman mal aliento me dijo el doctor”. E7

La falta de conocimientos o la distorsión de éstos tiene que ver con múltiples aspectos; sin embargo, es una realidad que da cuenta en gran medida de procesos educativos centrados en la prescripción de normas y en la transmisión de información con un carácter de verdad que dificultan la expresión de los sentimientos, saberes, vivencias y experiencias relacionadas con la salud en general y la salud bucal en particular.

De esta manera, aunque el concepto de educación para la salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, sus desarrollos teóricos no se compadecen con lo que se evidencia en la práctica, y así lo muestran los participantes, mediante algunos de los textos en los que se refleja la recepción de un saber impartido de manera unilateral, pues es claro que los escolares repiten lo que deben hacer para conservar la salud bucal, pero al indagar más profundamente, aflora el desconocimiento de asuntos básicos referidos a elementos de comprobada importancia para la prevención de la enfermedad bucal como es la crema dental:

- “La crema dental es para el aliento, porque la crema dental no sirve, eso le esconde a uno el mugre y uno cuando menos piensa se toca así con la lengua y está igual, es mejor así sin crema”. E10
- “Una señora por allá donde yo vivo se le acabó la crema dental y entonces cogió el cepillo y lo untó de puro jabón rey y se empezó a cepillar y cuando

se enjuagó dizque eso sabe tan maluco, siguió cepillándose así y ya dice que encontró la manera para que se le blanqueen los dientes”. E8

También es notoria la repetición de ideas tendiente a la acumulación acrítica de contenidos que inhiben la posibilidad de ver el conocimiento como el compromiso crítico diseñado para distinguir entre la esencia y la apariencia, entre la verdad y la falsedad,¹⁴ lo cual es evidente respecto a la seda dental, apareciendo como una constante el hecho de que es necesario usarla tres veces al día así esto no sea coherente con la práctica:

- “La seda dental es importante para sacarnos las carnes, la comida que nos queda en los dientes”. E3.1

Asimismo, queda claro que la enfermedad periodontal es casi desconocida para los niños y las niñas. Mencionan, por ejemplo, el sarro, la gingivitis, pero no tienen elementos para hacer una descripción más amplia, se limitan a reproducir una información social que circula en el medio, pero sin la comprensión que se requiere para que, además del aprendizaje significativo, se trascienda a procesos de concienciación y, finalmente, pueda expresarse en prácticas adecuadas. Los siguientes textos confirman lo anterior:

- “La gingivitis es una cosa que le da a uno en la garganta”. E4.1
- “Las encías ayudan a triturar los alimentos”. E1.1
- “Las encías son las que le ayudan a mantener el sabor a uno”. E9.2
- “La gingivitis pero no sé qué significa, la he escuchado pero no sé qué significa”. E7.3
- “El cálculo, que son los residuos de comida que quedan, luego se convierten en placa cuando ya son inquitables”. E10
- “La clorosis que es la falta de flúor o exceso”. E6.1

Además de ilustrar una problemática importante en términos de prácticas inadecuadas que afectan la salud bucal de los y las adolescentes, los anteriores textos dejan entrever una concepción estereotipada sobre el autocuidado, la cual no puede pasar

desapercibida, por ser precisamente la escuela uno de los escenarios de socialización más importantes, en el que se deben construir las bases de un aprendizaje significativo y permanente.

Esta concepción de autocuidado es reflejo de una educación que promueve la imposición de contenidos y significados de manera unilateral por parte de los profesionales de la salud, y la adopción de posiciones poco dialógicas y poco democráticas.⁹ Estos testimonios asimismo se reconocen como conocimiento social, construido a partir de elementos aportados por las tradiciones culturales, los medios masivos de comunicación y las actividades educativas desarrolladas en las escuelas sin el debido espacio para la reflexión y el análisis crítico que permita la comprensión y la consecuente transformación de representaciones sociales que no se ajustan al conocimiento científicamente elaborado, tal como puede verse en los siguientes textos:

