

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, el interés del hombre por su salud ha ido cambiando; en ocasiones se le ha dado mayor importancia a la sintomatología de una enfermedad, a la funcionalidad de un órgano, o a la estética del cuerpo. Hoy la preocupación está enfocada a mantenerse tanto funcional como estéticamente bien. La salud oral, como integrante de la salud, se aborda como un estado armónico a que tiene derecho todo ser humano.

En el presente proyecto, se pretende hacer un análisis a través de la práctica investigativa de los conceptos de salud y salud oral, para conocer si están dentro de los intereses o necesidades de una comunidad de adolescentes y su relación con el cuidado personal y la promoción de la salud, partiendo del concepto de sí mismos.

Aquí, el desarrollo humano interviene como parte integral del individuo, entendiéndose este desarrollo como el proceso de construcción de los sujetos dentro de unas condiciones históricas y culturales específicas, en donde el sujeto es el objetivo principal.

La construcción del sujeto se da a partir de su conciencia y en ello intervienen las categorías de autoconcepto, autoestima, autoimagen, entre otras; las cuales son la base de la identidad personal y la proyección de roles en el mundo en el que vive e interactúa.

Son básicos para la formación del sujeto, además de la socialización, la educación familiar y escolar que permitan la comunicación con otras instituciones, en este caso, las de salud; con el fin de formar individuos íntegros en todas las esferas madurativas del crecimiento (físico, orgánico, afectivo, emocional, cognitivo, comunicativo, ético, moral, político, lúdico, estético y laboral), para que sea capaz de resolver problemas, de tomar decisiones y de construir su identidad de acuerdo con la participación en los escenarios que le competen en el mundo de la vida, con actividades libres e ideas liberadoras.

En este punto, intervienen los programas en promoción de salud, salud oral y prevención de la enfermedad como un proyecto educativo que muestre el desarrollo humano como resultado de la transformación social.

Por otra parte, la relación del sujeto consigo mismo depende del conocimiento de sí, de su autoconcepto, a través del cual se identifica, se evalúa y se valora. Todo esto, de acuerdo con una autoestima alta o baja.

Un autoconcepto y una autoestima adecuados, resultan indispensables para la supervivencia no sólo psicológica, sino también física, aspectos fundamentales para una óptima calidad de vida. Ya que si se tiene una autoestima adecuada se tiene un soporte para mantenerse firme ante el mundo, con confianza y seguridad, eliminando los miedos, incluyendo los valores que conllevan a los juicios de las acciones y regulan la equidad y la justicia.

Al quererse y al valorarse adecuadamente, el sujeto incluye en ese amor propio el cuidado de sí, que es la primera acción saludable del sujeto para con él; ésta es una necesidad de protección que, según Max Neef¹, se aprende desde la etapa de la lactancia. De esta forma el desarrollo humano se convierte en un factor primordial para que el sujeto tenga conciencia de su propio autocuidado y mantenga una adecuada salud, salud oral.

Por su lado las ciencias humanas y sociales han tenido como preocupación dar respuesta al desarrollo humano, también han tenido esta inclinación en forma muy sutil las ciencias naturales, y dentro de estas últimas se clasifican las ciencias médicas, las que han tenido a su cargo la salud humana.

Con esta investigación se muestra la integración y complementariedad de las ciencias, en su afán de contribuir a promocionar, prevenir y mantener la salud –

¹Max – Neef, M. Desarrollo a Escala Humana. Proyecto 20 Editores. Medellín 1997. Página 44.

salud oral del hombre, partiendo de la consideración del hombre como lo que es, un **ser integral**.

Es una aplicación de la interdisciplinariedad, retomando los conceptos de la filosofía de la conciencia (filosofía idealista), en sus preocupaciones por autorreflexionar en busca de un autoconocimiento del ser, reconociéndose como ser viviente con experiencias intersubjetivas, para llegar a preocuparse por sí mismo en su cuidado personal; como también la filosofía de la escuela moderna, que hace su aporte con la aplicación de la teoría de la acción comunicativa de Habermas, en el aspecto de la acción, el entendimiento lingüístico basado en la argumentación, la razón dialógica, lo que conforma una situación ideal de actos de habla y lleva a la racionalidad del conocimiento, aplicada en la vida cotidiana, en la que la fenomenología en el mundo de la vida se involucra para explicar las situaciones del diario vivir del ser humano.

Así se realiza la complementariedad de que habla Guillermo Hoyos² “entre la racionalidad sistémica y racionalidad comunicativa para llegar a un punto medio entre los que absolutizan uno u otro aspecto de la razón y de la sociedad: en lo simbólico material, motivacional o funcional, lo comunicativo – discursivo, o lo causal – sistémico”.

² Referido HOYOS VASQUEZ. Guillermo. La Teoría de la Acción Comunicativa y las Ciencias de la Discusión. Bogotá. Ascun, Icfes, 1996. Página 204. Documento CINDE.

Aquí se incluye la teoría de los sistemas en su relación con la teoría de la acción comunicativa; en una aplicación directa a la salud, en la que los sistemas y subsistemas implantados en los modelos de salud actuales han deshumanizado un poco este proceso, mientras que si se trabaja en conjunción con la racionalidad comunicativa para analizar este proceso social, utilizando el lenguaje como mediador, el cual expresa el sentido de las experiencias y vivencias, y permite interactuar con los pares, el entorno (contexto, e instituciones), en un análisis crítico para diagnosticar las situaciones adversas a las necesidades en este proceso social: la salud, se puede llegar, en consenso, a la práctica con propuestas más humanas, racionales, en que sean los niños, niñas y adolescentes partícipes de la organización del proceso de la salud y de su propia realización personal y social; así se convierten en hacedores de su propia vida con actitudes gestoras, buscando y encontrando soluciones a sus necesidades.

1. FASE DESCRIPTIVA

1.1. ANTECEDENTES

Haciendo un recorrido histórico desde la época del hombre primitivo en su desarrollo cráneo facial (cabeza – cara – cuello), se ve que éste ha sido en gran parte producto de la función masticatoria, influenciado directamente por el medio en que sobrevivía, su tipo de alimentación, tipo de oficios y actividades físicas que ejercía, como la caza (que hacía necesarios los esfuerzos musculares y, además, requería emprender jornadas de largas caminatas para conseguir su sustento), lo que contribuía a que su musculatura y el desarrollo óseo fueran fuertes, con dientes grandes, gruesos, fuertes; esta información ha sido adquirida a partir de estudios hechos por antropólogos y arqueólogos, en restos de cráneos que han servido de base para hablar de la evolución del hombre en todo sentido.

En cuanto a las enfermedades de la cavidad oral, encontramos rasgos de caries y de enfermedades infecciosas en algunos animales, prueba de ello son

las cavidades en los huesos dejadas por los abscesos, en los cráneos y maxilares.

En los humanos sólo se registran desgastes en las superficies dentales, lo que se conoce técnicamente como atricción, generada básicamente por los movimientos de masticación de vegetales, raíces, alimentos fibrosos duros, arenosos, carnes crudas de gran volumen. Éstos no se digerían fácilmente, por lo cual necesitaban más tiempo para masticar y más desarrollo en la fuerza masticatoria, este proceso no dejaba acumular los alimentos, produciendo fricción en los tejidos gingivales (de la encía). Se podría pensar, entonces, que las enfermedades dentales más comunes han surgido a través de la historia, como consecuencia de los hábitos alimenticios.

Acerca de ese momento histórico, cuando importaba solamente la supervivencia, el comer, cómo conseguir el alimento, cómo sobrevivir ante lo que se presentase; surgen algunas preguntas en cuanto a, ¿cómo aliviaban sus enfermedades los hombres de esa época?, o ¿al presentarse las alteraciones en salud no las trataban, extinguiéndolos o sobreviviendo el más fuerte?; ejerciendo así la selección natural, y ¿qué intereses habrán podido tener los hombres de esa época, sobre su aspecto físico?, ¿sí los hubiesen tenido?.

Los cuales supuestamente, desarrollaban un patrón facial, muy semejante al mono (*Machacrus – rethsius*), por tal motivo, los antropólogos han concluido que el ser humano desciende de los simios.

Otro cuestionamiento al respecto sería, si ese hombre primitivo tendría preocupaciones por mantener su salud o prevenir las enfermedades. Como haya sido, se piensa que fueron más fuertes que el hombre de hoy, pues lograron sobrevivir y por ese motivo se existe en el mundo de hoy.

La combinación de las razas de la humanidad, como la herencia, en el caso de la salud oral, han sido factores para que se altere la mordida, presentándose maloclusiones, alteración en la morfología dental, pérdida prematura de los dientes por la presencia de caries, trauma o enfermedad periodontal, anquilosis de la articulación temporo-mandibular (adhesión de los huesos cóndilo de la mandíbula con el temporal sin permitir el movimiento mandibular), mala posición de los frenillos, hábitos nocivos, mal funcionamiento muscular, anomalías congénitas y alteraciones sistémicas.

El hombre logró seguir su recorrido histórico sin interesarle mucho si tenía dientes y maxilares grandes o pequeños, apiñados o no, con buen o mal funcionamiento.

El hombre sobrevivió, incluso, con deformidades dentomaxilares, aún sin dientes.

Continuando este recorrido histórico a lo largo del camino de la evolución y dando un gran salto por los diferentes períodos hasta llegar aproximadamente al año 1.000 a.C., en la época de los Etruscos, se encontraron diferentes artesanías como artefactos en las cavidades orales y craneales, notándose, así, el interés y la preocupación por el aspecto dental, ya que parecían tratamientos a las alteraciones dentales. Aunque su significado se le atribuye más a lo artístico y religioso; hubo otros hallazgos en los siglos VIII y IV, antes del dominio de los romanos, que demuestran que estos artefactos no sólo se usaban en rituales, sino que también servían para conseguir un buen aspecto oral.

En el siglo XVII a.C., las culturas más avanzadas: la china, la egipcia y la griega, utilizaban los elementos de la naturaleza para calmar los dolores de muela que se presentaban, las afecciones de la cavidad oral y en general todas las que alteraban la armonía del organismo.

Por su parte, los egipcios en el siglo V a.C., hacían tratamientos ejecutados por los médicos de la época, atendiendo las diferentes enfermedades, incluyendo procedimientos quirúrgicos inclusive en la cavidad oral, mostrando, así, atención especial al arte dental.

En su época, los hebreos consideraban los dientes como algo sagrado, digno de elogio; lo mismo los hindúes y otros orientales, los cuales le rendían culto a los dientes.

En el siglo XI las pinturas muestran que a los europeos afectados por los dolores de muela les hacían tratamientos dentales, incrustándoles piedras preciosas. Por su parte, los franceses mostraron gran interés por la salud oral. En el siglo XVI, los barberos eran los encargados de realizar los tratamientos dentales, hasta que los médicos fueron tomando como especialidad la odontología, iniciándose así, en esta época, las escuelas de odontología.

Ya en el siglo XVI se había mejorado el instrumental para los tratamientos, que eran básicamente de extracciones, y el autocuidado respecto a la limpieza de los dientes. En el siglo XVII tenían gran impacto en el arte las acciones de las personas que hacían las funciones de odontólogo. En las diferentes expresiones artísticas, como la pintura, se identificaban como los sacamuelas; pero aún persistía la preocupación de los médicos por ejercer la odontología. Los saberes al respecto los tenían los dentistas ambulantes, los que ejercían funciones de médicos, oftalmólogos, titiriteros.

Este momento es de gran trascendencia para los escritores, ya que se dieron grandes y variadas producciones acerca de los diferentes procedimientos para

tratar las afecciones dentales y el arte de la odontología como tal; se observa el interés por la estética dental, entre otros.

A través de este recorrido, se observa que desde épocas remotas el interés y las preocupaciones han sido más dirigidos hacia el arte dental, con fines estéticos, ya que se realizaban prótesis (cajas) y puentes para reemplazar los dientes, y, a la vez, se perciben intereses religiosos, llegando a ser incluso más importantes que el tratar las afecciones dentales; lo cual demuestra que en todos los tiempos se ha mostrado gran interés por la belleza corporal, más aún, por la estética de la cara.

Ahora bien, desde una mirada más contemporánea, ya en el mundo moderno y postmoderno, la odontología se conforma como rama de la medicina, teniendo, además, gran influencia de la tecnología para la prevención, el tratamiento y la curación de los trastornos dentales; incluso ha sido definitiva para la reconstrucción de las afecciones presentadas tanto oral como maxilo-facialmente. Así, las escuelas dentales proliferan basándose en los adelantos técnicos, ya que hay un orden establecido para el cuidado dental, se empieza a hablar de la prevención de las diferentes enfermedades.

A partir del manejo tanto teórico como práctico de los diferentes conceptos odontológicos que se presentan hoy en día, apoyados en la contribución hecha por las nuevas tecnologías, se ve más radicalizado el fin primordial de un óptimo estado de salud oral; pero la realidad es que si se hubiera tenido en

cuenta que los hábitos alimenticios nocivos con azúcares refinados y la mala nutrición son de gran influencia para no alcanzar un buen mantenimiento dental y óseo, se hubieran prevenido tantas enfermedades dentales y el objetivo principal se habría alcanzado antes de lo previsto.

Observando ésto como un fenómeno producto de la evolución misma del hombre en su afán por desarrollarse física e intelectualmente, ayudado por los inventos tecnológicos que muy acertadamente han contribuido al progreso, se ha olvidado un poco la esencia misma de la existencia del hombre y su desarrollo humano como componente básico para su desenvolvimiento en los diferentes contextos, no sólo desde su factor biológico, sino también desde su aspecto psicológico y social en el que interactúa con el otro.

Tomando como referente la teoría de Max Neef sobre el desarrollo a escala humana orientado a la satisfacción de las necesidades humanas³, se exige un modo diferente de interpretar la realidad que obliga a ver y a evaluar el mundo, las personas y sus procesos de una manera distinta a la convencional, sin pensar solamente en los aspectos políticos, económicos y sociales intervenidos por la tecnología, sino también teniendo en cuenta la interdisciplinariedad en el abordaje de los fenómenos en los que interviene el ser humano.

³ Ibid, página 20.

Las necesidades humanas propiamente dichas, son muy pocas; finitas y clasificables, iguales en todas las culturas y períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo es la manera y los medios utilizados para satisfacerlas, esto es, los satisfactores, los cuales se relacionan con uno mismo, el grupo social, el medio ambiente, y que son conformados por la cultura y el sistema político - económico y social, según el momento histórico.

Partiendo de estos conceptos, el hombre primitivo, por ejemplo, tenía una necesidad básica: la supervivencia, y un satisfactor de ella: el alimentarse, ésto haría pensar en el interés del hombre de esa época por los dientes, si se supone que en un comienzo era de vital importancia la cavidad oral para muchas funciones, y aunque posteriormente se fue reemplazando por las manos, seguro fue vital su presencia; no obstante muchos de estos hombres, se supone no supervivían al presentar algún tipo de afecciones, ya que no eran hombres fuertes y por lo mismo se extinguían. Se continúa en el tiempo y muy seguramente las necesidades siguen siendo las mismas de supervivencia: la protección y para ello como un satisfactor mantener la Salud. Para llevar a cabo la protección, se calmaban los dolores, desde el punto de vista del cuidado oral, haciendo extracciones; esto actuaba como un satisfactor para mantener la salud. A pesar del tiempo y de los cambios tecnológicos, la forma de satisfacer ese tipo de necesidades seguía siendo la misma. Hacia los años 30, ya fuera por factores económicos, falta de conocimiento o factores

culturales, continuaba imperando una filosofía extraccionista y el satisfactor de esa necesidad era el uso de prótesis, cajas o puentes.

Hasta hace aproximadamente 35 años, cuando a nivel gubernamental se enfocaron los intereses por aumentar el nivel de vida respecto al componente de la salud, incluyendo medidas preventivas con campañas educativas a nivel de los escolares, se produjo un cambio en la forma de pensar de las comunidades. También los medios de comunicación han ayudado a cambiar patrones culturales y de autocuidado respecto a la salud general, y a la salud oral en particular.

Se observa cómo desde la aparición del hombre en la tierra se ha tenido preocupación por la salud en general, y por la salud oral; interés por la manutención de los dientes en la boca, ya fuera por supervivencia o por significados religiosos, artísticos o de belleza; lo cual se ha visto enfocado más al aspecto curativo, sin tener en cuenta la prevención de las afecciones como tales.

Siendo de gran importancia la parte de la ciencia en su aspecto tecnológico, que ha contribuido indudablemente a hacer aportes inclusive cuando las enfermedades se han establecido, se pretende en el mundo de hoy enfocar la salud en todas sus dimensiones con un punto de vista ético, sabiendo que la salud es un derecho justo para vivir dignamente desde que se nace hasta que se muere y que requiere de una permanente búsqueda y un análisis crítico del

quehacer cotidiano, para que la aplicación de todos los conocimientos se dirija a la comunidad pensando en su bienestar; para que se conserve en el hombre, como ser integral, un estado armónico, sin tener que llegar a ese terrible estado de la enfermedad; aumentando la calidad de vida del individuo, así se incluye el desarrollo humano en el cual las necesidades se satisfacen con uno mismo, el grupo social y el medio ambiente.

Otro componente, el estético, busca mediante el arte, conservar la salud oral y usar la parte creativa de la odontología aplicándola a mantener la belleza dental y maxilofacial con repercusión tanto física como espiritual, mediante procedimientos promocionales y preventivos de la salud oral.

Aproximadamente hasta mediados del siglo XX, el concepto que se tenía de salud no incluía pautas de autocuidado, educación y prevención de la salud en general, sin excluir de esta situación la salud oral, que es una de sus ramas; se miraba la cavidad oral como una parte aislada del organismo, sin tener en cuenta que hacía parte de él, y que se debía tomar al ser humano como un ser integral.

La cultura dominante en la salud oral se caracterizaba porque la comunidad no le daba la importancia al autocuidado y al tratamiento de las patologías orales, y el papel del odontólogo, en cuanto a la atención oral, estaba enfocado a la atención de las afecciones dentales, cuyo objetivo principal era eliminar la

causa de un dolor mediante las extracciones dentales sin pensar en las consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, estéticas, éticas y sociales, entre otras, como tampoco se tomaba en cuenta la implicación en el contexto en que se desenvuelve el ser humano.

En las últimas décadas se ha dado prioridad en las políticas gubernamentales al campo de la salud oral, impulsando programas de prevención en las patologías orales como Caries Dental y Enfermedad Periodontal; que han sido las más prevalentes.

Los resultados del estudio Nacional de Salud, realizado por el Ministerio de Salud, referente a la Morbilidad Oral en 1977-1980 y 1994, muestran una disminución de la incidencia en caries y enfermedad periodontal, y una cobertura en la atención de la población afectada de un 9%, lo que indica que el nivel de la salud oral continuaba muy bajo, a pesar de la proliferación en la misma época de escuelas de odontología. Lo que se esperaba era que, al aumentar la cantidad de profesionales en odontología, se lograría hacer un cubrimiento en la prevención de las patologías nombradas y el tratamiento, si fuere necesario, de la población total; lo cual no se logró porque existían ausencias pedagógicas en los modelos educativos en las áreas preventivas y promocionales de la salud oral, mientras se le daba un mayor énfasis a la parte técnica y restauradora en la odontología, dirigida a tratar las enfermedades en

el ser humano sin dar mayor importancia a su prevención o al mantenimiento de la salud.

Todavía se observaba muy poco interés en las comunidades por la conservación de los dientes, el estado de su salud oral no era primordial; situación que ha cambiado por efecto de las múltiples campañas educativas y preventivas establecidas por el gobierno, así como por las campañas publicitarias de los productos de higiene oral.

Posteriormente la Ley 10 de 1990 reforma el Sistema Nacional de Salud, buscando su descentralización, dándole nueva estructura política y administrativa, enfocada a la participación de las comunidades, como también al interés científico técnico de la atención en salud, con un enfoque en el cual los servicios de salud converjan en un proceso multifactorial e intersectorial con el ambiente, el comportamiento social, los factores genéticos y demás factores que puedan tener incidencia en el bienestar y salud de los habitantes del territorio nacional; con una filosofía en pro de mejorar la atención básica en el sector de la salud, fortalecer el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades.

De otra parte, la Constitución Política de 1991 cambió el rumbo del país, incluyendo en el capítulo 2; “De los derechos sociales, económicos y culturales”, el concepto de salud como uno de los principales derechos

fundamentales, generando la creación de proyectos ley de gran impacto, buscando bienestar para toda la población colombiana, acorde al nuevo marco constitucional.

Partiendo del hecho que las políticas nacionales han enfocado su atención con miras a la participación integral del ser humano, consagrada en la Constitución de 1991 y en las Leyes 60 y 100 de 1993, se definen como prioritarias la Salud Pública, los servicios, la educación, la capacitación y la investigación y se han creado los mecanismos para que dicha participación sea efectiva.

En la Salud Oral se tiene un enfoque que abarca varios sectores: Docencia y Educación; en las escuelas de odontología haciendo énfasis en aspectos de promoción y prevención en salud oral, epidemiología, administración y gestión de servicios, enfocando su trabajo más hacia la comunidad, fortaleciendo la investigación social, dirigiéndola más a las necesidades de las regiones.

La promoción en salud y la educación para la comunidad, persiguen que se ejecuten acciones que produzcan cambios de actitudes y prácticas. Haciendo que los individuos conozcan los sistemas de salud y su utilización, con la intención de acceder racionalmente a los costos y recursos disponibles. Al aplicar estas estrategias en la salud, se pretende crear una cultura favorable en salud en todo el conglomerado social; incluyendo la salud oral.

Basándose en los principios constitucionales, en 1996 el Instituto de Seguros Sociales creó programas relativos a la promoción de la Salud Integral para el Infante, con guías para promover y prevenir en salud oral, que contemplan algunos aspectos de cuidado para identificar el adecuado crecimiento y desarrollo Dento-Máximo-Facial y conductas preventivas; estas guías están dirigidas más a los profesionales de la salud que al común de la gente.

Con estas políticas educativas y de prevención en Caries y Enfermedad Periodontal se han hecho los primeros programas de Promoción de la salud oral y Prevención en Maloclusiones, dado que éstas refuerzan el autocuidado y permiten que al no afectarse los dientes, se conserven su anatomía y su posición normales, evitando también extracciones y haciendo que los dientes puedan ejecutar su función adecuadamente sin permitir el desplazamiento de los mismos.

Se espera que se motive el desarrollo de proyectos de investigación haciendo partícipe a la comunidad, que le lleve a hacer conciencia sobre la importancia de su autocuidado y su papel respecto a la salud, salud oral, además de lo significativo de su interacción en los contextos culturales, sociales, económicos, políticos y jurídicos; todo con la intención de llevar a la comunidad a mejorar su salud oral, generando una construcción actitudinal que permita promover la salud, salud oral y prevenir las maloclusiones y anomalías de desarrollo que afectan al ser humano y al colectivo social en cuanto al

mejoramiento de su calidad de vida. Así se está contribuyendo al desarrollo humano partiendo del desarrollo del individuo como ser integral, manteniendo su salud oral para que se desempeñe adecuadamente en los escenarios familiar, social y laboral teniendo como escenario básico la cotidianidad en que se construye y se reconstruye.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El conocimiento de ciertos conceptos es definitivo para que el individuo no cometa errores en sus actuaciones, sobre todo en las que lo afectan directamente; de lo contrario, no estaría en la capacidad de motivarse o interesarse por ciertos aspectos físicos como la salud. La falta de conciencia ante estas necesidades impide que el individuo emprenda acciones que le impulsen a lograr organizarse y preocuparse por él mismo y su comunidad.

El hecho es que el conocimiento de los conceptos de salud, salud oral, autoconcepto, autoestima, autoimagen y autocuidado deben hacer parte de su vida, su cultura, su desarrollo como ser humano en la relación con los demás. Éstos, a su vez, deben ser tomados como objetivos primordiales en el transcurrir cotidiano para la organización y planificación de su vida, manteniendo su salud en forma ideal.

El hombre en su afán de sobrevivir, no es consciente del lenguaje que utiliza, ya que sólo le presta importancia al sentir y vivir orgánicamente; por ello no se da cuenta de las causas de sus afecciones. ¿Será que el ser humano en su interior siente que para vivir adecuadamente en el mundo de la vida, requiere tener la salud, la salud oral, el desarrollo humano en conexión con el autoconocimiento y el cuidado de sí para un armonioso desenvolvimiento en su contexto? Y si no

es así, ¿por qué?, ¿será acaso falta interés, de conocimiento, de amor a sí mismo? O ¿el nivel de vida no lo permite?.

En repetidas oportunidades se presentan programas de salud y muchas veces no son aceptados; la cobertura es deficiente y las políticas impartidas para el manejo de estos programas no se proyectan en forma adecuada para suplir las necesidades de la comunidad.

Esto puede ser consecuencia de la crisis por la que atraviesa nuestro país, debido a las malas administraciones y a la aceptación de modelos económicos que no obedecen a nuestras necesidades, como lo es el neoliberal, el cual ha perjudicado algunas entidades estatales reduciéndolas a entidades privadas. Con este modelo, el incremento en las desigualdades sociales es notable, ya que en la transformación de lo público a lo privado no se tienen en cuenta las personas menos favorecidas. El gobierno actual, con su Plan de Desarrollo, ha adoptado políticas de descentralización como posible solución a los problemas regionales y municipales; pero este proyecto no da muestras exitosas, ya que se ha notado la mala planificación en el manejo de los recursos públicos, pues el dinero que el gobierno ha transferido para las regiones no alcanza para cubrir los gastos que éstas presentan, sobre todo en los sectores de salud y educación.

Los hospitales públicos se han convertido en empresas comerciales del Estado, permitiendo, así, la creación de otras entidades de carácter privado que apuntan hacia el mismo objetivo. Los programas de prevención y promoción en salud se han visto afectados por la pésima cobertura de las entidades estatales, pues los hospitales públicos no están ni capacitados ni adecuados para dichos programas. Esto conlleva a que el país atraviese una crisis en el ámbito de la salud por la ausencia de protección y seguridad, adicionándose la crisis afectiva que empeora por la crisis de valores. Tal vez sea por esto que el conglomerado social ha perdido la credibilidad, la confianza en sus representantes a nivel administrativo, manifestando rechazo, incapacidad y enajenación para participar en acciones que le lleven a tomar decisiones que permitan crear situaciones que mejoren el aspecto personal, laboral y económico; que le permita tener un adecuado nivel de vida, con calidad de vida, definida ésta por Levi y Andreson (1980) en los siguientes términos:

Es una medida compuesta por bienestar físico – mental y social, se percibe desde cada individuo o desde un grupo, como el mayor grado de felicidad, satisfacción y retribución de bienestar. Esta medida puede referirse a la satisfacción global, así como a sus diferentes componentes, incluyendo aspectos como salud, familia, trabajo, vivienda, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros.

Según Julio Alguacil:

“La calidad de vida está haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluirían además de la satisfacción de las viejas necesidades, el ámbito de valoraciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico – ambiental, los riesgos a los que se encuentran sometidos, su salud física y psíquica, etc.”⁴.

Se hace referencia a la calidad de vida como sinónimo de la calidad de las condiciones en que se desarrollan las diversas actividades del individuo, desde un análisis objetivo – subjetivo y cuantitativo – cualitativo. Así, pues, se debe aceptar un cambio en la promoción de la salud, en la cultura de la salud y en la prevención de enfermedades. El gobierno tiene como base, en su servicio de salud, la promoción de redes locales para toda la comunidad, las cuales se orientan hacia la promoción del autocuidado, creando condiciones de salud, manteniéndolas y conservándolas; sin necesidad de recurrir frecuentemente a los centros médicos oficiales.

Todas estas políticas podrían funcionar mejor si las instituciones colombianas, públicas y privadas, trabajaran coordinadamente con objetivos comunes, con el fin de llevar al colectivo a mejores condiciones de vida en salud, educación, empleo, ciencia y tecnología. Sin descargar la responsabilidad al sistema educativo (Ministerio de Educación), el cual sólo debe servir para que se dé la reflexión en torno a la promoción, incentivando los proyectos de investigación

⁴ALGUACIL, Julio. Nuevas dimensiones de la complejidad.

mediante programas educativos difusores de la construcción del autocuidado, la autoestima y el autoconcepto.

Así, se justifica la elaboración de este proyecto, el cual tiene como punto de partida el desarrollo humano y las diferentes categorías de análisis (autocuidado, autoconcepto, autoestima), las cuales, se integran a través de la educación en torno a la promoción de la salud, salud oral, y la prevención de enfermedades.

1.3 ÁREA PROBLEMÁTICA.

1.3.1 OBJETO DE ESTUDIO.

Conocer los saberes y simbolismos presentes en el pensamiento colectivo de los niños(as) y adolescentes, sobre su realidad física, social, cultural y actitudinal en cuanto a la salud en general y específicamente en la salud oral; no sólo en la dimensión fenoménica, sino en el análisis y en la comprensión de lo aparentemente mostrado, estudiando cómo se relaciona ésto con su autoconcepto, autoestima y autocuidado, y lo que produce en su realidad social.

1.3.2 PREGUNTAS DEL ESTUDIO.

- ¿Cuáles son los imaginarios de los adolescentes ¿Por qué no se ha logrado dentro de los objetivos de los sistemas de salud, la salud integral del individuo?.
- ¿Respectan a la salud, salud oral, esos imaginarios en relación con el desarrollo humano y las opiniones acerca de el autoconcepto, autoestima en concordancia con el autocuidado ?.
- ¿Cómo se ha representado el desarrollo humano en los programas de promoción y prevención en la salud y en la salud oral?.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Interpretar, desde la perspectiva del desarrollo humano, el sentido que niños (as) y adolescentes le dan a los conceptos de salud y salud oral y a la relación de éstos con el conocimiento de sí mismo y el cuidado personal; para a partir de ellos construir una propuesta educativa para los programas de promoción de la salud y salud oral y prevención de la enfermedad dirigidos a niños y adolescentes en el centro de salud PAISALUD.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el significado que tiene para los niños y los adolescentes el autoconcepto y el autocuidado en relación con la salud y la salud oral.
- Epistemológicamente, argumentar los conocimientos teóricos frente al saber popular en salud, salud oral y en los aspectos del autoconcepto, autoestima, autoimagen, autocuidado, para generar un nuevo conocimiento que produzca una transformación social y educativa.
- Lograr que los niños (as) y adolescentes reconozcan en el individuo un ser integral que abarca los aspectos psíquico, físico y socio cultural, unido al contexto en el que se desenvuelven

- Generar espacios de participación que permitan reconocer las necesidades de los niños y los adolescentes frente a factores de riesgo y el rol que deben desempeñar en la transformación de los programas de promoción en la salud, salud oral y prevención de la enfermedad.

1.5. MARCO TEÓRICO

Para hacer referencia al concepto de salud y salud oral, es preciso, en primer lugar, comprenderlo como un aspecto importante para el bienestar integral de los individuos.

Desde este punto de vista, se puede acceder a una comprensión holística de las condiciones de la salud –salud oral en un grupo poblacional determinado; se hace, entonces, imprescindible realizar un análisis crítico sobre los diferentes elementos: biológicos, psicológicos, sociales, culturales y políticos que de alguna manera influyen en la forma como se presenta y se entiende la salud-salud oral en el proceso del desarrollo humano, con el fin de indagar en la literatura existente conceptos y explicaciones que contribuyan a la comprensión teórica de las situaciones prácticas encontradas en un contexto particular.

Sólo así, es posible identificar las fortalezas y debilidades, las oportunidades y amenazas que desde las prácticas culturales e institucionales existen para un óptimo estado de salud –salud oral de los individuos, y de esta manera, proponer nuevos modelos que apunten hacia la consecución de mejores condiciones para ésta y en general para un estado de salud integral.

Los elementos que inciden directa o indirectamente en la salud oral de los individuos pueden entenderse desde la perspectiva del desarrollo humano así:

- Desarrollo Psicológico.
- Desarrollo Subjetivo.
- Desarrollo sociocultural.
- Desarrollo político y económico.
- Desarrollo Físico.

Cada uno de éstos se encuentran ligados a matices particulares, como puede observarse en la gráfica 1.

GRAFICA 1.

1.5.1. CUIDADO Y CONOCIMIENTO DE SÍ

La reflexión en torno al cuidado de sí y al conocimiento de sí ha estado presente en los distintos momentos vividos por la humanidad y en las distintas expresiones de su pensamiento. De ella se han preocupado filósofos, teólogos, sociólogos, antropólogos y psicólogos, ya sea como realidad ontológica o psicológica; por ello es de suprema importancia trazar el desarrollo de esta reflexión para posteriormente abordar las categorías de autoconcepto y autoestima a la luz de las diferentes corrientes psicológicas que las estudian.

Desde la antigüedad, el cuidado de sí era uno de los principios fundamentales para la conducta social e individual; en Grecia regía como precepto a la polis y al ciudadano en el arte de la vida; la necesidad de preocuparse de sí, de inquietarse por sí, estaba siempre asociada por el deseo de conocimiento.

En los textos griegos y romanos, la exhortación al deber de preocuparse por sí se encontraba íntimamente ligada a la máxima del oráculo de Delfos: “gnothi sauton” (conócete a ti mismo), lo cual implica que por medio del cuidado de sí se conseguía el conocimiento propio. El vínculo entre los dos principios aparece en los diálogos socráticos, en Jenofonte, Hipócrates, Galeno, Epicuro, Séneca y en toda la tradición neoplatónica.

Desde Albino uno tenía que preocuparse por sí mismo, antes que el principio délfico fuera puesto en práctica. En el diálogo “El Parménides”, de Platón, se introduce por primera vez la relación entre el “cuidado de sí” y el “conócete a ti mismo”, cuando se afirma que el cuidado de sí es importante para la práctica política, la pedagogía y la filosofía. También en el Alcibiades I, un escrito apócrifo, aparecen los mismos argumentos, y el cuidado de sí toma consistencia a través del conocimiento de sí, éste, a su vez, se convierte en el objeto de la búsqueda del cuidado de sí.

Por otra parte, la tradición médica fundada por Hipócrates de Cos (460 – 380 a.C. aprox.) participó directamente con la aplicación del principio acerca del cuidado de sí; la recomendación de dietas especiales, masajes y programas de ejercicios alcanzaron una notable validez en el contexto grecorromano de la antigüedad. Así mismo, Galeno de Pérgamo (129 – 199 a.C.) continuó y mejoró la medicina hipocrática, acercando el principio por el cuidado de sí, hacia el de conócete a ti mismo, pues los conocimientos en anatomía de Galeno permitieron una mayor efectividad a la hora de diagnosticar.

Este tema del cuidado de sí no era sólo un consejo abstracto, sino una actividad extensa, una red de obligaciones de servicios para el alma y el cuerpo. Los epicúreos creían que nunca era demasiado tarde para ocuparse de sí mismo y los estóicos pregonaban: “Retírate en tí mismo y permanece allí”; de igual

forma Séneca en el texto “Ira” describe un examen de conciencia que tiene como objetivo la purificación a través de un recurso mnemotécnico.

Como lo afirma Erich Fromm, “la idea del autoconocimiento tiene su origen en la tradición griega y judeocristiana”⁵; muestra de ello es que para Platón uno debe descubrir la verdad dentro de sí, y para las otras corrientes, como los estoicos, los pitagóricos y los epicúreos, existió la práctica del examen de sí mismo.

Ahora bien, la relación que “el cuidado de sí” tenía con el postulado délfico “conócete a ti mismo”, se subordinó con la transformación de la cultura occidental y poco a poco fue perdiendo su relevancia. Foucault dice al respecto:

“Ha habido una inversión entre la jerarquía de los dos principios de la antigüedad, - preocúpate de ti mismo – y – conócete a ti mismo -.

En la cultura grecorromana, el conocimiento de sí se presentaba como la consecuencia de la preocupación por sí. En el mundo moderno el conocimiento de sí constituye el principio fundamental”⁶.

Se observa en la obra de los teólogos y filósofos San Agustín y Santo Tomás la subordinación señalada. Ellos abordan el tema del cuidado de sí a partir del conocimiento de sí; no en vano San Agustín escribe sus confesiones a manera de monólogo y Santo Tomás, por su parte, se ocupa de los apetitos inteligibles.

⁵ FROMM, Erich. La Condición Humana Actual. Paidós, página 101.

⁶ FOUCAULT, Michel,. Las Tecnologías del yo. Paidós, página 55.

La filosofía moderna adoptó como máxima el conócete a ti mismo y lo desvinculó del cuidado de sí. Pero en los últimos tiempos, a través de la fenomenología y la psicología, la relación entre los principios se ha constituido de nuevo, muchos de nuestros contemporáneos ven como signo promisorio el acercamiento de los antiguos preceptos.

De lo que aquí se trata es de mostrar la efectividad de la relación del “conócete a tí mismo” de acuerdo con las categorías de autoconcepto – autoestima, y “el cuidado de sí” de acuerdo con los diferentes significados de salud- salud oral; para con ello develar que la integridad de los principios nos acercan a un desarrollo humano eficiente e involucran la gestión como factor determinante de la promoción y prevención en salud.

1.5.2. EL AUTOCONCEPTO:

“La mayor de las barreras para el amor es el secreto temor de no ser digno de ser amado”.

N. BRANDEN.

Es de vital importancia el reconocer al ser humano como la constitución de un todo orgánico que trabaja en función de su ser interior y exterior. Por esto desde la medicina y desde la psicología hay una búsqueda constante por un hombre que en su particularidad sea completamente armónico, esto es, un hombre sano con una mentalidad sana.

Teniendo en cuenta la gama tan abierta que se podría trabajar en un ámbito como éste, es indispensable, también, centrarse en el foco principal a tratar, el autoconcepto desplegado a la salud y, más específicamente a la salud oral.

Siendo esto así, y teniendo en cuenta que el autoconcepto tiene implicaciones en la vida de cada individuo y directamente en la conducta como proceso de aprendizaje, resulta indispensable hacer un análisis de la definición de esta categoría para posteriormente mostrar su importancia dentro del ámbito de la salud oral en un grupo de personas.

Entonces, ¿qué es el autoconcepto? La definición de este término es diversa, sin embargo, generalmente es entendido como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinanismos son determinados socialmente, ya que comprende el

conjunto de percepciones, sentimientos, expectativas, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

De acuerdo con su etimología, el autoconcepto es la representación que hace el individuo de sí mismo, pues “AUTO” (prefijo de origen griego) significa propio y “CONCEPTO”, en una de sus acepciones, es “la idea o juicio de conocimiento de algo”.

De esta forma, y como bien se sabe, categorías como éstas son tratadas en el área de la psicología, la cual, además, tiene diversas corrientes que explican, cada una a su manera, esta manifestación del ser humano; por eso se considera necesario hablar de ésto desde las diferentes perspectivas psicológicas, para posteriormente encaminar las conclusiones al ámbito físico del hombre como ya se había anotado.

Antes de entrar a analizar el autoconcepto desde las diferentes corrientes psicológicas, es necesario hacer algunas precisiones: el yo ha sido definido como la percepción que la persona tiene de su naturaleza, carácter e individualidad. El “autoconcepto” es la opinión o impresión que la gente tiene de sí misma, es su “identidad autohipotetizada”, la cual se desarrolla a lo largo de muchos años. El autoconcepto es el conjunto de percepciones cognoscitivas y actitudes que la gente tiene acerca de sí misma. Es la suma total de las descripciones y evaluaciones que hace de sí. El autoconcepto es

multidimensional y cada una de sus dimensiones explica roles diferentes. Una persona puede calificarse como marido o esposa, como profesional, líder comunitario, como pariente, amigo y así sucesivamente. Estos aspectos diferentes del yo describen a la persona total.

Así, pues, cada persona puede tener autoconceptos que cambian de vez en cuando y que pueden ser o no retratos precisos, es decir, éstos se elaboran constantemente dependiendo de las circunstancias y de las relaciones del individuo, lo que demuestra que el nivel de autoconcepto puede ser atribuido al nivel de la cultura sobre sus miembros, ya que éste deriva de la comparación subjetiva que hacemos de nuestra persona frente a los demás, así como de lo que éstos nos dicen y de las conductas que dirigen hacia nosotros.

1.5.2.1. El Autoconcepto Como Paradigma Del Psicoanálisis.

Ahora bien, desde esta perspectiva psicológica, autores como Jung, Progroff (1953), Freud (1953), Adler, Hall, Sidzy (1970) y Haztman (1964); responden a esta categoría desde una óptica netamente psicoanalítica. Ellos coinciden en la definición de autoconcepto como ese conjunto de percepciones, sentimientos, expectativas, actitudes, creencias, características apreciativas y afirmaciones evaluativas que tienen los individuos consigo mismos.

De acuerdo con la doctrina psicoanalítica, el autoconcepto es una abstracción de las características esenciales y distintivas del sí mismo que establecen una diferencia entre la existencia consciente de un individuo y el ambiente y otros sí mismos, por la otra. En el curso del desarrollo, se vinculan con el autoconcepto diversas actitudes evaluativas, valores, aspiraciones, motivaciones y obligaciones. Así, el yo es el sistema organizado de las propias actitudes y valores interrelacionados que resulta de dicha vinculación, conjugado con un derivado experiencial de impulsos innatos.

Esta última afirmación nos presenta un autoconcepto conformado desde la infancia que, como lo sostiene Taush y Taush (1981), tiene implicaciones que afectan el comportamiento propio y los acontecimientos futuros. Un sujeto con concepto negativo de sus capacidades, se desenvolverá en su trabajo con poca energía, su constancia y creatividad serán reducidas y actuará con menos optimismo respecto al éxito. Así, frente a las primeras manifestaciones de fracaso confirmará sus incapacidades, se derrumbará y no continuará esforzándose por alcanzar metas preestablecidas; lo que conduce, entonces, a un autoconcepto desfavorable que, sobre sus capacidades, se disminuye aún más.

Las consecuencias que trae un autoconcepto de tal índole en un individuo, no sólo afectan su desenvolvimiento en un rol laboral, sino también, en su aspecto

educativo: “La personalidad es factor influyente en la motivación y selección del aprendizaje, determinando la retención y utilización de la información recibida”⁷.

Se ha comprobado, a través de estudios psicológicos prácticos, que la relación entre autoconcepto y aprendizaje en un individuo confuso respecto de sí mismo, conlleva a un bajo rendimiento escolar. Lo ideal sería, entonces, que las primeras experiencias de un niño sirvieran para que las nuevas se asimilaran; pero, si el individuo en mención presenta emociones negativas, arraigadas de forma alguna en su pasado, esas nuevas experiencias no las enfrenta porque prefiere alejarse para así evitar situaciones que le producen dolor; por consiguiente, no experimentará la vida (su vida) en su totalidad, lo que produce un aprendizaje fragmentado y disminuido.

Así, pues, desde esta perspectiva psicoanalítica, el autoconcepto, que se va desarrollando desde la infancia con algunas bases a priori, tiene sus repercusiones en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve el sujeto. De este modo, al inicio de la vida el niño no diferencia entre sí mismo y su entorno, esto le hace creer que todo hace parte de él. David Ausubel y Edmund Sullivan en su libro “El Desarrollo Infantil”, donde hacen un estudio del yo que se desarrolla desde la infancia mirando las diferentes teorías psicológicas, hablan hipotéticamente de una autopercepción que se referencia en la madre la cual

⁷ GORDON, I.J. El maestro y su función orientadora. En: Una reconceptualización del autoconcepto, Alfredo Escobar. Página 20. Medellín 1980.

maneja su realidad y sus necesidades. La conciencia de sí se da por una conducta reaccionaria ante la demora de la satisfacción de sus necesidades orgánicas, diferenciando así entre él mismo y el medio.