- “Otro cuidado de los dientes es no cepillarnos muy duro porque se nos puede caer el esmalte de los dientes”. E7.2
- “Una comida vieja o mala puede dañar los dientes”. Marilyn
- “Yo tengo una amiga que toma mucha leche, toma diariamente como cada 10 minutos y tiene los dientes muy blancos, entonces para mí la leche blanquea los dientes”. E8.1
- “Yo me cuido la boca yendo al odontólogo cada mes y visitándolo bastante para ver cómo tengo la boca, que no se me vaya a producir una enfermedad o se me vaya a caer un diente”. E8.3

En consideración con lo expresado, puede afirmarse que:

El papel del contexto sociocultural ha empezado a cobrar una importancia inusitada, porque cada grupo social desarrolla sus propias prácticas interpretativas de sus acciones y de la sociedad, esto es, cada grupo elabora sus propias representaciones sociales.¹²

En este mismo sentido, aunque lo que constituye primariamente a los sujetos escolares es una relación

mediada por el conocimiento, la escuela también tiene una tarea pendiente con la salud, y es precisamente la creación de ambientes educativos saludables, esto es, la disposición de espacios físicos y la configuración de relaciones que favorezcan o permitan ciertas prácticas conducentes al bienestar físico y emocional de quienes allí interactúan, tal como lo expresan algunos estudiantes:

- “Anteriormente, cuando estábamos en la escuela de abajo, nosotros teníamos un profesor de matemáticas en quinto que nos llevaba a lavarnos y allá sí acostumbrábamos lavarnos los dientes, pero acá en el colegio eso no se usa”. E1.3
- “También las profesoras nos deben dar tiempo después del descanso, después de haber comido para ir a lavarnos los dientes porque si no, a mí personalmente, me da pena porque qué dirán los otros, y aunque yo no vivo del qué dirán, eso siempre importa...” E2.4

De esta indagación por prácticas bucales en el espacio escolar, más que la identificación de hábitos saludables, lo que se deriva es un vacío significativo ilustrador de la forma reduccionista que caracteriza las relaciones entre los sectores educativo y de la salud que, además, deja al descubierto una problemática que hoy enfrentan los(as) escolares: ¿cómo autocuidarse en ambientes educativos que no han sido pensados y dispuestos para ello?

- “Es que uno no está acostumbrado a traer el cepillo para el colegio, uno está acostumbrado a lavarse en la casa”. E5.1
- “Uno dice que es malo no cepillarse los dientes, pero uno acá tampoco se los cepilla porque dicen que es creído, porque normal es el que no se los cepilla”. E6.2

Discusión

La noción de autocuidado está íntimamente relacionada tanto con la concepción de salud que prevalece en los sujetos y grupos sociales, como con la relación que se establece con el cuerpo, derivada fundamentalmente de tradiciones culturales.

En cuanto a la coherencia con los conceptos expuestos y con los hallazgos de la presente investigación, se pone de manifiesto que los escolares participantes continúan reproduciendo la idea biológica de la salud, lo cual determina en gran medida las prácticas de cuidado que este grupo poblacional expone y que se vinculan de manera representativa con la enfermedad y los tratamientos. En este mismo sentido, la autora Uribe expresa que, con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones, y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenece a la categoría de los cuidados, con lo que lo hace a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos *cuidar* y *tratar* como sinónimos. Es así como, hasta el momento, el término *cuidar* cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad.¹³

De otro lado, los participantes manifiestan una relación superficial con el cuerpo, que en la presente investigación refleja una valoración pobre de la autoimagen. Lo anterior puede surgir de las concepciones de cuidarse a sí mismo que se han impuesto en la sociedad a partir de un momento histórico difícil de determinar, pero que en gran medida tienen que ver con el surgimiento del cristianismo y sus doctrinas de renuncia a uno mismo. Lo esencial es analizar que ocuparse de sí mismo y establecer unas prácticas que contribuyan a ello fue un fenómeno importante desde la época grecorromana y que, posteriormente, ha sido desvalorizado por influencia de distintas instituciones como son las religiosas, educativas y médicas. Foucault lo expresa de la siguiente manera:

Ocuparse de sí ha sido denunciado con toda naturalidad como una forma de amor a uno mismo, como una forma de egoísmo o de interés individual, en contradicción con el interés que hay que prestar a los otros o con el necesario sacrificio de uno mismo.¹⁰

La reflexión filosófica alrededor de cuidarse a sí mismo, predominante en la cultura antigua, implicaba un

conocimiento de sí mismo que, a su vez, derivaba en unas prácticas determinadas por principios profundamente éticos que no desconocían la importancia del otro(a).

En efecto, esta relación con el cuerpo derivada de la cultura judeo-cristiana que se hace explícita en los textos de los participantes, sumada a la carencia de una dimensión social de la salud en los procesos educativos, también se traduce en la pérdida de capacidad de las personas, desde temprana edad, para empoderarse de la salud en el plano individual y colectivo. De ahí que los escolares participantes en el estudio manifiesten una mayor cercanía a la enfermedad, que a la salud.

En esa medida también logra establecerse que los escolares conservan y reproducen creencias y tradiciones frente a la salud y enfermedad bucal, que contrastan o contradicen algunos elementos científicos. En última instancia, todo este bagaje guía las prácticas en salud, asunto preocupante si se tiene en cuenta que la gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos, y por eso es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud, de tal manera que se traduzca en comportamientos saludables.⁴

Asimismo, esta afirmación lleva a pensar que la educación para la salud permanece anclada en un modelo educativo conductista y transmisionista, con una marcada orientación hacia la prescripción de estilos de vida saludables, sin tener en cuenta su relación con aspectos culturales, económicos, políticos y otros que constituyen el proceso de determinación social de la salud.

Conclusiones

- Resulta importante generar procesos educativos que trasciendan el carácter transmisionista y posibiliten la construcción y vivencia de la salud en la cotidianidad, en este caso de la vida escolar, lo cual permitiría el desarrollo de sentidos más profundos que, a su vez, se traducirían en comportamientos más cuidadosos de sí y de los otros.
- De igual manera, procurar un acercamiento entre teoría y práctica, mediante el desarrollo de estra-

tegias de educación para la salud que consideren el diálogo de saberes como referente pedagógico. Esto con el propósito de favorecer el impacto de las acciones a partir de la inclusión de elementos que surgen de los valores, las creencias y los saberes de los participantes.

- Es necesario que los adultos significativos (padres, madres, cuidadores) y demás agentes educativos, como acompañantes de estos procesos y de todos los relacionados con el desarrollo humano de los escolares, contribuyan a la ampliación de estos saberes y a la integración de nuevos conocimientos, que se reflejarán posiblemente en unas prácticas de autocuidado favorables para la salud.

Referencias

1. Ochoa EM, Franco AM, Ramírez BS. Significados, experiencias y prácticas acerca de la salud-enfermedad bucal. *Rev. Salud Pública de Medellín*. 2008; 3(2): 75.
2. Escobar G, Sosa C. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. *Rev. Salud Pública de México*. 2010; 52: 47.
3. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G. Una mirada alternativa al modelo biomédico. Medellín: La Carreta Editores, Universidad de Antioquia; 2010.
4. De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*. 1994; 28(2): 226.
5. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004; 18.
6. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La Carreta Editores, Universidad de Antioquia; 2004.
7. Coffey A, Atkinson P. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
8. Shutz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.
9. Bastidas M, Pérez F, Torres J, Escobar G, Arango A, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest educ enfer*. 2009; 27(1): 105.

10. Foucault M. Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós; 1999.
11. Heller A. Teoría de los sentimientos. México: Fontamara; 1989.
12. Gómez J. Psicología del conocimiento social. En: La construcción del conocimiento social en la escuela. Bogotá: Universidad Distrital; 2002.
13. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Invest educ enfer. 1999; 17: 109-18.
14. Giroux H. Teoría y resistencia en educación. México: Siglo XXI; 2008.