Sacristan (1976) enfoca esta categoría partiendo de la asimilación que del mundo externo hace el niño: mientras crece para ordenar los datos del exterior, el ser llamado por un nombre lo distingue de los demás, igual que los gustos diferentes, por ejemplo, a los de su madre, etc. Estas características y este proceso de desarrollo le van demostrando que es alguien único y diferente respecto del ambiente.

Las percepciones de sí mismo, la percepción de su cuerpo, su percepción auditiva (voz y llanto), sus experiencias de tacto y gusto, etc., son guías para que aprenda a diferenciar entre lo que le pertenece a él y lo que hace parte del ambiente que le rodea. A esto se le debe agregar, también como factor determinante, la aparición del lenguaje, característica ésta que es trabajada también por Ausubel y Sullivan; los cuales denominan este proceso como "etapa verbal". Esta etapa se da entre los 8 y los 27 meses y se manifiesta a través de los pronombres yo, mío, mi, ellos, él...; lo que indica una autoconciencia conceptual y la conceptualización de los demás que lo lleva, en últimas, a una abstracción de todas las percepciones aisladas del sí mismo que lo hace diferente y único ante los otros.

1.5.2.2. Una Perspectiva Conductista Del Autoconcepto.

El autoconcepto también es mirado desde la psicología conductista como un conocimiento de sí mismo, lo que demuestra que aún en corrientes diferentes esta categoría y experiencia del yo va encaminada a desarrollar una especie de autoconciencia.

Aquí, en el conductismo, “el auto” se concibe como un producto de ideas y actitudes acerca de sí mismo que representa el contenido perceptual de la conciencia del individuo. Saymonds (1951), le da un rasgo de funcionalidad y equivalencia en la efectividad; lo define como el ego y el auto que están estrechamente relacionados. Si el ego (sí mismo como proceso) funciona efectivamente, el auto (sí mismo como objeto) piensa bien de sí mismo y, si esto es así, el ego es efectivo.

Según Combs (1952), es un factor de conducta, ya que opera integralmente con el organismo; lo que hace que se constituya como un asimilador de experiencias, reinterpretándolas y generando reacciones afines. El autoconcepto, entonces, hace referencia a los conocimientos y actitudes que se tienen de nosotros y hacia nosotros, esto hace que cada quien tenga la idea de

sus posibilidades y limitaciones: “Tenemos internalizado un patrón de lo que creemos que somos y de lo que valemos, y según esto se actúa”⁸.

Al actuar bajo ese parámetro, el individuo puede llegar a pensar que tiene más capacidades de las que en realidad posee, lo que genera un impulso de autosuficiencia; pero también se puede caer en el otro extremo: Deja de actuar porque se subvalora o no proyecta completamente sus potencialidades.

Se siguen aquí parámetros de conducta concentrados en una equivalencia orgánica. Este proceso se va desarrollando, también, desde la infancia, manifestándose con más auge al finalizar dicha etapa, precisamente cuando el individuo toma conciencia de su aspecto físico y su salubridad.

1.5.2.3. Otros Enfoques.

Cabe la diferenciación que algunos autores hacen entre el autoconcepto real y el ideal, es decir, la diferencia entre lo que se cree que es y lo que le gustaría ser y entre el ideal, que sería fantasía, donde el sujeto sueña con una posibilidad alcanzable. Así, un autoconcepto adecuado no concordante con las experiencias de una persona puede ser fuente de trastornos psíquicos, ya que se crearía un choque a causa de la estrecha relación de aspectos como éstos (experiencias vividas) y el desarrollo constructivo de la personalidad, el nivel de

⁸ La Benne, W.O and Grenne, B.I. Educational Implications of self Concept Theory. En: Una reconceptualización sobre el autoconcepto. Alfredo Escobar. Página 18. Medellín 1980.

satisfacción, el grado de ansiedad y la calidad de su propia vida. De esta forma, el autoconcepto se forma por las experiencias que tiene el individuo con los demás, agregándose lo que conoce y cree de sí mismo, dando información acerca de su comportamiento, de su apariencia física, de sus capacidades; aspectos éstos que pueden ser calificados como más o menos importantes. Si esta información es exacta, se presenta un autoconcepto realista, ya que, el sujeto se ve como es y no como quisiera ser. Así, entre más completo y realista sea su autoconcepto será más capaz de cuidar de sí mismo y tomar decisiones que lo ayuden a salir adelante en la vida, pues, al conocerse bien podrá seleccionar actividades de acuerdo a las situaciones vividas (De Anda, 1975).

Ahora bien, mirándolo desde una perspectiva negativa, si el individuo no conoce mucho de sí mismo, su autoconcepto llega a ser muy incompleto y se convertiría en una persona poco realista (mintiéndose constantemente), lo que conllevaría a que su relación con los demás sea similar; sería, además, una persona tímida, temerosa a los grupos, poco decidida, poco impulsadora, mostrándose como no es. Todo esto lo confirma Sacristan cuando hace referencia al no-realismo del autoconcepto de los sujetos; éstos se convertirían en actores, pues el concepto de sí mismos se condiciona de forma inconsciente al contexto en el que se desenvuelven y expresan, tendiendo de esta forma a mostrar a los demás una buena imagen de sí, aún si en su interior ésta no es cierta.

Desde una perspectiva social, Mc Callon diferencia el autoconcepto de los autoconceptos; esta teoría está guiada a desarrollar la interacción entre los individuos. El autoconcepto es particular, es el yo que se percibe desde el mismo sujeto, creándose su propia representación. Desde los autoconceptos o desde el autoconcepto social, el sujeto se define a partir de lo que piensan los demás; este proceso es definitivo en las primeras etapas de desarrollo, donde se empiezan a elaborar las relaciones interpersonales.

De otro lado, en las hipótesis elaboradas por Ausubel y Sullivan se encuentra un autoconcepto que entre los seis meses y los dos años y medio se da con una relativa frecuencia y con características de independencia volitiva. Se percibe libertad de acción y autosuficiencia, el niño manipula el ambiente para satisfacer sus deseos. Su autoestima es una interpretación errónea de la subordinación paternal a sus deseos y necesidades. A la vez, y contrario a lo anterior, presenta una dependencia afectiva con la figura masculina autoritaria, que se caracteriza por limitar su voluntad para cumplir sus necesidades, lo que, en cierta medida, alimentará la autoimagen de la omnipotencia volitiva.

Sacristan se refiere a la conformación del concepto de sí mismo como el proceso de identificación. El niño se identifica primero con su madre, luego, y de manera contradictoria, con su padre, hermanos, otros adultos y algunos niños de su edad. Así, va adquiriendo una serie de conocimientos y valores personales que culminan más o menos a los tres años cuando el infante ya

tiene un autoconcepto más preciso, pero que está supeditado a la forma como los adultos lo ven. Esto demuestra nuevamente que es la familia la que más influye en la formación del concepto de sí mismo.

El niño debe percibir las actitudes de los demás hacia él, congruentes, de lo contrario se produciría en el infante una contradicción, haciendo que su autoconcepto sea inseguro. Por esto, las experiencias familiares son definitivas, ya que, la identidad que el niño está conformando se da a partir de ese núcleo que le brinda las bases del desarrollo, porque sus padres y el resto de la familia conforman su único mundo. Entonces, lo que le dicen o hacen influye en lo que él hará momentáneamente aunque luego tenga fuertes variaciones. Así, se va desarrollando en el niño el sentido de pertenencia que se manifiesta en una serie de valores y roles adquiridos dentro de la familia.

Estos factores, aunque decisivos para el desarrollo del yo, no son las únicas fuentes de influencia para la valoración del autoconcepto. Al compartir en el ambiente escolar y de amistades en la socialización secundaria, el individuo va elaborando un concepto de sí mismo, ateniéndose más específicamente a la opinión de los demás. Pero ésta cambia en la adolescencia, pues, en esta etapa el individuo piensa más en sí mismo y se vuelve más independiente, evitando la influencia de sus padres; lo que crea, inevitablemente, un choque entre los adultos y el joven. Además, hay un cambio rotundo en las relaciones

interpersonales, y su apariencia física se convierte en un factor importante en el desarrollo de esa comunicación con los demás.

Se podría decir, entonces, que ya en la edad adulta el autoconcepto está más definido (aunque la influencia de los demás nunca se agote), siendo el producto del desarrollo desde su nacimiento y del ambiente en que el individuo se desenvuelve.

Según Jersild (1952), la diferencia que hay entre el autoconcepto entre niños y adultos, es que en los niños se describe más en términos externos, mientras que los adultos se ajustan más a la calidad de sus relaciones interpersonales, ya que, el autoconcepto es más estable y difícilmente cambia después de estar definido, aunque las influencias externas y las experiencias de éxito o fracaso estén apuntando a relativizarlo. Lo anterior implica un autoconcepto dinámico que admite algunos cambios durante el resto de la vida, lo que no conlleva a una desestabilización en la personalidad.

Según Rosemberg (1965), la estabilidad del autoconcepto depende de la autoestima; esto muestra que en la conformación del autoconcepto existen influencias de otro tipo, es decir, los conceptos, los valores, las costumbres, el lenguaje, los grupos en los que el individuo se desenvuelve y los aspectos culturales son también decisivos para una elaboración adecuada de esta categoría.

Ahora bien, Arango y Nimnicht⁹ nos presentan un autoconcepto (modificadores de Maslow) que responde a necesidades primordiales del ser humano: Intelectuales, sociales, estéticas y espirituales (que en muchas ocasiones son negadas o subestimadas); además de las necesidades físicas y biológicas, junto con las de amor y autorrealización que conllevan a la imagen que cada persona tiene de sí para luego presentarla a los demás. Lo que implica que el individuo crea una autoestima positiva que al exteriorizarse da señales de seguridad y amor propio.

En este contexto entra a operar otro elemento de gran importancia: “la autoestima”, la cual puede ser entendida como el concepto operacional del autoconcepto (Hidalgo y Abarca 1992) y como la valoración que las personas hacen de sí mismas, relacionando el sentido de autorrespeto, identidad, seguridad, confianza, propósitos y sentido de competencia.

⁹ ARANGO, Martha et al. *Informes sobre las bases conceptuales del proyecto y el modelo emergente que responde al desarrollo social*. Parte 1. Medellín 1983.

1.5.3. AUTOESTIMA

1.5.3.1. La Autoestima En La Vida Humana.

“El peor de los males que le puede suceder a un hombre es que llegue a pensar mal de sí mismo”.
Goethe.

La autoestima constituye una dimensión importante del autoconcepto, siendo directa y definitiva la relación existente entre la apreciación que se tiene de sí mismo (autoconcepto) y la manera como se siente y piensa respecto de sí mismo (autoestima).

Son muchas las definiciones que desde el campo de la psicología se han dado sobre esta categoría: valía personal, confianza, amor, valoración, respeto por sí mismo... todas estas dimensiones psicológicas, que pueden ser evidenciadas y medidas en la forma de actuar, en relación consigo mismo y con los demás.

A este respecto, para Pérez – Mitre (1981), “la autoestima es el fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo; se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se

encuentran socialmente determinados. En este sentido se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social”¹⁰.

Coopersmith (1976) considera que la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos.

Así la autoestima tiene dos aspectos: uno afectivo que se equipara con la autovaloración, y , otro connotativo, que representa la conducta que se dirige hacia uno mismo.

El mismo autor aporta esta definición que complementa la explicación anterior: “la autoestima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es representada por el símbolo mi, que consiste en la idea que la persona posee sobre sí misma. Dicho concepto se forma través de la experiencia, poniendo en consideración las observaciones con respecto a su propia conducta y la forma en que otros individuos responden a sus actitudes, apariencia y ejecución”¹¹.

¹⁰ Pérez Mitre, G. Autoestima: Expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. Rev. Asoc. Latinoamericana. Psicología Social #1, páginas 135 – 140.

¹¹ Coopersmith, S. The Antecedents of Self Esteem. San Francisco: H. Freeman. 1976.

Según Sherif y Sherif (1969), la autoestima se forma como resultado de la internalización de las normas y valores del grupo social y de su adecuado desempeño, ya que todas las agrupaciones humanas poseen un conjunto de normas, valores y costumbres que expresan las pautas conductuales a seguir dentro de la estructura de la sociedad. Sin embargo esta apropiación de las exigencias culturales no es suficiente para determinar el desarrollo de una autoestima positiva, pues muchas personas logran hacerlo, aún sin encajar en las pautas de comportamiento del grupo social.

El mismo autor señala que el Self constituye un sistema muy complejo de relaciones, formado por diversas experiencias y con numerosas extensiones y manifestaciones, tanto en el ámbito externo (el cuerpo), como interno, y se basa en diferentes niveles y tipos de capacidades para enfrentarse con el medio; es, por tanto, multidimensional.

Desde este punto de vista, las valoraciones que el individuo hace de sí mismo en las diferentes extensiones y de acuerdo a sus capacidades para enfrentar el medio, determinan su alta o baja autoestima, es decir, que ésta refleja la multidimensionalidad del self.

Reidl (1981) también plantea las dimensiones de la autoestima, como evaluaciones positivas y negativas hacia el self.

Su importancia, según el autor, radica en que en la conducta interpersonal, en busca de aprobación y posición social, surge en gran medida el deseo de mantener una autoevaluación positiva.

1.5.3.2. Dimensiones Esenciales De La Autoestima .

Continuando con un análisis dimensional de la autoestima, Nathaniel Branden (1990) plantea cinco dimensiones esenciales a través de las cuales se puede operacionalizar dicho concepto:

- **La autoimagen**, es decir, la capacidad de percibirse a sí mismo como realmente es; sin caer en el autoengaño. Obtener un conocimiento de sí mismo, que busque equilibrar adecuadamente los elementos positivos y negativos de la personalidad.

En esta dimensión, la doctora Chérie Carter Scott, involucra la aceptación del cuerpo, con sus virtudes y defectos, como una condición básica para tener una autoimagen real; además, sostiene que existe una estrecha conexión entre el cuerpo y la mente, por lo que la aceptación de éste no es sólo esencia del bienestar emocional, sino también de la salud física.

Esta autora plantea también que la verdadera autoestima se fundamenta en una percepción realista de sí mismo, como alguien que es al mismo tiempo

sujeto de bondades y limitaciones, aceptándolas como parte del ser de cada persona, donde las unas no destruyen a las otras, por el contrario, ambas constituyen la verdadera esencia humana de cada individuo, y su conocimiento y aceptación son la base para la obtención de mayores niveles de desarrollo personal.

- **La autovaloración**, o aprecio como persona importante para sí misma y para los demás; lo contrario sería autodevaluación.

Una alta autovaloración permite al ser “volar” en su mundo, en su entorno, libre de autorrechazos, de autocondicionamientos y sentimientos negativos frente a sí mismo; de la misma manera, es un ser fuerte para no permitir condicionamientos externos negativos, provenientes del medio en que se desenvuelve (padres, amigos, escuela).

En la autovaloración es importante hacer claridad que ésta nada tiene que ver con buscar la perfección, y menos con evitar errores; por el contrario, consiste en una aceptación incondicional de sí mismo como ser valioso, independiente de los errores y juicios, cambiando el punto de vista y la significación que se tiene frente a ellos, convirtiéndolos así en componentes valiosos en la vida, asumiéndolos como aprendizajes y motivaciones para la construcción personal.

- **La autoconfianza**, caracterizada por la convicción de que uno puede hacer bien las cosas y puede sentirse seguro de realizarlas. A esto se opone la inseguridad.

Al respecto, la doctora Chérie Carter – Scott explica cómo a lo largo de la vida de las personas se les enseña a no confiar en sí mismas: a los niños se les enseña a hacer las cosas al estilo de sus padres “porque ellos lo dicen”; los medios de comunicación las entrenan para buscar las respuestas en el exterior a través de productos o entrenamientos; es decir a las personas se les bombardea desde todos los ángulos para que no tengan un pensamiento independiente, haciéndoles creer que no pueden confiar en sus directrices internas.

Esta reflexión permite comprender por qué algunos individuos no confían en su capacidad de pensar, decidir y actuar, pues siempre esperan encontrar una voz exterior que apruebe o desapruebe la manera de hacer las cosas; por tanto, es importante rescatar de cada ser la seguridad, la creatividad, la confianza; características de una autoestima elevada para que pueda darse a sí mismo y a los demás sus aportes particulares, únicos e irrepetibles.

- **La autoafirmación** o libertad de ser uno mismo u poder tomar decisiones con madurez.

La doctora Chérre Carter – Scott considera en la autoafirmación cuatro elementos importantes: elección, responsabilidad y liberación.

La elección es la exploración de lo que el ser desea, para luego optar por determinadas acciones; estas acciones pueden ser puras (cuando son consecuentes con el deseo del individuo), las cuales fortalecen la autofirmación, o falsas (cuando son el resultado de una decisión por obligación), las cuales disminuyen la autoafirmación.

La responsabilidad significa que el individuo responde por su conducta y acepta completamente las consecuencias que se derivan de ella.

Sin embargo, la responsabilidad no es sinónimo de culpa, pues la culpa se asocia con la falta, mientras que la responsabilidad indica autoría; la culpa implica sentimientos negativos, y la responsabilidad aporta el consuelo de no tener que esquivar la verdad y libera de la culpa; la culpa paraliza, la responsabilidad empuja al individuo hacia delante para conseguir bienes mayores.

La liberación no es más que el acto de abandonar, renunciar y alejarse de una situación para evitar consecuencias negativas previsibles. Consiste en liberarse de ciertas circunstancias y guardar la energía para sucesos más importantes.

En este punto el individuo hace uso de su capacidad de elección y de su responsabilidad, para actuar con cautela y madurez en cada situación incierta.

- **La auto-realización**, que consiste en el desarrollo adecuado de las capacidades propias para vivir sanamente y poder servir mejor a los demás. Lo contrario sería estancamiento y esterilidad personal.

En esta última dimensión de la autoestima expuesta por Nathaniel Brandon, se identifica plenamente con la escala superior de la pirámide de necesidades humanas, propuesta por Abraham Maslow, en la cual se ubica el despliegue de las capacidades y potencialidades que posee el ser humano para desarrollar plenamente su ser, en beneficio de su propia vida, como de los demás.

Los seres humanos que alcanzan este nivel de desarrollo, además de tener resueltas las necesidades precedentes a éste (fisiológicas, de seguridad, sociales...), tienen un concepto positivo de sí mismos, así como un ser adecuado al cumplimiento de las dimensiones de la autoestima anteriormente mencionadas.

1.5.3.3. Autoestima Y Vida Familiar.

En el proceso de formación de la personalidad, desde el niño hasta el adulto, se reconoce cada vez más la importancia de la autoestima, tanto en lo que se

refiere al comportamiento individual como en las relaciones interpersonales; particularmente en el manejo de la agresividad, la apertura al diálogo y la cooperación con el otro, la disposición para el aprendizaje y la presencia de ciertas tendencias, como la hipersensibilidad y el servilismo.

Como lo afirma A. Maslow, “todas las personas (salvo raras excepciones patológicas) tienen el deseo y la necesidad de auto-valorarse, de autoestima y de la estima de los demás, que sea estable, firme y alta”¹².

Esta necesidad de autoestima se describe como una exigencia interior que experimenta el individuo de sentirse valioso, digno de respeto y de admiración no sólo ante sí mismo, sino también ante los otros.

Retomando el planteamiento de Maslow, lo normal y adecuado es que el individuo se aprecie y desee el aprecio de los otros, y, así mismo, tienda a sentir agrado por las demás personas; es decir, lo normal y constructivo para la salud y el bienestar personal es que el individuo posea una autoestima alta, que le permita establecer relaciones armónicas consigo mismo y con los demás.

A este respecto, es importante resaltar el papel decisivo que tiene la vida familiar en la consolidación de la autoestima del individuo, pues, sus primeros contactos interpersonales, que se dan en el seno de la familia, determinarán la manera como se perciba y se valore.

¹² Maslow, A. Motivación y Personalidad. Nueva York: Harper y Row Publicaciones. 1970.

Virginia Satir, en sus estudios sobre terapia familiar, ha encontrado algunas características propias de las familias que ella define como autoestima alta:

“Son individuos que comprenden, valoran y desarrollan sus cuerpos, al hallarlos hermosos y útiles; son reales y sinceros consigo mismos y con los demás; son amorosos y bondadosos con ellos mismos y con quienes les rodean; están dispuestos a correr riesgos, a ser creativos, a competir y a cambiar cuando la ocasión así lo amerita. Siempre encuentran medios para adaptarse a cosas nuevas y distintas, conservando la parte útil de su personalidad y desechando la que no sirve”¹³.

El contexto dentro del que se desarrolla una persona con estas dimensiones es la familia, y los adultos que se encuentran a su cargo son los responsables de la creación de estos seres.

La autora en mención relaciona dos elementos de la vida familiar a través de los cuales se puede fortalecer la autoestima de sus integrantes:

- Comunicación directa, clara, específica y sincera.
- Reglas flexibles, humanas, adecuadas y sujetas a cambio.

En un ambiente familiar con estas características, las personas encuentran seguridad, confianza, amor, sentido de responsabilidad... a través de lo cual se preparan para afrontar la vida asertivamente, con optimismo, autonomía y entusiasmo.

¹³ Satir, Virginia. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial Pax, México 1999.

Contrarias a las familias constructoras de autoestima están aquellas en la que se forja una “autoestima disminuida”, concepto que según Josefina Solís (1974) significa: “Insatisfacción, rechazo y desprecio de sí mismo”, lo cual es producto de los factores externos al sujeto (familia, escuela, vecindario...) en los que ha encontrado experiencias tempranas de maltrato, abandono, rechazo, abuso, censura, entre otras; dichas experiencias son internalizadas en el sujeto convirtiéndolas en parte de su yo, generando pensamientos e ideas negativas respecto de sí mismo y a la vida.

La baja autoestima es causada por distorsiones cognitivas producidas por pensamientos o ideas negativas, que conducen a una autocrítica negativa. La autocrítica es la voz interna acusadora, juzgadora, saboteadora de lo positivo; se caracteriza porque constantemente da una información falsa, debilitando al sujeto, haciéndolo sentir mal, exagera sus debilidades, justificando los ataques a sí mismo como razonables, ejerciendo un gran control sobre la mente, a tal punto que el individuo se acostumbra a escucharla y a creerle; también utiliza los valores y reglas para atacar con derechos, lo que contribuye a menoscabar la identidad del sujeto. La crítica se origina en la infancia, en la primera etapa de socialización, por los padres o representantes, con las situaciones de castigo y gestos prohibitivos, que crean temores al fracaso, a sentir rechazo y marginación, a perder apoyo, lo cual marca al individuo hasta su adultez, porque ha crecido con residuos emocionales, por tanto, entre más fuertes sean

los castigos, rechazos y recriminaciones de su conducta, mayor grado de manifestación tendrá en el adulto, en la autoestima disminuida¹⁴.

Los padres sientan bases de una baja autoestima con la frecuencia del mensaje negativo, que se manifiesta en expresiones de mal genio, rechazo paterno, censura a las pautas morales del niño en cuanto a sus actuaciones, relaciones, gustos, castigos injustos, entre otras, con lo cual se disminuye su identidad y autonomía.

Las familias lideradas por padres con las anteriores actitudes son llamadas por Virginia Satir "familias conflictivas", en las cuales la autoestima está disminuida, la acción es indirecta y vaga, y las reglas son rígidas e inmutables.

En estos contextos se desarrollan menores y jóvenes que, en su etapa adulta, seguramente reproducirán estos esquemas de aprendizaje, por lo cual, la baja autoestima, lejos de ser una disfunción que pertenece al ámbito de lo personal, trasciende hacia los campos de lo familiar y de lo social, para ser considerada un problema de salud pública, que afecta los aspectos físicos y psicológicos de los individuos en interacción.

¹⁴ Ausubell, D. Y Sullivan, E. El desarrollo infantil (Parte II). Página 53. Paidós Barcelona 1983.

1.5.4. DESARROLLO HUMANO

1.5.4.1. Desarrollo Humano Y Psicoanálisis.

Basándose en los parámetros del psicoanálisis, el desarrollo humano se concibe como la prolongación de diversas circunstancias que están presentes desde el comienzo de la vida, el cual se encuentra también determinado, según Freud, por varias etapas psicosexuales: pregenital, de latencia y genital.

Freud propone una teoría genética en la cual establece que la historia de cada individuo, sobre todo en sus primeros años, es esencial para comprender el funcionamiento del adulto. Las razones de su interés por explicar esas primeras etapas del desarrollo, se relacionan con dos descubrimientos fundamentales: El primero es el hecho de que los síntomas neuróticos están siempre relacionados con la sexualidad y son el resultado de la represión de pulsiones sexuales. El segundo es que el origen de estos síntomas debe buscarse en los primeros años de la infancia, momento en el que las pulsiones sexuales son reprimidas.

De esta manera, el desarrollo de la sexualidad infantil es, para Freud¹⁵, “un modelo de referencia esencial para valorar los desvíos y las dificultades que pueden originar más tarde las diferentes formas de patología adulta”.

¹⁵ GONZALES, Luis. Desarrollo Humano y Trabajo Social. CONETS, 1997. Página 42-43

Para el estudio del desarrollo psicosexual, Freud plantea cuatro etapas :

1. **PERÍODO PREGENITAL:** Comprende las etapas anal, oral y fálica. La primera es la etapa oral y se presenta en la lactancia temprana. La boca del niño se convierte en el centro de la estimulación y el placer. Más tarde, durante las etapas anal (de uno a tres años) y la fálica (de tres a cinco años) el centro del placer se desplaza de la boca hacia el ano y las zonas genitales. Si los niños sufren una frustración o satisfacción intensas en alguna de las fases de su desarrollo psicosexual, pueden tener una fijación en las necesidades de esta etapa. Más aún, las reacciones de los padres frente a cualquiera de ellas puede influir profundamente en el desarrollo de la personalidad del niño. En este período el niño siente una atracción fuerte pero inconsciente por el progenitor del sexo opuesto. A esto se le llama complejo de Edipo en los niños y complejo de Electra en las niñas.
2. **PERÍODO DE LATENCIA:** Dura de los seis a los doce años; es tiempo de relativa calma. En un principio las niñas juegan principalmente con niñas; los niños, sobre todo con niños, y su interés se centra en adquirir conocimientos del mundo que les rodea y desarrollar habilidades y destrezas útiles.
3. **PERÍODO GENITAL:** Comienza con la adolescencia. La meta de esta etapa es el establecimiento de una sexualidad adulta madura, que con el tiempo

estará acompañada de la reproducción biológica. Si las cosas salen bien, la persona se vuelve capaz de establecer un balance maduro entre el trabajo y el amor. Pero esta etapa, igual que las otras, está profundamente determinada por la resolución o falta de resolución en las etapas anteriores. Los conflictos anteriores sin resolver pueden volver y surgir de manera periódica como conductas neuróticas adultas.

La importancia de esta teoría radica en la observación que se realiza del desarrollo humano como un proceso complejo y vago en el que el conflicto juega un papel esencial, concepto que es profundamente determinista, confirmando la importancia de las experiencias interpersonales de la primera infancia para el desarrollo ulterior.

Por otro lado, no cabe duda que los postulados hechos por Erik Erikson, sobre el psicoanálisis, también son importantes porque permiten la consideración de elementos novedosos. Para él, también, el desarrollo del individuo se realiza a través de varias etapas, algunas de las cuales coinciden con las de Freud, pero a la vez contempla otras, proponiendo un modelo psicosocial, no psicosexual, en el cual se aparta del modelo freudiano al destacar la importancia de tres áreas fundamentales:

En primer lugar, más que el ello, Erikson destaca el yo. En segundo lugar introduce la relación del individuo con los padres dentro del contexto familiar, y

con un medio social más amplio dentro del marco de la herencia histórico – cultural de la familia. Tercero, si la misión de Freud fue demostrar la existencia y el funcionamiento del inconsciente, la misión de Erikson ha sido señalar oportunidades de desarrollo del individuo que le ayudan a triunfar sobre los riesgos psicológicos de la vida; en este sentido plantea que toda crisis personal y social aporta elementos que se orientan hacia el crecimiento. Mientras Freud consagró sus estudios a la etiología del desarrollo patológico, Erikson se concentra en la solución exitosa de las crisis del desarrollo.

En esta teoría, Erikson plantea una serie de fases en el desarrollo humano, en las cuales se da una crisis vertical (que culmina en una solución psicosocial individual) y una crisis horizontal (que exige resolver desde lo personal y social, el problema de las fuerzas motivacionales). Las primeras fases están comprendidas en la infancia, la niñez y la adolescencia, durante las cuales, el ser humano desarrolla los siguientes procesos:

1. Adquisición de un sentido de la confianza básica, por medio del cual se supera el sentido de la desconfianza. Realización de la esperanza.
2. Adquisición de un sentido de la autonomía, aquí se combate el sentido de la duda y la vergüenza. Realización de la voluntad.
3. Adquisición de un sentido de la iniciativa y superación de un sentido de la culpa. Realización de la finalidad.

4. Adquisición de un sentido de la industria y rechazo de un sentido de la inferioridad. Realización de la competencia.
5. Adquisición de un sentido de la identidad, al mismo tiempo que se supera un sentido de la difusión de la identidad. Realización de la fidelidad.

Las fases de la adultez son:

6. Adquisición de un sentido de la intimidad y la solidaridad, y evitación de un sentido del aislamiento. Realización del amor.
7. Adquisición de un sentido de la generatividad y evitación de un sentido de la absorción en sí mismo. Realización del cuidado.
8. Adquisición de un sentido de la integridad y evitación de un sentido de la desesperación. Realización de la sabiduría.

Erikson considera normal que los seres humanos enfrenten un “dilema psicosocial” o crisis concretas en cada una de las etapas de la vida. Según su teoría la solución de estas crisis conlleva a un equilibrio ideal entre el ser humano y su mundo social.

Desde esta perspectiva el desarrollo humano es concebido a partir de los avances del individuo a través de las diversas etapas psicosociales de su vida, de manera que en cada una de ellas hay conflictos que deben ser enfrentados y resueltos positiva o negativamente.

1.5.4.2. El Desarrollo Humano Y Las Teorías Del Aprendizaje.

Como teorías del aprendizaje se conocen los diversos aportes del conductismo al estudio del comportamiento humano. Desde esta perspectiva, la clave del desarrollo humano está en la forma como el individuo es moldeado por el ambiente a través del aprendizaje: “los teóricos del aprendizaje conciben el desarrollo a través de la vida como una acumulación gradual de conocimiento, destrezas, memoria y competencias”¹⁶.

El niño se convierte en adolescente y luego en adulto básicamente debido a la acumulación de experiencias y aprendizaje gradual y constante, los cuales, a su vez, dan origen a más habilidades y conocimientos. En síntesis, el desarrollo es el resultado de los efectos acumulados del aprendizaje.

Para los conductistas, la base del aprendizaje es el condicionamiento, el cual tiene dos modalidades: clásico y operante. El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje en el que un animal o persona aprende a responder a un estímulo que en un principio no conocía, después éste se asocia de modo repetido con un estímulo que genera la respuesta. El condicionamiento operante es un tipo de aprendizaje en el que un animal o persona ha sido recompensado, reforzando así dicha conducta.

¹⁶ Ibid. Página 35.

Los más recientes estudios del conductismo han avanzado hasta patrones sociales más complejos que el condicionamiento automático. Albert Bandura señala que en la vida diaria la gente advierte las consecuencias de sus propios actos, es decir, se da cuenta de cuáles tienen éxito y cuáles no producen el resultado deseado, y a partir de ellas ajustan su conducta. Este planteamiento se denomina Teoría de la Cognición Social, la cual refleja un nuevo énfasis en el pensamiento como parte del aprendizaje.

Otros representantes del conductismo, como Bijou y Baer, plantean que los cambios de las interacciones organismo – entorno, constituyen los diferentes estadios del desarrollo humano:

1. El estadio universal de la primera infancia (del nacimiento a los inicios del lenguaje); en él se inicia los primeros condicionamientos.
2. El estadio básico, que se extiende hasta el final de la niñez. En él se forman los comportamientos que determinan el carácter único de cada individuo.
3. El estadio social, que se extiende hasta el final del ciclo vital. En él se elaboran los componentes sociales de la persona mediante las múltiples interacciones interpersonales.

1.5.4.3. La Perspectiva Cognitiva En El Desarrollo Humano.

Esta teoría se relaciona con los procesos que se dan en el desarrollo del pensamiento, la cual posee dos grandes características: la primera es que las personas son miradas como seres activos y no reactivos, y la segunda es que se le da gran importancia a los cambios cualitativos.

Los teóricos cognoscitivos se interesan por indagar cómo los cambios en el comportamiento son el resultado de los cambios en el pensamiento. Se establece aquí que el hombre es un hacedor que construye su propio mundo durante toda la vida.

Se distingue en esta perspectiva “la teoría de las etapas cognoscitivas”, elaborada por Jean Piaget ; en cada una de ellas se da una nueva manera de pensar el mundo y de reaccionar frente a su evolución. En efecto, en cada etapa se da un cambio en el tipo de pensamiento o comportamiento; una etapa es consecuencia de la anterior y determina la siguiente.

Al respecto Piaget estableció que el desarrollo cognoscitivo se da a través de un proceso de pasos en los cuales se toma información acerca del mundo, a lo que se ha dado el nombre de “asimilación”, y se transforma en algunas ideas para agregar nuevos conocimientos “acomodación”. Dichos procesos tienen

origen en aspectos relacionados con la organización, la adaptación y el equilibrio.

1.5.4.4. El Desarrollo Humano Desde La Teoría Humanista.

El humanismo guarda una estrecha relación con la perspectiva cognoscitiva al establecer que son las mismas personas las promotoras de su propio desarrollo y que son ellas las que pueden dirigir sus vidas. Desde este enfoque, se resalta el potencial del ser humano para forjar un desarrollo positivo y saludable.

Uno de los exponentes más sobresalientes de esta tendencia fue el psicólogo Abraham Maslow, quien a través de su teoría propone que se puede aprender mucho acerca del hombre, mediante el estudio de personas que hayan realizado al máximo sus potencialidades y cuyas vidas hayan sido plenas y saludables, orientadas hacia la madurez y la realización personal.

Maslow habla en su teoría acerca de la autorrealización y establece una jerarquía de necesidades. Para él la gente cambia, crece y se desarrolla a través del tiempo; así, pueden desarrollar mejor su potencial como individuos y como especie.

El ideal de Maslow es la persona autorrealizada que posea altos niveles en la percepción de la realidad, aceptación del yo, de los otros y de la naturaleza,

espontaneidad, capacidad para resolver problemas, autodirección, identificación con otros seres humanos, aislamiento y deseo de privacidad, serenidad de apreciación y riqueza de reacción emocional, frecuencia de experiencias máximas, satisfacción y cambio en la relación con los demás, estructura democrática de carácter, creatividad y sentido de valores.

Con relación a las necesidades, éstas se encuentran divididas en dos categorías: las básicas y las superiores, representadas en la pirámide de jerarquía de necesidades: (Ver pirámide, gráfica 2).

- Necesidades Fisiológicas: Aire, alimento, reposo, abrigo, etc.; a través de ellas se sostiene la supervivencia física y por estar ubicadas en la base de la pirámide deberán satisfacerse primero.

- Necesidades de seguridad: Protección contra el peligro, las privaciones, empleos estables, etc. Es evidente que los individuos necesitan sentirse seguros de poder satisfacer sus necesidades fisiológicas y que además podrán continuar garantizando su satisfacción en un futuro inmediato, esto es tener la certeza de que en el momento que se presenten de nuevo se estará en la capacidad de darles solución.

- Necesidades sociales: Amistad, pertenencia a un grupo, amor, etc. Todo esto se asocia con la gran necesidad que tienen las personas de sentirse profundamente aceptadas y comprendidas por los otros y poseer estos mismos sentimientos hacia los demás.

GRAFICA 2.

- Necesidades de estima: Reputación, reconocimiento, autorrespeto, entre otros. A través de ellas, las personas satisfacen su necesidad de estimación propia y por aquellas que están a su alrededor.

- Necesidades de autorrealización: Se dice que son las que impulsan al hombre a llegar a ser lo que puede ser, a realizar sus talentos y potencialidades; una persona en este estado sabe vivir feliz, así deba resolver grandes problemas, pues al enfrentarlos se construyen en retos que despiertan nuevas potencialidades. Esto implica el aprovechamiento del potencial, y la utilización plena de los talentos individuales. Las necesidades de autorrealización, de crecimiento y de desarrollo personal no sólo conservan la vida sino que también la fortalecen.

Maslow opina que en su mayoría los hombres tienen una gran capacidad de creatividad, espontaneidad, solicitud hacia los demás, curiosidad, desarrollo continuo, habilidad para amar y ser amados y todas las características de la gente autorrealizada.

1.5.4.5. El Desarrollo A Escala Humana.

Esta nueva perspectiva del desarrollo ha sido expuesta, en la actualidad, por el economista Manfred Max Neef. Aunque esta teoría es aún muy reciente y a pesar de que su propuesta se adapta más al contexto latinoamericano, no cabe duda que sus principios han sido de gran impacto a escala mundial.

El autor pretende presentar una idea del desarrollo más integral en el cual se propone buscar nuevas y mejores líneas de acción, que se constituyen en medio para la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales de la población, lo que se ha denominado desarrollo a escala humana.

La propuesta se basa en la necesidad de que las personas adquieran altos niveles de autodependencia, articulación con la naturaleza y con la tecnología. Igualmente se hace fundamental la adaptación social a los cambios globales, donde la planificación del Estado sea el resultado de aptitudes autónomas de los ciudadanos.

De igual modo, las personas se convierten en la base para todo lo anterior, pues, como ya se mencionó, se busca que los individuos no sean sólo objeto, sino también protagonistas de su propio desarrollo; todo esto posibilita la creación de canales más democráticos que se apoyen básicamente en la participación ciudadana.

Así, el desarrollo humano sólo podrá darse a partir de la satisfacción de necesidades básicas y superiores; ésto implica partir de una conceptualización más integral de la sociedad, superar los tradicionales esquemas paternalista y fatalistas, promover la consolidación de proyectos de vida individuales y proporcionar satisfactores que conlleven a la realización de varias necesidades a la vez. Estos son, en síntesis los principales postulados del desarrollo a escala humana.

1.5.5 TEORÍA DE LA ACCIÓN COMUNICATIVA.

La teoría de la acción comunicativa es el resultado de una reflexión argumentativa en que Habermas la muestra como una necesidad para tratar de una forma adecuada la problemática la racionalización social, en la que pretende articular la crítica como proceso comunicativo, participativo y discursivo, partiendo del mundo de la vida, expresado desde las diversas formas de vida, culturas, puntos de vista, perspectivas, entre otros. Así concreta una racionalidad dialogal compartida entre las diversas manifestaciones del multiculturalismo contemporáneo, para a través de ello lograr conciliaciones del mundo de la vida.

Es una teoría crítica de la sociedad que tiene por horizonte una teoría de la sociedad, donde la teoría y la práctica sean capaces de aportar, bajo una racionalidad, explicaciones y justificaciones. Da razón de su historia como teoría social, que trata de explicar lo que la filosofía tradicional no ha logrado imponer para explicar y entender la existencia y objetivos del ser como tal, el fenómeno de la vida, los acontecimientos en el mundo y, en una forma magnificente, del cosmos, como también interviene en las ciencias para encontrar su significado y sus relaciones con la filosofía.

Para ello incita a un cambio de paradigma desde el punto de vista de un cambio en el pensamiento filosófico que presentaba como base la reflexión y

explicación de un todo fundamentado en la “razón” (filosofía de la conciencia), a un discurso interaccionista entre la naturaleza y la sociedad, con pretensiones crítico sociales para llegar a explicar los fenómenos encontrando el sentido de las situaciones vividas y la solución a los problemas mediante reconstrucciones racionales, y así encontrar actitudes liberadoras, por medio de acciones reflexivas autocríticas que lleven a un consenso en el mundo social: “La teoría de la argumentación cobra aquí una significación especial, puesto que es a ella a quien compete la tarea de reconstruir las presuposiciones y condiciones pragmático formales del comportamiento explícitamente racional”¹⁷.

Así es como se da, según términos de Guillermo Hoyos “un giro lingüístico de la filosofía”, que permite resolver tensiones entre la ciencia, tecnología y cultura, partiendo de la reflexibilidad originaria (no la reflexión), presente en la comunicación y con efectos para la comprensión, el consenso y los acuerdos (inclusive sobre aquello en lo que no hay acuerdo), base para la cooperación social, que es base para el entendimiento mutuo. Es así como hay una interacción entre los diversos saberes y el mundo de la vida por medio de la acción comunicativa.

17 HABERMAS, Jürgen. Teoría de la acción comunicativa. Madrid. Taurus. 1987. Tomo I, página 16.

El término acción comunicativa, según Habermas¹⁸ “son aquellas expresiones lingüísticas y no lingüísticas con las que los sujetos capaces de habla y acción asumen relaciones con intención de entenderse acerca de algo y coordinar así sus actividades. Estas actividades comunicativamente pueden constar por su lado de acciones comunicativas y no comunicativas”. Es preciso tomar en cuenta que hay diferentes expresiones de acción comunicativa: la comunicación verbal, las expresiones dramáticas, simbólicas, entre otras; todas ellas buscan la comprensión del sentido de las diferentes situaciones intersubjetivas.

La comunicación así entendida, se convierte en mediadora en las diferentes manifestaciones del mundo de la vida.

Esta teoría de la acción, busca y tiene como método la racionalidad comunicativa, entendiéndose por racionalidad lo que tiene que ver con la forma en que los sujetos capaces del lenguaje y de acción hacen uso del conocimiento. Los que tienen implícito un saber o una capacidad, manifestaciones simbólicas, acciones lingüísticas o no lingüísticas, comunicativas o no comunicativas que traen un saber, con las que utilizan el lenguaje requerido comunicativamente, dan razones y motivos, llegando a comprender al otro y ser comprendidos para lograr consensos, y es así como se conforma la racionalidad comunicativa.

¹⁸ Referido por HOYOS VASQUEZ, Guillermo. La Teoría de la Acción Comunicativa y las Ciencias de la Discusión. Bogotá. Ascun. Icfes. 1996. Página 196. Documento CINDE.

Así los grupos que aplican la acción comunicativa son los capaces de responder por sus actos, con actitudes reflexivas por pretensiones de validez (procedimientos fiables para la comprobación de hipótesis reconstructivas), intersubjetivamente reconocidas por medio de la pertinencia de las razones (argumentativas). En cierta forma equivale al ser racional que es el que defiende sus afirmaciones, frente a un crítico con evidencias (manifestaciones fundamentadas), bajo las normas establecidas y es capaz de justificar su acción frente a la crítica, mostrando la autenticidad de esa acción dada dentro de los parámetros establecidos, ya sea conductuales o a veces culturales, hasta llegar a un acuerdo con los críticos, el cual es alcanzado por la comunicación, en una posición dialógica, lo que indica que se logra ésta apoyada en razones, lográndose mediante un acto comunicativo (la argumentación), aplicando la racionalidad comunicativa. Es claro que en la acción argumentativa haya ocurrencia del disenso, para lo cual se requiere de la comprensión como fundamento, para encontrar los significados y permitir imaginar soluciones posibles, o el sentido de la acción social.

1.5.6 SALUD.

1.5.6.1. Recorrido Histórico Del Concepto De Salud.

El concepto de salud en cada época y contexto ha estado asociado a las distintas concepciones que cada sociedad ha establecido sobre la vida y la muerte, sobre los sistemas de producción, sobre las formas de relación social, sobre las creencias religiosas y culturales, sobre los servicios disponibles, entre otras.

La historia relata que en épocas antiguas la salud tenía una concepción mítica, estaba determinada por la influencia de un ser superior como consecuencia a la conducta de los individuos, donde la enfermedad aparecía como castigo a dichas conductas.

Hasta el siglo V a.C. las enfermedades eran tratadas con base en elementos mágico – religiosos, con una visión naturalista en la que se relacionaba la naturaleza del hombre (fisiología) con prácticas artesanales, lo que da inicio a una visión técnica, aunque rudimentaria, de la salud y la enfermedad, lo cual llevó a discusiones filosóficas para encontrar la integración entre la habilidad en la realización de un oficio y la naturaleza del hombre y sus funciones.

Hipócrates, considerado el fundador de la medicina fisiológica, definió la salud como el estado de equilibrio entre cuatro elementos: sangre, pituita, bilis negra y bilis amarilla; en cuanto a cantidad, fuerza y proporción. Esta es una visión naturalista, orgánica y fisiológica que no relaciona el ser en su estado psíquico, emocional y contextual.

Galeno, por su parte, consideraba la enfermedad como un desequilibrio en el hombre, ya que, apartaba el organismo de la ordenación regular de su propia naturaleza. Se podía llegar a la enfermedad a través de una especulación racional de los datos observados.

Sydenham concibe el proceso salud – enfermedad a la luz del empirismo clínico que utiliza la observación como forma de acceso a la esencia de las enfermedades y de una clasificación de las enfermedades en las que incorpora la influencia del ambiente y del comportamiento del individuo en la conservación de la salud, dando especial énfasis a la higiene.

A pesar de que esta nueva perspectiva aporta elementos importantes en el ámbito de la salud, sigue siendo manifiesta la consideración exclusiva hacia los elementos observables, por lo cual aún no se concibe el ser humano en todas sus dimensiones. Otra deficiencia en esta teoría es que se le da un carácter individual a la aparición de la enfermedad, restando importancia a la incidencia que tienen los grupos sociales y las colectividades en la dinámica de la salud.

Morgagni introduce elementos anatómicos a la clasificación de las enfermedades, con lo cual el estado de salud o enfermedad empieza a concebirse como algo lineal que se refleja en el cuerpo del paciente y que obedece a la lógica del mismo.

Ya en el siglo XVIII, Haller concibe a la enfermedad como un proceso psicopatológico que se manifiesta en síntomas que alteran la visión de los órganos y sistemas del cuerpo humano.

En 1878, se presenta una visión etiopatológica de la enfermedad, gracias a los hallazgos de Pasteur sobre los microorganismos y su influencia en la salud, en la cual la causa de la alteración cobra más importancia que la alteración misma.

Hasta esta época las diferentes concepciones sobre el problema de la salud han tenido una visión biologista que se centra únicamente en la enfermedad, y no en el mantenimiento de la salud, desconociendo los aspectos culturales y sociales del proceso salud – enfermedad.

1.5.6.2. Concepto De Salud En La Actualidad.

La evolución del concepto de salud ha obedecido a los diferentes paradigmas predominantes en cada época y cultura; actualmente, y debido a diversas circunstancias de orden global, ha aparecido un énfasis en un enfoque más

holístico de la salud, considerada ahora desde una posición positiva, como un valor en sí misma y teniendo en cuenta sus condicionantes sociales, económicos, culturales, biológicos y ambientales.

De esta manera, la idea de salud no puede reducirse a un enunciado negativo; así lo señala la OMS: “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en la ausencia de enfermedad o dolencia”¹⁹.

En la actualidad, la enfermedad es considerada un proceso general que afecta directa o indirectamente a todos los organismos, pero cuyas manifestaciones dominantes son de carácter localizado. Sin embargo, la gran novedad de nuestro tiempo en este campo ha sido la superación de una visión de la enfermedad exclusivamente somática. El estudio científico de los fenómenos psíquicos, y más específicamente, el de las relaciones mutuas entre estos, ha permitido elaborar una interpretación de la enfermedad que comprende la totalidad psicosomática del hombre.

Por otra parte, se ha superado la concepción de la enfermedad como un problema netamente individual. Frente a ella se ha puesto la idea que es una cuestión radicalmente social, que no puede entenderse al margen de los factores económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales.

¹⁹ Tomado de Salud y Enfermedad. Editorial Salvat, Barcelona 1975. Página 17.

Esta nueva visión de la salud fue abordada en un primer momento por Quevedo y Bush, quienes la concibieron como un proceso dinámico de la interacción individuo – sociedad, el cual tiene un substrato biológico multicausal y multidimensional.

Kavin plantea que la salud debe abordarse como un proceso en el cual se realiza una complementariedad entre la parte curativa y preventiva de la enfermedad, actuando en todas las dimensiones del ser humano, a través de una respuesta adecuada de los profesionales de la salud y de otras personas que intervengan en las diferentes dimensiones del hombre.

E. Sigerist (1945) conceptúa sobre la salud, involucrando la categoría de la promoción de la salud en primera instancia, la cual es alcanzada propiciando a la población condiciones de vida decentes, buenas oportunidades de trabajo, educación, descanso, cultura física y formas de esparcimiento; también mencionó la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación; estos cuatro puntos son considerados los principales objetivos a lograr por la medicina.

Dentro de este marco del proceso salud – enfermedad, aparece la propuesta de Marc Lalonde, quien en 1974 hizo un planteamiento político sobre la salud, pasando del enfoque tradicional asistencialista , hacia la búsqueda de cambios en la forma de vida de la población.

Lalonde define la salud como “La resultante de la interacción de cuatro factores”:

1. La biología humana: incluye todos los hechos relacionados con la salud física y mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo; la herencia genética, los procesos de maduración y envejecimiento y los diferentes aparatos internos del organismo.
2. El ambiente físico y social: incluye los factores relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control.
3. Los estilos de vida: representan el conjunto de acciones y decisiones que toma el individuo respecto a su salud, sobre los cuales ejerce cierto grado de control.
4. La organización de la atención en salud; comprende la cantidad, calidad, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención en salud; incluye la práctica médica y enfermería, los hospitales, medicamentos y otros.

Este concepto propuesto por Lalonde es muy amplio, pues abarca todos los aspectos de la salud, ya que evalúa un problema de este tipo respecto a los cuatro componentes mencionados, a fin de medir su importancia relativa y su interacción. Este concepto de la salud es una tendencia mundial.

Ilona Kickbush (1984) define la salud como “la magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar su entorno o afrontarlo”; por tanto, la salud se considera un recurso aplicable a la vida cotidiana, y no como el objetivo de esa vida, es un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales y personales, también en la capacidad física.

Dos años más tarde, Take Epp elabora otra definición de salud, en la cual la concibe como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de vida; supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacciones, por el hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud. Esta visión de la salud involucra al individuo como dueño y hacedor de su propia salud .

Teniendo como referente estas últimas propuestas , se puede decir que la salud es vista ahora como un hecho positivo, que debe ser buscado en forma activa. La salud es, por tanto, un recurso y un proceso de tipo dinámico, existiendo en las personas y en los grupos un potencial que puede ser reforzado para lograr un mejor estado de salud.

Actualmente es común hablar de megatendencias en salud, una de ellas es “trabajar con calidad”, esto, aplicado a las instituciones, significa eficiencia para el usuario, y aplicado a los servicios, significa dignificarlos para que el ser humano los reciba con satisfacción. De esta manera, surgen en el mundo nuevas actitudes hacia la calidad de la atención del paciente, por lo cual se asiste a la puesta en marcha de normas relacionadas con el fomento de la educación en salud y bienestar del usuario.

1.5.6.3. La Promoción De La Salud.

La O.M.S. define esta dimensión de la salud como “un proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud, y al mismo tiempo mejorar esa salud”.

Así mismo, la O.P.S. retoma los elementos planteados por Lalonde, para establecer los ejes centrales de la promoción de la salud:

- 1: El autocuidado; son las decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.
- 2: La ayuda mutua; o acciones que las personas realizan para apoyarse unas a otras.
- 3: Entornos sanos, que favorezcan la salud.
- 4: Fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios y coordinación de políticas saludables.

Posteriormente, la definición entregada por la “Carta de Ottawa para la promoción de la salud” establece que ésta consiste en “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Se complementa esta definición considerando que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.”

La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; se trata por tanto de un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne únicamente al sector sanitario, sino que exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación; gentes de todos los medios sociales, familias, comunidades, individuos; donde los grupos sociales, los profesionales y el personal sanitario asumen la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Se establecen también prerequisites para la salud, que son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad, sin los cuales no es posible esperar mejoras en la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades de cada región y deben ser contextualizadas según los sistemas socio-culturales y económicos. Su acción está orientada a participar entre el sector salud y los gremios, con papeles organizativos de los servicios ofrecidos de más impacto sobre el desarrollo personal del individuo, y teniendo en cuenta también el entorno ambiental en que se involucre el sector que maneja las políticas en salud, buscando una administración ética y consciente de los programas establecidos, que lleven impresa la protección del individuo y del medio ambiente, para que interactúen saludablemente. Para ello se requiere capacitación y recurso económico, con los cuales se logre la realización y cumplimiento adecuado de los objetivos propuestos en los programas; todo individuo debe tener un mejor nivel de vida, para que así, tanto individuos como comunidades, tengan la oportunidad de conocer sobre su salud y las formas de mantenerla, a partir de un compromiso con la organización y la participación activa en las decisiones de su propia salud y de su entorno.

Aquí es de gran importancia la capacitación de los profesionales involucrados, que adquieran el conocimiento adecuado a conciencia, para que ayuden a que se dé el cambio de las instituciones y en las actividades de los pacientes y comunidades, a través de programas educativos prácticos que incidan en su diario vivir.

1.5.6.4. La Promoción De La Salud Y La Prevención De La Enfermedad En Colombia.

En el país, durante los años 70 y 80, se implementaron programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos a la atención primaria de la salud, que hacían parte del modelo de salud predominante en el momento.

En 1984. los Ministerio de Salud y Educación realizaron programas de promoción y prevención, dirigidos a niños menores de cinco años y madres gestantes. En los años 90, se implementó la “Cultura de la salud” , y en 1993, con la Ley 100, se impulsó la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tomando como ejemplo el modelo propuesto en la Carta de Ottawa.

El Ministerio de Salud define la promoción como “una búsqueda deliberada de la salud a través de acciones intersectoriales y propias del sector salud”; y la prevención como “un conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas, cuyo objeto son los individuos y grupos sociales que por sus características tengan más alta probabilidad de adquirirlas”.

En el momento actual la salud compromete a los individuos y comunidades, su entorno y contexto, interactuando con el ecosistema, con el fin de promover la

salud; alcanzando su completo bienestar, supliendo sus necesidades, en el diario vivir. Por esto se concibe como un derecho que tiene todo ser humano, el cual es definido por Hernán Escobedo (1998) como “una necesidad para vivir dignamente desde que se nace hasta que se muere, que requiere de una permanente búsqueda y un análisis crítico del quehacer cotidiano”.

La salud es cambiante, dinámica, depende de las transformaciones culturales, sociales, políticas, y por supuesto, del individuo y sus necesidades.

De aquí se desprende una visión de orden social, donde en la salud intervienen aspectos cognitivos, estéticos y éticos, haciendo éste concepto más humano y sensible. Así, se requiere analizar la salud desde diferentes enfoques, buscando una correcta conexión entre sus diversos elementos (técnicos, éticos, económicos, culturales...), a través de lo cual se reflexione sobre el sentido social en los sistemas médicos, y se permita la participación pluralista a través de la mediación del “lenguaje” entre los sujetos, que son los hacedores de la cultura de la salud, la cual consiste en un compromiso individual y colectivo.

Entonces la salud, como hecho social mediado por el lenguaje, debe ser la conjugación de diversos actores que interactúan a través de una racionalidad comunicativa que permita el entendimiento y la consecución de fines para el bienestar individual y colectivo, y no un mecanismo de control que perpetúe las condiciones desiguales entre los actores, limitando el pleno desarrollo de la

realidad material, desarrollo que sólo es posible por los cambios productivos en la realidad simbólica, con miras a conocer sus saberes, haceres, representaciones simbólicas, sus roles respecto a la salud y la salud oral, así como su contexto cultural, en el que intervienen múltiples y diversas tradiciones y esquemas mentales (conceptos) de cuerpo, salud, enfermedad, autoestima, autoconcepto, entre otros. Todos estos elementos hacen parte de un proceso de socialización en la esfera del desarrollo humano y social en que el análisis cultural tiene en cuenta la reflexión sobre la conducta humana y un cuestionamiento por el sentido de la acción, siendo un proceso que involucra sujetos colectivos que actúan guiados por una intencionalidad, por consiguiente es un proceso político.

1.5.6.5. Marco Legal De La Salud En Colombia.

Los derechos fundamentales que marcan la ruta política de la salud en Colombia, se identifican en el campo de las legislaciones y en la orientación que el Estado señala para la política social, plasmada en el Plan de Desarrollo Nacional. Estas legislaciones son:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA NACIONAL DE 1991: Consagra la salud como un servicio público y derecho fundamental de obligatorio cumplimiento.

En el artículo 48 define la seguridad social como un derecho irrenunciable y un servicio público de carácter obligatorio que se presentará bajo la dirección y coordinación del Estado; enmarcado dentro de los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad.

Garantiza la atención de la salud y el saneamiento ambiental como un servicio público, obligatorio y gratuito a cargo del Estado, garantizando, así, el acceso de todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

LEY 10-1990: Inicia la reforma del sector. Establece cambios en el sistema de salud, en lo referente a su concepción, la presentación y financiación de los servicios. La atención de urgencias se toma obligatoria para todas las entidades públicas y privadas, promoviendo, así, la descentralización de los servicios de salud.

Con esta ley, se pretendió fortalecer el sector de salud a través de un cambio orientado a asegurar la cobertura, financiación, eficiencia y calidad de los recursos.

LEY 60-1993: Contiene normas orgánicas de distribución de competencias y recursos: amplía la disponibilidad de recursos, no sólo del situado fiscal, sino de las participaciones municipales; abre la posibilidad de otorgar subsidios a la demanda de servicios de salud.

Establece que un 25% del situado fiscal, enviado a los municipios, será destinado a la salud y distribuido de acuerdo a las necesidades de salud de cada uno de ellos.

Asigna funciones a:

- La Nación: Encabezada por el Ministerio de Salud, orienta la política general de salud.
- Los Departamentos: Planificadores complementarios, deben hacer planes de salud y educación.
- Los Municipios: Reconoce su autonomía como agente principal de la política de salud básica. Deben garantizar acciones y servicios del primer nivel de atención, y orientar y focalizar los recursos.

LEY 100-1993: Mediante la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que le asignan, su organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control, y las obligaciones que se deriven de su aplicación.

Se fundamenta en los siguientes principios:

EQUIDAD: Gradualmente todos los habitantes en Colombia recibirán los mismos servicios, independientemente de su capacidad de pago.

OBLIGATORIEDAD: La afiliación al SGSSS es de carácter obligatorio y estará a cargo de los empleadores (para los trabajadores) y del Estado (para las personas con incapacidad de pago).

PROTECCIÓN INTEGRAL: El SGSSS brindará a toda la población atención integral en salud, en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

LIBRE ESCOGENCIA: Los usuarios tendrán la libertad de escoger la EPS e IPS a la cual quieren ser afiliados.

AUTONOMÍA DE LAS INSTITUCIONES: Las IPS tendrán personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA: La organización del SGSSS será descentralizada y de ella hará parte las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: El SGSSS estimará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del mismo. El gobierno nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema.

CONCERTACIÓN: El sistema proporcionará la concertación de los diversos agentes en todos sus niveles y empleará como mecanismo formal los Consejo Nacional, Departamental, Distritales y Municipales de Seguridad Social y Salud.

CALIDAD: El sistema garantizará a los usuarios la calidad en la atención oportuna, para lo cual establecerá mecanismos de control a los servicios.

Esta ley reglamenta el plan obligatorio de salud (POS) y el plan de tensión básica (PAB) para garantizar la presentación de los servicios básicos. Además establece la diferencia en dos regímenes de afiliación: el contributivo, que vincula a través del contrato de trabajo, y el subsidiado, al que pertenecen personas con incapacidad de pago.

Promueve también la atención básica, materializada en la promoción de la salud, entendida, para sus efectos, como el derecho que tiene cualquier persona a que se le brinden todos los servicios básicos de atención médica en forma digna, hacer partícipe de programas que lleven a conocer y reflexionar sobre factores de riesgos que puede tener en su entorno y a recibir educación para protegerse de ellos y mantener una vida saludable. Además el derecho a ser partícipe de todos los procesos que se orientan a desarrollar un medio socio – ambiental apropiado para vivir.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO: El Plan Nacional de Desarrollo “Cambio para construir la paz”, plantea entre sus políticas públicas el acceso universal a los servicios de salud, lo que garantizará la cobertura del sistema a todos los habitantes del país en igualdad de condiciones, la garantía de la salud pública mediante acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de sistema de garantía de calidad de los servicios, el mejoramiento de la formación de os profesionales de la salud, y el fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana en el sistema.

Con respecto a la participación, el Plan de Desarrollo plantea:

“Es necesario que el estatuto de participación –Ley 134 de 1994- sea modificado, con el fin de flexibilizar los mecanismos de participación política que en éste se desarrollan. El gobierno nacional se propone estudiar la posibilidad de reformar dicho estatuto y de difundir de manera masiva unos mecanismos de participación directa más accesibles a los ciudadanos, es decir, que permitan una injerencia más concreta y efectiva de la comunidad en las decisiones relacionadas con el desarrollo territorial”²⁰.

La participación ciudadana carece especialmente, tanto o más que una legislación adecuada, de unos recursos materiales y del talento humano que posibiliten una participación efectiva.

²⁰ Plan Nacional de Desarrollo. 1998 – 2002. “Cambio para construir la paz”.

1.5.7. LA SALUD ORAL.

La siguiente, es la definición más aceptada de salud oral dada por la Organización Panamericana de la salud, y en ella se basan los programas de salud pública:

“Es parte de la salud general, incluye el componente dental pero no es sólo eso, ya que se relaciona con los componentes periodontales (alrededor del diente), los tejidos blandos y las osteomucosas de la región estomatológica, extendiéndose no sólo a la boca, sino también a las regiones morfofisiológicas vecinas (articulación temporomandíbulas, maxilares, músculos, glándulas, etc.) y el funcionamiento eficaz de todo el complejo estomatognático. En otras palabras la salud bucal no puede visualizarse únicamente como problema dentario, las funciones de este componente poseen un valor intrínseco y son complementos del todo. Por lo tanto, sin su conservación, repercusión y mejoramiento no es factible alcanzar adecuados niveles de salud general”²¹.

En las últimas décadas, se ha dado prioridad en las políticas gubernamentales al campo de la salud oral, impulsando programas de prevención en las patologías orales como caries dental, enfermedad periodontal, que han sido las más prevalentes. Los modelos de programas que se han venido instaurando y ejecutando en cuanto a la promoción y prevención en la salud y la salud oral, han tenido el matiz técnico – educativo, con indudables resultados exitosos, aunque en los estudios de Morbilidad Oral del Estudio Nacional de Salud realizado por el Ministerio de Salud en los años 1977, 1980 y 1994, se muestra una disminución de su incidencia, en el que la cobertura de la población

²¹ Gillespie, G. y Yepes, P. Salud Oral, componentes de los sistemas básicos de la salud. OPS. 1990.

afectada por la caries y enfermedad periodontal fue de un 9%; lo que demuestra que el nivel de la salud oral aún estaba muy bajo. Los estudios epidemiológicos de los años 1996 y 1997, muestran que en Caldas la incidencia de estas enfermedades disminuyó; se nota, entonces, que las bajas prácticas pedagógicas en los modelos educativos en las áreas preventivas y promocionales de la salud oral, tienen gran influencia en el tratamiento de las enfermedades en el ser humano, ya que no se presta mayor importancia para evitarlas y así conservar la salud.

Se observó también muy poco interés en las comunidades por la salud oral, lo que se ha cambiado gracias al efecto de las múltiples campañas establecidas por el gobierno.

La Constitución Política de 1991 cambió la perspectiva de la población en cuanto a salud, incluida la salud oral, pues busca un bienestar para toda la comunidad.

Frente a esta situación, las políticas nacionales han enfocado su atención con miras a la participación social teniendo en cuenta al ser humano como un ser integral, que necesita la salud pública, los servicios, la educación, la capacitación y la investigación.

Se pretende así, en la salud oral, abarcar intersectorialmente: en docencia y educación, incentivando en las escuelas de odontología el énfasis en aspectos de promoción y prevención en salud oral, epidemiología, administración y gestión de servicios; enfocando su trabajo más hacia la comunidad, fortaleciendo la investigación social, dirigiéndola más a las necesidades de las regiones.

En el campo de la investigación, con un enfoque social que dé como resultados el hacer programas en salud oral que permitan mejorar los estudios odontológicos.

En cuanto a los servicios asistenciales se presenta todavía un desequilibrio entre el recurso humano y el tecnológico (equipo, planta física), pretendiendo que haya una condición adecuada entre ambos y una distribución más equitativa de los profesionales en todas las regiones, incentivándolos económicamente y dándoles control en los riesgos ocupacionales, como también utilizando adecuadamente el recurso humano; en el caso de auxiliares e higienistas delegando las funciones correspondientes. Pretendiendo, así , aumentar la cobertura, extendiendo los servicios de salud al 100% de la población.

En la asistencia técnica, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica en salud oral, realizando estudios nacionales de morbilidad periódicamente para conocer las diversas patologías orales y el efecto de los programas preventivos y

asistenciales, como también conocer las necesidades reales de tratamiento de la población en salud oral. Enfocando también la atención a los responsables de factores de riesgo que afectan la salud colectiva e individual, por medio de programas que incentiven permanentemente la promoción en salud oral, prevención de caries y enfermedad periodontal; además de la protección de las patologías bucales con acciones como las fluorizaciones masivas, aplicación de sellantes, educación en salud oral, control de riesgos, control de hábitos posturales de higiene oral y prácticas profilácticas.

Pretende la aplicación de esta ley, crear una “cultura favorable en salud” en todo el conglomerado social.

Los programas adoptados por el Instituto de Seguro Social en 1996, de promoción de La Salud Integral para el Infante, con guías para promover y prevenir en salud oral que contemplan algunos aspectos de cuidado para identificar el adecuado crecimiento y desarrollo Dento – Maxilo – Facial y conductas preventivas dirigidas más a los profesionales de la salud que al común de la gente.

Los programas en salud oral establecidos por el gobierno se han realizado teniendo en cuenta aspectos tales como:

- Epidemiológicos: La incidencia e influencia con que se han presentado las afecciones orales. Con características biológicas, sociales, psicológicas; interactuando todas entre sí.

- Educativo: Es un factor condicionante o de riesgo para que las diversas patologías orales se presenten. A pesar que se han tenido programas de promoción, han sido carentes del componente investigativo, lo que ha originado que sean programas que, aunque responden a algunas necesidades de la comunidad, han mostrado falencias, que se compensarían al conocer los intereses y afecciones reales en cuanto a salud y salud oral de la comunidad. Al tener en cuenta la transversalidad académica en la que el aspecto pedagógico incluye la investigación, se logran tener resultados reales en el conocimiento, respecto a los requerimientos de la salud y salud oral en las comunidades y, así, compensar las ausencias en el aspecto educativo como puede ser el hecho de que el ser humano (la comunidad) no conozca acerca de sus afecciones ni como prevenirlas.

- Económico: Es un factor de riesgo por los altos costos de los posibles tratamientos que implica la enfermedad, los que se disminuyen con los programas de prevención y promoción.

- Político – legal: Los programas de promoción y prevención en salud oral, hacen parte de los programas de desarrollo del gobierno en el aspecto salud, con una gran repercusión social, y son programas de participación social y autogestión para las comunidades. Estos programas se han iniciado en todo el país y se espera que se logre la cobertura y el impacto deseado, pues se ha incluido la enseñanza del autocuidado en salud oral y el desarrollo humano presentado en el programa de promoción de la autoestima. Sin embargo, no existen programas en donde partan del desarrollo humano para que los individuos se conozcan, desde el punto de vista del concepto que tienen de sí mismos, conozcan sus intereses y necesidades, y cómo se relacionan directamente con su cuidado personal, incluyendo el oral, y sean conscientes del impacto que se da en todo el desarrollo integral del individuo; para que los programas de promoción en salud y salud oral y prevención de las enfermedades sean acogidos y aprovechados por las comunidades a quienes van dirigidos.

- Biológico: Al presentarse las alteraciones producidas por la caries dental, enfermedad periodontal y las maloclusiones, como primer síntoma se reconoce el dolor, luego, la inflamación con repercusiones sistémicas. Además, la falta de una buena alimentación desarmoniza el ser en su totalidad, afectando, así, la función masticatoria, el crecimiento y el desarrollo del complejo cráneo – máximo – facial (cráneo y cara).

- Psicosocial: El ser humano se siente bien cuando está convencido que está sano, como también cuando presenta una adecuada apariencia física, contribuyendo a ello una dentadura en buen estado, de importancia para sí mismo y para la interacción con el entorno, al no estarlo, siente su sonrisa desagradable, y en muchos casos su crecimiento facial inarmónico da impacto en su apariencia física que inhibe al individuo en su forma de expresión y comunicación, lo que afecta su socialización en el contexto familiar, social, cultural (comunidad), repercutiendo, a su vez, en el comportamiento.

1.5.8 CONCEPTO DE GESTIÓN.

GESTIÓN: Según la Real Academia Española significa “administrar”, es decir, hace diligencias conducentes al logro de unos objetivos, y es GESTOR quien efectúa las diligencias o acciones para llegar a un resultado.

El término gestión se asemeja al término gerencia y el de gestor a gerente, por lo que son usados como equivalentes.

Como aporte de la administración como disciplina al desarrollo en sus diferentes expresiones, está la capacitación y formación de administradores, estimulando el desarrollo de su espíritu empresarial y su capacidad de gestión a fin de obtener óptimos resultados y poner en práctica una administración creativa, dinámica e innovadora que, así entendida, trascienda los límites de la nueva rutina administrativa y ponga al estudiante frente al reto de ser ejecutivo (director, gerente o gestor, jefe o empresario dueño de su propio negocio), dinámico, agente del cambio del medio en el que actúa; un ejecutivo eficaz capaz de lograr resultados para bien suyo y de aportar por su acción al progreso del país.

De lo expresado anteriormente, se puede decir que la gestión involucra el proceso administrativo, entendiéndolo desde los postulados de Fayol, que se desarrollan como planificación, organización, dirección y control.

En la salud – salud oral se evidencia una gestión por objetivos donde se ajustan los medios a los fines, para obtener unos resultados ejemplarizados en las entidades de salud (EPS, entre otras), cuyo objetivo es alcanzar las metas máximas de productividad en las empresas y personal gestor de la salud, olvidando la parte del desarrollo humano.

La trayectoria del manejo de la gestión en salud – salud oral en Colombia se ha desarrollado bajo las pautas establecidas, las cuales muestran un desarrollo de modelos de atención que apuntan a fortalecer los sistemas económicos e instrumentales, dejando de lado la racionalidad comunicativa, lo que no ha permitido la comunicación mediante el lenguaje de las personas que intervienen en el proceso de salud.

Estos modelos economicistas e instrumentales obedecen a una lógica de los sistemas técnicos de gestión autoritaria, sin permitir la participación de la comunidad institucional, y a un Estado que da respuestas a las políticas neoliberales; sin embargo, se observan propuestas alentadoras como las que se mencionan en la Ley 100 (modelo de la Carta actual), que en la práctica no deja de ser un modelo economicista, porque los mayores beneficiados son los accionistas de las empresas privadas creadas con el surgimiento de esta Ley. Así, no se garantiza la práctica de la salud con una adecuada calidad.

La gestión en salud y salud oral, requiere de la aplicación de los diferentes enfoques administrativos, apoyados por tecnologías como la calidad total, Reingeniería, Benchmarking, entre otros. Todo esto bajo el entendimiento de la administración de cambio. Conociéndose los siguientes términos:

- **Calidad Total:** Kaoru Ishikawa, ingeniero japonés y discípulo de Deming y Juran, es el creador del concepto de calidad total. Él consideró que el término control, tratándose de calidad, sale sobrando, ya que se entiende que un producto con calidad es aquel que reúne todos los requisitos; prefiriendo incluirle el adjetivo “total”, para indicar o subrayar que los productos y servicios deben ser perfectos. Se distingue por dos aspectos básicos:
 - a. Su proceso de planear, hacer, verificar y actuar.
 - **Planear:** A su vez, es determinar objetivos y métodos.
 - **Hacer:** Es realizar el trabajo, previa educación y capacitación de los ejecutores.
 - **Verificar:** Permanentemente si el producto satisface lo planeado, incluyendo la satisfacción del cliente.
 - **Actuar:** Implica tomar la acción correctiva necesaria.
 - b. Su metodología de análisis para la solución de problemas, comúnmente conocida como “espina de pescado” o diagrama de causa – efecto. Se

llama “espina de pescado” porque dice que hay que ir a la raíz de los problemas.

La calidad total es una expresión que se usa para significar el conjunto de factores que por su adecuación e idoneidad concurren a la producción de un bien o prestación de un servicio que alcanza la más alta aceptación del usuario, cliente o consumidor.

- **Benchmarking:** El Benchmarking se desarrolla en 1979 por Xerox Corporation como una búsqueda de medios para superar a la competencia. Robert C. Camp, en su obra titulada Benchmarking, dice que es la búsqueda de las mejores prácticas de la industria que conducen a un desempeño excelente.
- **Reingeniería:** Corriente o escuela del pensamiento administrativo, producto del postmodernismo industrial, se inicia en los Estados Unidos durante los primeros años de los noventa. Tiene como planteamiento fundamental superar los supuestos tradicionales sobre cómo hacer las cosas en las organizaciones, con énfasis en los negocios, para encontrar mejoras espectaculares que permitan a las empresas desarrollar ventajas competitivas ante los japoneses y los otros “tigres asiáticos”: Corea, Taiwan, Hong Kong, Singapur, Malasia y República de China. Los consultores de empresas que acuñaron el término o que reclaman su paternidad son Hammer y Champy, y lo definieron como:

“La revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas (del desempeño) y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicios y rapidez”.

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. DISEÑO

La investigación se hizo con niños (as) y adolescentes, aplicando un método cualitativo a partir de un enfoque descriptivo, mediante la lectura e interpretación de los textos sociales que permitieron la definición y la comprensión del objeto de estudio; así, se conocieron los imaginarios respecto al autoconcepto, la autoestima, la salud, la salud oral, la gestión en salud, la interacción de todas ellas y su relación con el autocuidado. Se tuvo en cuenta, además, el aprendizaje de la comunidad, de acuerdo a los diferentes intereses y necesidades y su posible autosatisfacción. Lo anterior, apoyado en la capacidad que tienen los niños (as) y adolescentes de generar cambios en su entorno.

2.2. HIPÓTESIS CUALITATIVA

Mediante programas educativos que incluyan la investigación y la promoción de la salud – salud oral, y la motivación de niños y jóvenes, a partir del

desarrollo humano, se pretende conocer el estado del autoconcepto, la salud y la salud oral que maneja cada individuo, para reconocer las falencias y necesidades del conocimiento al respecto; y así suplirlas desde los programas de prevención y promoción que, a su vez, lograrán la sensibilización de las comunidades a quienes van dirigidas, convirtiéndolas en multiplicadoras del conocimiento adquirido.

2.3. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

- Autoconcepto.
- Autoestima.
- Salud.
- Gestión.
- Salud Oral.

2.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Conceptos y argumentos que los niños (as) y adolescentes a quienes se les puede aplicar la estrategia, le dan a la salud - salud oral, autoconcepto, autoestima y gestión en salud – salud oral.

2.5. UNIDAD DE TRABAJO.

Conceptos y argumentos de salud – salud oral, autoconcepto, autoestima y gestión en salud – salud oral, en treinta y dos niños(as) y adolescentes entre los 7 y 19 años, representantes de diferentes comunidades de la ciudad de Manizales, reunidos en el Centro Médico Paisalud.

La población está integrada así:

21 niñas.

11 niños

6a 9 años.	6	2	8
10 a 12 años.	10	5	15
13 a 17 años	6	2	9
19 años.	1.		1.

Su procedencia es de diferentes sitios de la ciudad :

Barrio Sacatín Viejo... 8	B. San José... 1.
B. Chipre... 9	La Enea... 1.
B. El Campín... 2	B. Colombia... 2
B. Palermo... 1	B. Nogales... 5
Sector Centro... 1	

2.6. FASES DEL PROCESO.

2.6.1. FASE DESCRIPTIVA.

Se hacen preguntas iniciales referentes al objeto de estudio. Se describe el objeto de estudio con preguntas abiertas al grupo, lo cual se interpretará posteriormente.

2.6.2. FASE INTERPRETATIVA.

El objeto de estudio se interpreta para reconstruir el sentido, teniendo en cuenta el significado que le dan los sujetos a los diferentes conceptos. Se analiza y se interpreta la información, con el fin de construir, posteriormente, un nuevo modelo integral de salud.

2.6.3. CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO.

Se construye un nuevo modelo integral de salud luego de confrontar el objeto de estudio, replanteando la información para obtener nuevos sentidos y significados. Con esto se espera que el grupo de adolescentes y niños vean y analicen el objeto de estudio.

Se parte del significado en los sujetos observados, sus conceptos (del objeto de estudio), su intervención en el contexto y con los otros sujetos.

Con su participación, analizan su propia situación y opinión respecto a su autoconcepto.

Buscando por medio de los talleres soluciones a los vacíos educativos en cuanto a la promoción y prevención en Salud – Salud oral. Se espera después del registro de actividades describir los comportamientos culturalmente significativos en ese grupo.

2.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

2.6.4.1 Técnicas.

- Talleres educativos: realizados con el grupo que hace parte de la unidad de trabajo, en donde los diálogos y argumentaciones se establecen con los actores acerca de los diferentes conceptos a tratar y sus intereses personales y colectivos. En los talleres se recogen las diferentes percepciones, opiniones, saberes, sentires, mediante la observación.
- Entrevistas abiertas.
- Encuestas.

2.6.4.2 Instrumentos.

- Guía de entrevistas.
- Guía de observación.
- Cuestionarios de encuestas.

Se tienen en cuenta para las guías de entrevista y las encuestas escritas, los diferentes enfoques del desarrollo humano:

En el pensar:

- ¿Qué significa la salud para usted?.
- ¿Qué significado tiene para usted la salud oral? O ¿no lo tiene?.
- ¿Qué quiere decir para usted tener una mordida normal?
- Dentro del concepto que tiene de salud ¿considera que se cuida al respecto?.
- ¿Cómo cuidas tu cuerpo?.
- ¿Cómo cuidas tu boca?.
- Existen otras vías para sanar al ser humano. ¿Cuáles alternativas considera que sirven para esto?.
- ¿Para un niño puede tener algún significado o interés su salud, salud oral y su mordida?.

En el sentir:

- ¿Qué significaría para usted tener los dientes torcidos, salidos o desalíneados?.
- ¿Qué sentiría un niño al tener los dientes en esta posición?.
- ¿Le importa tener la dentadura completa?.
- ¿Le afecta que le falten algunos dientes?.
- ¿Le afectaría su imagen física, si presentara los dientes en una mala posición?.
- ¿Usted considera que un niño se afectaría ante sus compañeros al presentar los dientes en una mala posición?.
- ¿Cómo se afectaría su aspecto afectivo, si tuviera la salud y salud oral afectada?.
- Con relación a la mala posición de los dientes, ¿se afectaría su aspecto afectivos?.
- ¿Afectaría su comportamiento?.

En el actuar:

- ¿Tendría alguna importancia el hecho que usted tuviera alguna malformación dentaria para el contexto socio – cultural y político en el que usted se desenvuelve?.
- Dentro de sus proyectos culturales, sociales, económicos, ¿está el tener un desarrollo cráneo – máxilofacial adecuado?.

- ¿Le afecta su forma de vida y trabajo si presenta una malformación dentaria?.
- ¿Considera que es posible, mediante un proceso educativo (promoción del autocuidado), llegar a que la gente conozca más sobre la salud oral y las mordidas sanas para que se conscientice más al respecto?.
- ¿Piensa que es posible prevenir con aquellos programas educativos la salud- salud oral, y que mediante éstos se logre cambiar los hábitos nocivos?.

Valores de reconocimiento:

- La presencia de las mal posiciones dentarias o el presentar su tratamiento (aparatos) le da un status especial?.
- ¿Cómo influye el aspecto económico en la salud y salud oral?.
- ¿Dentro de sus necesidades está el tener una apariencia física adecuada, con dientes bien alineados y un desarrollo máxilofacial adecuado y funcional?.

3. FASE INTERPRETATIVA

3.1. PLAN DE ANÁLISIS.

Categorías iniciales de análisis:

- **Autoconcepto.** El autoconcepto se ha definido en diferentes formas; se parte del hecho que es la opinión de sí, respecto a la forma de pensar, ser o actuar, de percibirse en un entorno individual y único. También respecto a todos los fenómenos que ocurren en el interior de su estructura física y psíquica en relación con los demás y el exterior. Incluye el hecho de conocer la formación de su identidad y su propia historia producto de las vivencias y experiencias .

Este concepto da el poder de elegir la manera de manifestarse en cuanto a las acciones de acuerdo a las diferentes experiencias de vida, así, su formación y desarrollo hayan sido influenciados o algunas veces presionados por los pares. También el de potencializarse en su vida o no, por las capacidades y valores que desea tener hasta conformar su propia construcción y realizarse como ser humano.

Tomando los temas de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como satisfactores de necesidades humanas, se le da mayor importancia al tema del desarrollo humano desde el punto de vista del conocimiento de la representación y los saberes de la comunidad. La influencia del autoconcepto es también importante para el reconocimiento del yo, de los sentimientos, emociones y reflexiones que intervienen con la aceptación de sí mismo; pues el sentido de pertenencia es definitivo para el desarrollo humano desde el concepto de autocuidado.

- **Autoestima.** La autoestima es el acto de quererse a sí mismo, aceptarse y valorarse en todas las dimensiones para estar en capacidad de relacionarse con los demás; ésta es la autoestima verdadera, la que no se debe afectar por las adversidades, ni por comentarios negativos de los demás; sobre todo, es la que le permite al individuo aceptar navegar en un mundo de posibilidades, mientras llega a los destinos propuestos, o cambiar el mundo cuando sea necesario, moverse entre los polos opuestos mientras decide por uno de ellos o se permite seguir viviendo el viaje de la vida en etapas con estaciones de alegría, tristeza, emociones, sentimientos, reflexiones, errores, tocando a veces los límites, los extremos. Si se aplica la frase tan nombrada de “ser o no ser” del Hamlet de Shakespeare, se podría admitir que la vida es un devenir, algunas veces se afirma y otras se niega lo que importa es aceptar el momento vivido; de lo contrario, se puede llegar a tener una autoestima baja.

La conceptualización de los temas de salud, salud oral, función oral y anomalías de desarrollo, se tratarán para conocer como primera medida si dentro de los saberes e intereses de la comunidad están incluidos y, si no, mediante un proceso de sensibilización educativa, lograr incluirlos como parte de su conocimiento.

- **Autogestión en Salud Oral.** Se pretende conocer y redefinir los roles y compromisos de los diversos actores dentro del manejo de la salud, salud oral, como también su aplicación a nivel individual y colectivo y su contextualización en los sectores socioculturales, políticos y económicos; todo esto para formar y comprometer a la comunidad en busca de que organicen programas de salud oral y prevención de las enfermedades orales. Como objetivo final dirigido a la población infantil para que se formen actitudes y hábitos más saludables, de tal forma que den paso a una toma de conciencia.

3.2. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA.

Después de realizar la aplicación del instrumento de recolección de información en la población objeto de estudio, se procedió a construir el sentido dado a las diferentes categorías de análisis:

AUTOCONCEPTO.

Aproximadamente el 15% de los participantes en los talleres no sabían concretar el término; algunos lo confundían con la autoestima; tal vez porque el grupo era heterogéneo, con edades entre 7 y 19 años, diferente grado de escolaridad, lo mismo que la procedencia de diferentes escuelas, colegios y barrios.

Algunos lo definieron en la siguiente forma, lo que sirvió para que los que no lo supieran conocieran el término y lo integraran a su saber, en discusiones en las que la investigadora complementaba:

Autoconcepto es el autoconocimiento, identificándose como seres relacionados con los demás; a lo que le dieron gran importancia, categorizando la observación, aceptación y comprensión de ellos mismos, para aceptar y comprender a los demás; se denota el deseo de la socialización con sus congéneres mediante unas buenas relaciones.

Estas son algunas respuestas dadas por los participantes acerca de lo que para ellos es el autoconcepto:

“ Mirar nuestro interior y cambiar nuestras indiferencias hacia los demás”.

(8) En las cuales demuestran que hay preocupación por ellos mismos:

“Yo me quiero mucho por eso cada día que pase me preocupo por verme mejor”.

Así como:

aceptación como una ayuda que les permite la superación personal.

Las respuestas en cuanto a aceptación estuvieron así:

(2,8,9,5,3). “ Soy como un libro abierto, el aceptarme me ayuda a estar dispuesto a cambiar mis defectos”.

(8-9) Dicen que es la opinión de si mismo que les permite valorarse, aceptarse y quererse como son, para proyectarse a los demás, con una tendencia a definirlo como una Alta Autoestima.

“Si me quiero y acepto logro que los demás me quieran y me acepten”; se reitera que le dan mucha importancia a la aceptación de los demás.

El quererse a sí mismo, los lleva a preocuparse de su autocuidado (2,11,3)

“Quererme a mí mismo exige cuidarme física y moralmente”, lo que hace que se retroalimenten y al lograr esto, fortalecen su autoconcepto y autoestima, el quererse es para sentirse bien con identidad propia.

“Yo soy yo y yo me quiero como yo y me siento muy bien porque soy alguien en la vida, porque yo me cuido mucho, yo me siento bien como soy alguien”

El aceptarse lleva a que se identifique con sentido de pertenencia en su nombre como por ejemplo con la ternura, se define como: “La ternura, mi vida, mi nombre, me ha destacado en mi familia, colegio y amigos, si no tuviera pues mi nombre; no sería yo, pues mi nombre, me demuestra ante mi y ante los demás como soy y como me siento con él”.

Siendo el nombre valorado como su máximo reconocimiento ante los demás.

El aceptarse tuvo varios aspectos:

(2-8-9-53) La tendencia a quererse: autoestima que los lleva en algunos casos, en su opinión, a la superación personal; el solo hecho de sentirse bien es como autoformarse, teniendo en cuenta un aspecto espiritual y de aceptar su apariencia personal como el de agradar a los demás.

(6-11) Aceptación que les da seguridad en sí mismos para ser felices, en donde se incluyen los valores que a la vez definieron en algunos casos su autoconcepto.

Hay una tendencia a definirse como resultado y aceptación a lo que la vida les ha brindado y formado dentro de ella, definiendo algunos valores primordiales para esa vida: Valores para definir lo que son o identificarse con ellos.

Aceptando la realidad, lo que equivaldría a tener “fortaleza”:

“Es tomar la vida como es y como la debo tomar para salir adelante”.

(12) “La comprensión a los demás para entenderlos, en un sentimiento de solidaridad con sinceridad, para enfrentarse a la vida nueva y salir adelante.”

La tendencia es a reunir todos sus valores, lo que les daría la fortaleza para la superación personal; esto hace que vean la vida como una lucha, un hacerse ellos mismos: autohacedores, en donde la importancia a la existencia como seres en la vida es el motor que los impulsa, para ser lo que se quiere, para autoconstruirse.

(7) “Nosotros tenemos los pinceles y tenemos que pintar nuestra vida”

Con un gran sentido de la responsabilidad en que se respetan:

“Soy alguien digno e integro que como todos los demás seres humanos, tengo derechos y deberes que deben respetarse”.

(11) También hablan de la tolerancia, aunque más por un temor, defensa ante los demás. (12) Como también miran la aceptación como sinónimo de amor con una tendencia espiritual: Fruto del amor, la vida:

“Soy un resultado más de la vida y del amor de Dios por los hombres”.

O como un deber divino:

(16) “ Yo soy una niña que me debo aceptar como soy y no debo reprochar las cosas que me dan las personas, también debo aceptar mi cuerpo porque así fue como me hizo Dios y me debo aceptar”. Más es un sentimiento de resignación frente a su ser.

(14-15) La aceptación también se da por el hecho de gustarse y agradar a los demás, diferente de la proyección a los demás. (Relacionarse). Como también por la apariciencia personal, lo que los lleva a cuidarse.

(22-1) “Me gusta mucho mi nombre, veo que le agrada a los demás, trato de ser cuidadoso con mi apariencia, me esmero en cuidar mi físico: me cuido”.

“Me gustaría verme como una persona más atractiva y sincera hacia los demás”.

La tendencia también es de darle mucho valor a su aspecto físico.

(4-21) Aunque una minoría se expresara en cuanto a la categoría del autoconcepto como la definición de ellos mismos, teniendo como base su propia aceptación, autoestima, valoración y valores, autoformación y autocuidado, manifestado en la cotidianidad expuesta en todas sus actividades: El quererse, cuidarse, valorarse, alimentarse, trabajar, dormir, pensar, estudiar,

descansar, divertirse, ser libres y compartir. En fin aceptar el arte de vivir (el arte de la vida como tal).

LA SALUD.

Ocurriendo lo mismo que con el autoconcepto, algunos con conocimiento y otros no.

Salud: Era insignificante. (124), la salud contribuye a la vida diaria (30). (21, 22) La salud es definida como el alimentarse bien desde el punto de vista de evitar alimentos malos para el organismo; la ven como un satisfactor de necesidad (Max Neff) de subsistencia, con tendencia al autocuidado evitando alimentos dañinos para el organismo y una dieta sana (37), desde el punto de vista de la nutrición, algunos la definen como no comer alimentos pesados (113). Otros la definen como comer de todo pero con moderación (47 a b-24-39).

“Todo en exceso es malo”.

Otros la ven como un medio para adquirir un cuerpo saludable (juvenil y funcional), como sería ingiriendo vitaminas, frutas y verduras, ya que contienen sustancias saludables. (26)

Todo esto con una visión de el cuidarse preventivamente para evitar enfermedades (28-29).

“Salud es vivir bien, cuidándose, ingiriendo comidas sanas que no tengan químicos (48 d), ni preservativos, como frutas y verduras.

“Uno se debe cuidar para que después no vengan enfermedades graves” “Es mejor cuidarse desde ahora y ayudar a los demás a cuidarse”.

Aunque algunos rechazaron el hecho de limitarse con algunos alimentos

“Además uno debería comer lo que quisiera porque es problema de uno si se cuida o no”.

Denota que no se admiten limitaciones.

En general hay una tendencia a cuidarse sabiendo comer:

(29) “Es pensar antes de comer” .

Otra tendencia es definida como el estado de “no-enfermedad” de la normalidad sin dolor.

(23-25-121). “Salud es tener un cuerpo aliviado”

“La salud es estar en el estado normal y sobre todo no estar con dolor o algo”

También es definida como el quererse, incluyendo el valorarse para autocuidarse.

(114) “Si me quiero como soy, me valoro y no cambio”

(47a,47d) “Porque si uno se valora, se quiere, se cuida”.

(29,48c) El quererse o cuidarse lo enfocan también como el estar bien con ellos mismos, sentirse bien, y el cuidarse tanto física como mentalmente.

(70,36) “El cuidar el cuerpo de desperdicios, y tener una buena autoestima con el cuerpo”.

Parte del quererse es sentirse bien, cuidarse y ser bien tratados.

(48c,70) “Salud es sentirse bien en todos los sentidos y si tiene un dolor si lo atienden a uno mal, entonces no se va a sentir bien y si lo atienden lo mejor posible lo ayudarán a mejorar rápido”.

(52) También en la autoestima reconocen el autorrespeto que le permite cuidarse y no permitir maltratos para tener salud.

“Pues si uno se respeta, no permitiendo daños y si se quiere lógico que va a influir en que uno se va a querer cuidar el cuerpo, quiere ser saludable, entonces si se quiere va a llegar a ser saludable”

(41) En el autocuidado consideran la posibilidad de muchas personas que al estar solos ingieren alcohol lo que les produce estados lamentables, por lo que si se quisieran a si mismos no llegarían a ello y su causa la falta de amor: El Desamor.

(42) “Eso depende del amor que le den, es importante como expresan el amor y que se lo den”.

A lo que expresan que salud es compañía, que es el remedio para las enfermedades mentales como la soledad, que los puede afectar físicamente.

“Para mí la soledad es la enfermedad mental que lo afecta a uno físicamente, puede afectar el organismo y todo lo que hay que hacer es estar con los padres u otras personas”.

(48) Entonces partiendo de las fallas en la autoestima, definen la salud como el Amor, lo toman como un sentimiento que es el salvador de todas las situaciones anormales de ellos y hacia los demás.

“El sentimiento más apropiado o el más sobresaliente y el más importante es el amor; por qué el primero por el que uno tiene que sentir amor es por uno mismo, qué se van a querer a las otras personas, si no se quiere a uno mismo, entonces el nivel mental esta malo, esta super enfermo”.

Enfocan también el amor más que todo a la relación de pareja; el darse sin condiciones y aceptación absoluta.

(43,44) “El querer a una persona no por lo que tienen sino por lo que es como la aceptación del otro ser y dar el sentimiento, si es “nuestro” Sería lo ideal.

(45) Lo definen como ternura, teniendo en cuenta la solidaridad con la otra persona, el compartir y como un acto de credibilidad en los demás.

“El amor es ternura, compartir la confianza que se tienen el uno al otro”.

(46) Otra subcategoría que hace parte para dar amor es el Buen Trato, incluido como parte esencial la tendencia a una comunicación verdadera, que les hablen con la verdad, y les cumplan.

“Que digan yo a usted lo quiero mucho, yo lo quiero a mi lado y después todo es gritado que uno, que usted no hizo las cosas bien, eso para mi no es bueno, claro que a uno lo deben regañar pero le dicen a uno que lo quieren mucho y a toda hora es regañándolo”.

Lo que parece, que produce una interferencia e intolerancia en las interrelaciones personales, produce cansancio, pereza, desespero y desesperanza; por lo que debe haber tolerancia, paciencia, confianza para que esas relaciones sean normales, llevaderas y exitosas.

Aquí se refiere a la relación con los padres, lo que hace pensar que las fallas en la comunicación, el hecho de no saber expresar como papá un sentimiento y el hecho de no lograr el diálogo, debe ser y es de hecho frustrante y por supuesto los padres ya tienen esa parte afectada por lo que hay que empezar por ellos en este tipo de talleres educativos, sobretodo llevar a conocerse a sí mismo para conocerse más con las personas para así saber qué produce este tipo de fallas que los bloquea e inhibe en su expresión.

Lo que indudablemente lleva también a que los jóvenes tengan reacciones agresivas y no conciliadoras, cuando tratan de expresarse sin lograr la comunicación, desembocando en un enfrentamiento en sus relaciones afectivas primarias, secundarias o del tipo que sean.

(51) “Por decir cuando le pegan la mano a uno, a uno no le gusta que le peguen, entonces lo malo de eso es que uno se ponga bravo, con quien no es, sino se pone bravo y el otro viene a molestarlo o a jugar, entonces lo más lógico es que uno le diga ¡Ahh no váyase!. Pues uno no va a decir ¡estoy bravo! ¿Por favor te vas?.

Se denota la forma agresiva de reaccionar.

Como parte esencial de demostración de amor y comunicación el contacto a golpes, se entiende más como una relación fraternal normal. (45-50-50^a).

“Pues yo con mi primo me acostumbré a que él me pegará, porque el y yo jugábamos a pegarnos, yo le pego y pues los dos nos pegamos”.

Aunque se notó el rechazo a los golpes injustamente que lo hacen por desquite de sus problemas (los papás o familiares), insisten en el buen trato oral y en sus diferentes expresiones afectivas.

(50) “Puede ser que el padre, el primo, o que le dan un golpe y como ya peleó con ese, a mi no me gusta que me peguen por eso, eso es una forma de desahogarse”.

De lo anterior se puede concluir que la comunicación adecuada y las expresiones de afecto, constituyen condiciones ambientales saludables, pues contribuyen al fortalecimiento de factores protectivos, como la alta autoestima, la identidad y el autocuidado.

Como también en el buen trato, en la atención con los enfermos, en la comunicación delicada de cuando tienen enfermedades graves, la mayoría prefieren no enfrentar la realidad ya que creen que si no los hacen sentir temor

de la muerte próxima, suponen que así podrían vivir felices el poco tiempo que les quedara; ya que si se les dice la depresión los hace enfermar más.

Aunque otras prefieran que se les diga acerca de las enfermedades, conocer de todo con calma, cautelosamente. Prefieren enfrentar la realidad.

(39) “Creo que es horrible que le digan de una, es peor que sepa a que le escondieron, es mejor que hablen para que lo ayuden a salir adelante, que le digan más tranquilamente acerca de si tiene alguna enfermedad.”

Sienten la necesidad siempre de ser bien atendidos para mejorar su estado de enfermedad.

(48e-70) “Salud es sentirse bien en todos los sentidos y si tiene un dolor, si lo atienden a un mal, entonces no se va a sentir bien y si lo atienden lo mejor posible lo ayudaran a mejorar más rápido”.

Un sueño: SALUD: “Derecho a la libertad y seguridad”
 “Derecho a la vida libre de violencia” (108).

SALUD ORAL.

En su mayoría no saben de la salud oral (66b,c,d,e,f,g) ni le dan la importancia requerida (20i,20h) y algunos orientan la salud oral desde el punto de vista de la

higiene oral (20^a,21,38,54,66^a,63,58) con tendencia al autocuidado, sólo el cepillado de los dientes, sin saber mucho en cuanto a ésto.

“Yo opino que uno se debe cuidar los dientes, cepillándolos 7 veces al día” (aunque en la revisión clínica la niña presentaba sus encías inflamadas).

La salud oral enfocada desde el punto de vista preventivo, por temor a que se le puedan caer (pérdida) o al dolor, importante para su apariencia personal (58).

“Si uno no se lava los dientes ahora, cuando sea viejito va a tener puras cajas”

“Es más complicado, las encías que sostienen los dientes y todo, (62) además están los nervios, por decir el que se le va a pudrir a uno la encía, se le cae un diente y siente más dolor que si se pudriera un diente”.

Muy pocos (1) lo definen como tener hábitos saludables y de higiene teniendo en cuenta los componentes de la boca.

“La salud de los dientes, boca, paladar, encías, lengua, todo eso y para mantenerla, muchas cosas: lavarse los dientes, utilizar seda dental, no tomar tinto y muchas cosas que no nos vayan a poner muecos, no fumar” (38).

En el sentido que sólo enfocan la atención en los dientes y así no saben diferenciar que el cuidado es prevenirse y que al cepillarse también evitan las caries.

Salud Oral: (56) “No es sólo cepillarse los dientes, cuidarse la caries no más”

Con esa tendencia preventiva hablan de cepillarse los dientes, para (54,62) protegerse (autocuidado) con visitas al odontólogo, el respeto a los demás, en el sentido del mal aliento (61), y también con tendencia curativa.

“Es cepillarse los dientes después de la comida o antes, hasta calzar las muelas, y si uno no se cepilla o no lava la fruta, esa cosa se lleva a la boca y uno comienza a tener mal olor en la boca”

“Deben tener un correcto cepillado e ir constantemente al odontólogo”.

Ven la función del odontólogo protectora, preventiva y curativa (65).

“Que le va ayudando a salir los dientes y cuidar la chupada de dedo y daño al paladar”

Se preocupan más por su apariencia personal ya que no tienen el conocimiento de los efectos de los problemas morfofisiológicos en el organismo, ya sea por el mal cepillado, la mala alimentación o los malos hábitos.

“Me dijeron que uno se debe lavar los dientes muy cuidadosamente porque si uno se sube mucho el cepillo se le va subiendo la encía, y al reírse se le ve feo por la encía afectada”.

En el momento en que se les pregunta si creen que la boca tienen más componentes aparte de los dientes y cómo podría influir en el resto del organismo:

Hablan acerca de la lengua, dicen que es un aparato con funciones muy importantes en la comunicación, percepción y sensibilidad.

(64) “Para mí es básico, es el aparato de la voz y de la salud oral, es la que percibe todo, que si se cae un pitico se vuelve gago y si no se lava bien, no se siente el sabor de las cosas”.

En cuanto a las mucosas, mejillas y otras partes no les dan un significado importante, sólo que están presentes; no habrían pensado en otras partes, ni sus funciones, o no tienen conciencia de ello. 66b,c,d,e,f,g.

“En la parte interior del cachete: se siente suave, todo rico y a veces esta comiendo chicle y se muerde”.

Con el resto del organismo lo hacen superficialmente, no saben relacionar; sólo su presentación personal, por el mal aliento, solo toman un acto, el del vómito que les afecte la boca.

“Los componentes de la salud oral, todo el organismo, si vomita indispone todo”

(66) Esta información se consiguió antes de darles conocimiento acerca de la anatomía, cuidado dental, oral y buenos hábitos

En cuanto a los componentes de una muela, sus partes, en general no saben nada, se considera que hay fallas en la educación al respecto. (66b,c,d,e,f,g).

El cuidado dental se relaciona con la presentación personal en el sentido de ser aceptados por los demás teniendo en cuenta su identidad, su personalidad, su autoconcepto, su autoestima.

“Es parte de la personalidad, pues si uno se cuida bien es personalidad”

¿Qué es para ti personalidad? (60,61) Es cuidarme, es como quererme uno mismo es saber lo que cada uno es, entonces si no tienes una buena salud oral tu personalidad se va a afectar, también si lo ven con los dientes podridos ¡Uyy; ¡Que dirán!.

Les afecta su auto concepto, autoestima por el hecho de sentirse mal y el temor a que se burlen de ellos. (61).

“Salud oral, es pues no sólo por presentación personal, sino porque uno se quiere a uno mismo, entonces se tienen que cuidar la sonrisa y los dientes”.

Se hace una prueba de sensibilización al respecto:

Una simulación en ellos mismos de tener caries con papel carbón; algunos no aceptan porque no se sienten bien, les da asco, o les han hecho la prueba y el hecho de haberse sentido mal no le gusta repetir la sensación, el resultado es que se afecta todo su ser. (161a).

“Me siento horrible, muy desagradable, suciedad. No me acepto así” (61b)

Es de renombre los comentarios que hacen al respecto de la importancia del recurso económico como factor; que al no existir lo suficiente impide el acceso a un buen cuidado dental, lo mismo que la falta de educación (59).

“No es culpa de uno, pues si no tiene recursos, pues no los educaron o puede que sí”

GESTION.

En cuanto a cómo ven ellos la atención en salud y cómo gestionarían ellos para multiplicar, promocionar y prevenir la salud, y el conocimiento, si están interesados en hacerlo, y qué harían.

Se categoriza la atención como “mala, “inhumana”, con tendencias a la decidia, despotismo, negligencia, maltrato, desesperanza y negación por parte de el personal que representa y labora en salud, salud oral en las instituciones, sobre todo el ISS, y la ausencia o falencia del recurso humano.

(69) En cuanto a la atención odontológica dan importancia a la relación con el odontólogo, prefieren que sea amigo para sentirse bien tratados. Se observa el deseo de mantener buenas relaciones con el operador para sentirse en confianza.

(71,72) Para mejorar la atención también se requiere que no sea demorada, ni tampoco selectiva, con la tendencia de aumentar el recurso humano; y que tengan mayor responsabilidad, que sepan acerca de los casos, los que requieren urgencias o pueden esperar, que implicaría una mejora en la organización.

Definen la atención como:

Déspota

Mala

Inhumana

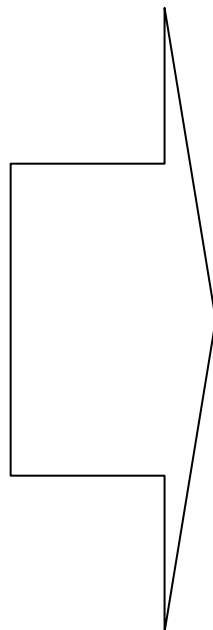
Decidiosa

Maltratadora

Negligente

Desesperanzadora

Falencia en recurso humano



Lo que se plantea para mejorarla como una atención sin demoras, con características de buen trato, que sean amigables, con responsabilidad, Aumentando el recurso Humano y así se mejoraría la Organización

En cuanto a la promoción y prevención en salud, salud oral, su gestión personal se subcategoriza en:

(73) Adecuada comunicación, para lo que dan gran importancia al diálogo.

(74) Capacitación en salud y nutrición en las escuelas , colegios, comunidades.

“La Comunicación es básica: Comunicarse con los demás personas, sin limitarse oralmente”.

(74) Y en la solidaridad con toma de conciencia por parte de la comunidad.

(77,82) “Para promover la salud en nuestro barrio es importante tomar conciencia de que todos debemos estar unidos para cuando se presente alguna emergencia”

(75) En esa toma de conciencia hay algo de remarcar y es una tendencia al compromiso personal.

“Si el gobierno no ayuda, que todos lo hagan y también que cuiden la naturaleza”.

(74,76,77) Aunque no dejan la esperanza en el gobierno, la colaboración de el, para hacer campañas de aseo y también el interés de darse cuenta que pasa con los “otros” (solidaridad) con tendencias preventivas.

“Haciendo visitas para detectar alguna enfermedad y buscar solución”.

(78) Dan una gran importancia a la falta de recursos, lo que inhibe el brindar o tener una buena atención médica a la comunidad.

“En los centros médicos falta más atención a la comunidad y falta plata”

(Sacatín)

En cuanto al compromiso personal de trabajar en pro de la comunidad.

(79,79^a) El deseo existe, de trabajar por la comunidad, pero reconocen que la tendencia es a no tener conciencia de ellos mismos para emprender algo, la pereza y desidia y (80) el hecho de no sentirse afectado directamente, no hay compromiso y el temor a el interés de la (81) comunidad que sea de reacciones negativas por lo que tienden a dudar en realizar algo, aunque le dan importancia a la buena y previa motivación de los grupos para promover la salud.

(82) La solidaridad se sigue categorizando como primordial para hacer cualquier trabajo con una comunidad.

“Ponernos en el lugar de ellos para ver o saber el tiempo, situación económica, lo que sigue siendo factor primordial, y todo eso, y si se tienen deseos de hacerlo”.

(83) Como también el reconocer la realidad de los hechos, de lo acontecido

Y para mejorar la promoción y prevención en salud y salud oral esperan que haya:

En la Comunidad:

- Comunicación - diálogo
- Solidaridad con toma de conciencia, lo que lleva a un compromiso personal.
- Capacitación a todos.
- Recurso económico adecuado por parte del Gobierno y de ellos mismos.
- Colaboración de todos



Campañas requeridas y programas

En cuanto a los problemas que afectan la comunidad:

(84,85,87,88,93,95,100) Se denota la preocupación marcada por la inseguridad, las sectas satánicas, malas relaciones (amistades) con la tendencia a no valorar las personas, sobre todo los niños, que se presenta en forma de maltrato, violencia (88) drogadicción, robo; las causas de la falta de seguridad, se atribuye primero que todo a la falta de comunicación, de

solidaridad y conciencia; también al descuido paterno y a la soledad en que viven los niños, como también la falta de recursos económicos.

Con estas observaciones se ve que su capacidad de asombro está adecuada.

De pronto la búsqueda de afecto, amistades, hace que dependan de personas indeseables o hábitos inadecuados.

(110) “Que no preste cuidado a las sectas satánicas, uno busca amigos, pero lo llevan por mal camino, hablar con ellos y hacerlos recapacitar: Hacer campañas.

“Mejor prevenir y no cuando estén sacarlos ”

(103) De remarcar la subcategoría en que se sienten afectados o disminuidos: en cuanto a la buena comunicación por falta de diálogo, seguridad, educación en valores y autoconcepto con tendencia a la falta de buenas relaciones con los demás, caracterizado por los chismes de barrio.

(95) “Que los padres cuiden a los niños y que estén pendientes de ellos”.

(96) “Porque los padres no tienen tiempo para ellos, falta de compañía a ellos y los dejan solos porque trabajan y no les ponen cuidado”.

(97,98) "Lo que pasa es que algunos trabajan y no tienen otra opción que dejarlos."

(99) "Entonces que todos pongan cuidado"

"PARA TODO HAY TIEMPO"

(84,89,90,91,92) Entre otros de los problemas, la falta de agua potable, el desaseo, falta de educación, solidaridad, respeto y conciencia lo que hace que se tienda a una contaminación ambiental.

(95.101.102) Hay una fuerte reacción opuesta al ruido y un factor que sigue siendo decisivo es la falta de recursos.

"No hay buena educación, las basuras llegan y las riegan, la solución sería sacar basureros públicos".

La tendencia es de comprometer a las empresas, el gobierno y ellos mismos buscando soluciones a los problemas que les afectan para que se concienticen.

"Que las empresas coloquen basureros gigantes y eduquen no sólo las empresas, sino también uno mismo con cartulinas, avisar y poniendo multas"

“A la gente le falta conciencia porque reaccionan fuertemente por llamarles la atención, no tienen consideración con los demás”.

Tienden a dar soluciones como consignas y campañas.

(105) LUCHEMOS PARA QUE LOS FACTORES MALIGNOS NO AFECTEN A LA COMUNIDAD..

(101,104) En cuanto al ruido, marcada tendencia a la insolidaridad y falta de comunicación y de tolerancia. La tendencia es caer en cuenta que se deben preocupar por ellos mismos y buscar ayudas.

(104) Por el ruido las casas ya no valen, falta ayuda a las personas que no tienen capacidad, el problema es conseguir otros lugares para salir de ello.

Lo único es que si se quiere estar bien, se tiene que ayudar uno mismo, si no buscar ayuda.

(102) SI UNO SOLO NO ES CAPAZ TIENE QUE BUSCAR AYUDA

“Las motos ruidosas que parecen un terremoto... Hacer una campaña para que las fábricas no contaminen y hablar a la alcaldía y a los que manejan eso para que hagan algo rápido”

En cuanto a la tolerancia, “siendo tolerantes, solidarios, sin exagerar y entender los diferentes tipos de ruidos”.

(111) **QUE DEJEN DE HACER BULLA QUE LO HAGAN EN LA CASA DE ELLOS.**

(103) **EVITAR RUIDO, CONTAMINACION Y EVITAR LA DROGADICION EDUCANDO LA POBLACION.**

En cuanto a la promoción en la salud. ¿Qué haría?

Para ser solidario con tu salud, la de tu familia, comunidad y país:

(103) Se plantea como primera acción: La educación y como frente en todo esto el dialogo, básico en la comunicación con la comunidad, para llegar a ellos integrándose (103a), para así lograr conocer sus problemas, despertar la conciencia y hacer un buen desarrollo en la comunidad y buscar soluciones conjuntas ayudando y creando nuevas campañas, con tendencias muy solidarias (106)

“ Educándoles, previniéndoles acerca del peligro y el error en que se encuentran y concientizarlos”

- (104) Formando grupos de rehabilitación.
- (106) “Buscar recursos para personas que necesiten este servicio, (116c) como es una atención médica aportando a las personas que desconocen cosas sobre este tema, un conocimiento más amplio para que así puedan cuidarse ellos mismos y así mejorar la salud de la comunidad, familia y nosotros mismos”.
- (112) **“HACER TOMAR CONCIENCIA ES MEJOR PARA TODOS, DANDO A LOS MAS PEQUEÑOS, SI EMPIEZA POR UNO DAS AYUDA A LOS OTROS”**

Le dan gran importancia a la parte recreativa.

- (113) “Haciendo recreaciones sobre salud y salud oral”.
- (117) Hay tendencia al reconocimiento de su propio papel en la vida: Responsabilidad propia de su autocuidado y solidaridad con los demás.
- (116) “Yo haría para ser responsable como hacerme cargo de lo mío, y ser solidario de la salud, por ejemplo: Al que no sabe lo que la doctora me enseñó , informarle, a mi familia y también a la comunidad”.

(117a) “Cuidándome y enseñándole a los demás”.

(119) “Yo soy el que me cuido y tomo las decisiones en mi vida”

“Yo soy el que me debo cuidar”.

(120) “Tolerando a los que no tienen mi cultura”

En resumen, en cuanto a los problemas que afectan a la comunidad se enunciaron:

Inseguridad: manifiesta en el: satanismo, maltrato, violencia, drogadicción, robo, acusan la causa de ello a:

- Falta de solidaridad.
- Conciencia.
- Comunicación.
- Descuido paterno – soledad.
- Recursos económicos.

Y sus posibles soluciones:

- Educación en valores : Respeto, toma de conciencia en el autoconcepto para tener buenas relaciones con los padres, para ser solidarios y tolerantes con los demás; también educación en higiene y contaminación ambiental, así buscar soluciones conjuntas.
- Compromiso personal con responsabilidad.

- Compromiso gubernamental y de Empresas e Instituciones.
- Consignas y campañas.

En Conclusión:

(123) Hay tendencias a promover su autocuidado, ayudar a la familia y a la comunidad mediante la enseñanza; hay temor por el tipo de comunidad en que viven.

“En mi casa y en mi barrio, sí; pero en mi país no porque hay mucho drogadicto y la guerrilla hace sentir mal a las familias”.

Plantean un proyecto de promoción en la siguiente forma:

1. Educación: “Dando ejemplo de sí mismo” (116b,c)
2. Despertar conciencias mediante el diálogo.
3. Responsabilidad propia: Autocuidado.
4. Solidaridad con tolerancia.

Los niños, niñas y adolescentes, son conscientes que para que el individuo que represente a la comunidad, a su barrio, a su país, goce de una salud ideal (lo que incluye los aspectos físico, psíquico, moral y ambiental), requiere una toma de conciencia de lo que es él, su papel ante él mismo, en la comunidad, de sus necesidades para llegar a autocuidarse, y con un compromiso personal

emprender sus propias tareas, como hacedor de sí mismo, en este caso al preocuparse por su salud y posteriormente por la de sus congéneres, siendo solidario, contando con una buena capacitación, ya sea que él la adquieran por sí mismo o mediante la ayuda gubernamental, lo mismo que el recurso económico, y así, en colaboración mutua, llegar a gozar de una salud verdadera.

3.3. INTERPRETACIÓN CATEGÓRICA.

3.3.1. AUTOCONOCIMIENTO.

A partir de la exposición anterior sobre los sentidos y los significados construidos por los niños y adolescentes entrevistados, alrededor del autoconcepto, se pueden categorizar los siguientes elementos:

En primer lugar, el autoconcepto es entendido como un proceso de autoconocimiento, autorreconocimiento y autoaceptación, a través del cual se obtiene madurez para asumir la vida, a partir de la construcción de proyectos individuales en torno al ejercicio de deberes y derechos.

También existe una influencia superior en la formación del autoconcepto, en la cual el elemento divino (Dios), actúa como una fuerza externa, determinante en los valores que componen el autoconcepto.

Desde este punto de vista, y teniendo en cuenta que la población objeto de esta investigación se encuentra atravesando etapas determinantes en la formación de la personalidad adulta, es del mayor interés realizar un análisis teórico de los elementos en mención, que intervienen en la construcción de su autoconcepto.

De esta manera, se puede decir que el autoconcepto constituye un aspecto del desarrollo psicológico de los individuos, que va a determinar la manera como se adquieran y desempeñen ciertas habilidades, actitudes, capacidades, entre otras; necesarias para el adecuado funcionamiento de las relaciones familiares, con grupos de pares, conyugales, y en fin, de las interacciones que se establecen en los diferentes subsistemas que componen la dinámica de la vida en sociedad.

La anterior, es una realidad expresada por los niños y jóvenes involucrados a través de sus aportes; en ellos se puede identificar el reconocimiento que realizan de las partes intrapsíquicas (pensamientos, emociones, identidades) e interpersonales (actitudes, hábitos, formas de expresión) del autoconcepto. En cuanto al aspecto intrapsíquico, el autoconcepto comprende todos aquellos valores, juicios, representaciones, consideraciones, sentimientos, e.t.c., que el individuo tiene de sí, los cuales conforman su identidad, y que han sido producto de la información recibida desde sus primeros contactos interpersonales, hasta los que establece en su actualidad y, especialmente, de la manera como esos mensajes les han sido transmitidos.

Es claro que esas primeras relaciones hacen alusión a la familia, al menos en la mayoría de los casos, pues es allí donde se inicia la vida social del ser humano. Lo anterior indica que todos los elementos que entran en juego durante los contactos entre el individuo y su familia, tienen gran incidencia en la adquisición del autoconcepto: las formas de comunicación (verbales, gestuales, etc., la manera de expresar los sentimientos y emociones, los estilos de socialización, etc.), son determinantes en el proceso de formación de la personalidad, y en ella, del autoconcepto, y, por tanto, de la autoestima.

Esta información recibida es interiorizada, aprendida y aprehendida por el individuo, y a partir de allí, va a dar respuestas, que se manifiestan en sus relaciones interpersonales, como se dijo anteriormente. Claro está que esos contactos también aportan a la formación del autoconcepto, pues las respuestas que los demás den a las actuaciones del individuo, le sirven como referente para medir la aceptación, valoración, confianza, que proyecta hacia el exterior.

En este proceso se construye la autoimagen, el autoconocimiento y el autorreconocimiento; este último consiste en la aceptación de sí mismo, en su parte física, intelectual, valoral, entre otros, de una manera apacible, que brinde la identidad necesaria para considerarse un ser humano valioso, más no pasiva, pues es importante partir de ese autorreconocimiento para adaptarse a las

diferentes circunstancias que presenta la vida en todas sus etapas. Por tanto, para lograr un adecuado desarrollo de todas las facetas del individuo, es necesario partir de su reconocimiento como ser en constante cambio.

Por todo lo anterior, cabe agregar que aunque la vida humana constituye un proceso de desarrollo permanente, en el cual se realiza un aprendizaje continuo, estas primeras etapas de crecimiento personal (niñez y adolescencia) son básicas en la formación de un individuo sano en todas sus dimensiones; por tanto, es importante realizar un trabajo arduo en el fortalecimiento de la autoestima, el autoconcepto y el autoconocimiento, desde y entre los diferentes contextos en que se desenvuelve su vida: familiar, educativo, establecimientos de salud, entre otros.

3.3.2. SALUD.

Al interpretar las concepciones y posiciones que tienen los participantes sobre la salud, tanto a nivel personal (desde el autocuidado), como institucional (desde la atención en los servicios de salud), se hace claro que ésta aún continúa mostrando a la población algunos rasgos de un funcionamiento centrado en la rehabilitación; también se hace evidente la conciencia existente acerca de la importancia de factores emocionales y psicológicos en la adquisición de óptimos niveles de salud, la cual se concibe como un ideal de bienestar físico, afectivo, familiar, comunitario, entre otros.

Desde este punto de vista, surgen nuevos elementos, como categorías del presente proyecto:

1. La salud desde un enfoque preventivo: Aunque esta visión no constituye novedad en las categorías de análisis del presente proyecto, se retoma con el fin de resaltar cómo en un primer momento de la interpretación categórica, se presenta, por parte de los estudiantes entrevistados, una concepción de salud muy restringida al campo del cuidado físico para evitar enfermedades, especialmente en lo que se refiere a los hábitos alimenticios; hasta aquí, se ha descrito un enfoque de la enfermedad desde el punto de vista somático individual, desconociendo la concepción de la OMS, sobre la salud como un total estado de bienestar bio-pisco-social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Lo anterior está sustentado en el proceso desarrollado históricamente en las concepciones sobre salud y enfermedad, en el cual, éstas han sido abordadas desde enfoques biologicistas de carácter asistencialista, cuyos paradigmas han girado en torno al tratamiento de enfermedades, y a su rehabilitación, principalmente. Estas formas de entender el proceso salud – enfermedad, han sido asumidas no sólo por el personal médico, sino también, por la sociedad, cuyos actores, aún en épocas actuales, definen la salud como el hecho de no padecer dolencias físicas.

2. La salud desde un enfoque integral: Las concepciones anteriores sobre salud poco a poco han sido transformadas, a medida que las sociedades han accedido mejores niveles de calidad de vida, con la aparición de nuevos satisfactores, y más necesidades, en un proceso inacabado.

En este nuevo panorama, la satisfacción de las necesidades básicas, como la plantean Maslow y Max Neef, es condición indispensable para acceder a niveles superiores de desarrollo humano; en este proceso ascendente, aparecen nuevas necesidades como las de estima, afecto, reconocimiento, autorrealización, entre otras; cuya satisfacción garantiza el total despliegue de las capacidades y atributos inherentes al ser humano, como creatividad, liderazgo competitividad.

Lo anterior para explicar un poco cómo la salud va teniendo un alcance más amplio en la calidad de vida de las personas, como factor determinante de su desarrollo. A partir de esto, se van integrando a este concepto otras consideraciones de tipo psicológico y emocional, cambiando la visión psicopatológica sobre el proceso salud – enfermedad hacia una concepción que involucra los aspectos afectivos, mentales, sexuales, así como las dimensiones sociales, culturales, económicas y ambientales.

3. Elementos esenciales para la construcción de condiciones ambientales saludables: Categorías como el afecto, la ternura, el buen trato, la

comunicación, los valores (solidaridad, confianza, tolerancia, responsabilidad) han sido tenidas en cuenta por los participantes del proyecto, como factores que contribuyen a la existencia de una buena salud, pues favorecen la consolidación de un autoconcepto y una autoestima positivas, como elementos protectivos de la salud emocional, mental y física; así como del autocuidado como práctica que conduce a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estos elementos de análisis aportan luces para la construcción de propuestas saludables centradas en el factor humano, a través de las cuales se utilice su potencial psicológico y emocional.

3.3.3. GESTIÓN EN SALUD Y SALUD ORAL.

Como ya se mencionó en el análisis sobre salud, la gestión que se realiza en esta categoría está limitada a la prevención – rehabilitación, y, en el caso de la salud oral, a la higiene.

A los factores mencionados anteriormente, en los que se plantearon las deficiencias en las concepciones de salud aún practicadas, se agrega la escasez de recursos económicos, tecnológicos, administrativos, logísticos, de formación humana y de proyección a la comunidad que han existido en la gestión en salud; los cuales no permiten su ejercicio en términos de promoción,

a partir de la capacitación, la conscientización y la participación de los grupos y comunidades.

Estas limitaciones en el sistema de salud han conducido a la resistencia de las poblaciones para hacer uso de los servicios existentes, pues éstos se prestan en condiciones deshumanizadas, en las cuales el personal médico y administrativo está preparado para intervenir y tratar “patologías” y no para relacionarse con seres humanos con expectativas, preocupaciones e inquietudes. En estas condiciones el diálogo entre los pacientes y los proveedores de la salud presenta barreras de comunicación, siendo ésta impersonal y distante, utilizándose un lenguaje técnico, por parte de los médicos, que pierde claridad e impide la comprensión de las condiciones de salud por parte del paciente.

Esta condición conlleva, no al autocuidado, sino a la automedicación, la cual se da a través de actitudes poco responsables de los pacientes que tratan sus enfermedades sin una orientación profesional, muchas veces complicando su estado.

Otros problemas de gran impacto en la calidad de los servicios de salud, son las restricciones económicas que el Estado viene haciendo con este sector, a través de lo cual se desliga de su responsabilidad con la salud. Este hecho ocasiona que ésta tenga un carácter cada vez más privado, desmejorando su

cobertura y calidad, lo que trae consecuencias negativas a la calidad de vida de la población, especialmente de la más pobre y vulnerable.

Por último, aunque en las políticas de salud se encuentra la participación de los usuarios como un elemento fundamental en la gestión, aún no se articula totalmente esa relación comunidad – institución. Éste debe ser el objetivo de los programas y proyectos de gestión en salud, pues a partir de la participación de la comunidad usuaria se podrán mejorar las condiciones de salud y salud oral, por medio de procesos de sensibilización y capacitación que fortalezcan sus componentes personales hacia unas mejores prácticas de autocuidado y una correcta utilización de los servicios de salud.

4. FASE DE CONSTRUCCIÓN

El análisis categórico anteriormente realizado, deja en evidencia la confluencia de nuevos elementos incidentes en el estado de salud y salud oral de los individuos, los cuales emergen de la interacción de éste con su contexto, más o menos inmediato, que se inicia en la familia, se extiende a la escuela, y se relaciona con las instituciones prestadora y promotoras del servicio de salud. Cada una de estas instancias tiene aportes significativos para realizar, en la construcción de una cultura del autocuidado en los individuos, la cual surge como resultado del fortalecimiento de hábitos saludables, producidos a partir de una conciencia individual - colectiva y de la significancia de la salud oral dentro de la salud y el desarrollo humano.

La relación individuo – familia – escuela – servicios de salud – instituciones, es explicada en la figura 3, a partir de la cual surge una nueva propuesta de la salud oral que tiene como fundamento la teoría de la acción comunicativa de J. Habermas. **(Ver gráfica 3).**

Grafico 3

4.1. NUEVO MODELO TEÓRICO.

A partir del análisis sobre los diferentes elementos que intervienen en el autocuidado como principio esencial de la salud y salud oral, y del estado de éstos en la comunidad de niños y jóvenes usuarios del centro de salud PAISALUD de la ciudad de Manizales, surge una nueva propuesta teórica y metodológica que involucra las categorías de análisis que en un primer momento intervinieron en el estudio, como el autoconcepto y la autoestima, así como otras que fueron resultando tras la interpretación del sentir común de los entrevistados, tales como el autoconocimiento, el autorreconocimiento, la autoaceptación, los valores, el afecto, la comunicación, la participación, entre otras.

De esta manera, se propone un nuevo modelo integral de salud y salud oral, el cual puede definirse como una estrategia de cambio, que tiene en cuenta principalmente al ser humano a través contextos institucionales, culturales, sociales y políticos que intervienen en los procesos de la salud.

Desde este nuevo enfoque se concibe que para alcanzar una “cultura de la salud oral” desde las edades escolar y adolescente, es indispensable iniciar un trabajo educativo en el que intervengan principalmente cuatro actores:

1. Los niños y los adolescentes.

2. El contexto familiar.
3. El contexto educativo.
4. Las entidades de salud.

La iniciativa de trabajo debe partir de las políticas del Ministerio de Salud, las instituciones de salud, tanto EPS como IPS, en los niveles de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con estrategias comunicativas y participativas para que a través de ellas, se establezcan relaciones más humanas entre el personal de las instituciones de salud y los usuarios. Un elemento determinante en esta relación, aplicando la acción comunicativa, es el lenguaje, como mediador; éste constituye un elemento muy útil en la cohesión de los pacientes a las entidades, con características argumentativas y con efectos para la comprensión y el consenso, por tanto, es preciso utilizarlo asertivamente de modo discursivo y comunicativo para evitar la resistencia y fomentar la participación de la comunidad en los servicios de salud.

Otro elemento importante desde el punto de vista de la comunicación, es la información. Las entidades deben establecer mecanismos informativos, a través de los cuales sus usuarios conozcan los servicios existentes y la manera de utilizarlos, así como las formas de participación en la gestión de la salud.

Estos mecanismos consisten en medios escritos (revistas, periódicos, cartillas, carteleras de información), audiovisuales (videos) y orales (conferencias, talleres, etc.).

Teniendo en cuenta que dentro del modelo integral el elemento primordial es el ser humano, debe establecerse un contacto y una integración entre las entidades de salud y los contextos primarios y secundarios de los individuos, en el presente caso, de los niños y adolescentes; los cuales son la familia y la escuela.

Aquí interviene la gestión por parte de todos mediante actitudes impulsadoras para llegar al acercamiento a través del lenguaje y así llegar al consenso de las acciones más convenientes a realizar y que fortalezcan soluciones de organización como grupos eficaces y eficientes.

Esta relación se plantea con el fin de abordar los elementos psicosociales que intervienen en la salud y la salud oral como son el conocimiento, las pautas de comportamiento, el autoconcepto y ponerlas a su servicio, con el fin de promover la existencia de factores ambientales más saludables.

En la relación servicios de salud – familia estos factores se fortalecen a través de estrategias comunicativas, de la siguiente manera:

- A partir del conocimiento por medio de los procesos educativos, en los que participan todos los miembros de la familia, a través de los cuales se logra una conscientización acerca de los estilos de vida saludable.
- Desde las pautas de comportamiento, con el estímulo a la construcción de hábitos de higiene, conservación y mejoramiento de los niveles de salud, hasta que se conviertan en una forma de vida.
- Partiendo del autoconcepto; por medio del fortalecimiento permanente de la autoestima, el autoconocimiento, los valores, etc.; proceso en el cual el factor primordial es el afecto.

De la familia se espera que contribuya al ejercicio de un real autocuidado en sus integrantes, brindándoles elementos que consoliden su autonomía y autodeterminación, a través de sus múltiples funciones: socializadora, de cuidados, de transmisión de la cultura, entre otras. Este proceso puede darse en el marco de estilos democráticos de crianza, que promueva la expresión del ser individual, el autoconcepto, la autoestima, la autoconfianza, la responsabilidad, etc.

El papel de la familia en el ámbito de la sociedad, además de proveer los recursos para la satisfacción de las necesidades básicas y permitir un desarrollo físico adecuado, es aportar un sustento psicológico al individuo, para que

adquiera un concepto personal positivo, y potencie hábitos y destrezas para convivir en sociedad.

De otro lado, la relación entidades de salud – escuela debe ser entendida en términos de la participación, pues la segunda es un agente a través del cual se puede fomentar el conocimiento por parte de los estudiantes, padres de familia y docentes, acerca de las formas comunitarias de promover la salud, del cuidado del entorno, del acceso a los servicios de salud, y sobre todo, de la organización y participación en salud, los cuales son componentes novedosos y revolucionarios de las últimas tendencias de la gestión en salud.

En este punto, es fundamental hacer un reconocimiento de la importancia de la interrelación salud – educación, pero no en términos formales, sino en la realidad concreta, pues estos sectores son los más determinantes en la existencia de un verdadero desarrollo humano de la población. Por esto, ambos deben trabajar integralmente, para contribuir a una mejor calidad de vida de los individuos.

La escuela, además de fomentar la participación por medio de la formación de personas líderes, creativas y proactivas, debe construir en los estudiantes valores que sean útiles en la consolidación de su identidad, y contribuyan a la adquisición de habilidades para vivir, competencias sociales, desarrollo de la autoestima, etc, que conduzcan al establecimiento de actitudes comprometidas y responsables consigo mismos, con los demás y con el entorno.

Este modelo integra los cuatro actores mencionados desde una perspectiva sistémica, ya que concibe el proceso salud – enfermedad como una relación multidimensional y multicausal, en la cual cada subsistema (el individual, el familiar, el educativo y el de la salud) afecta y es afectado por los demás, y en que la gestión, se vuelve interviniente de la organización en este proceso, y el lenguaje el mediador de los consensos.

Por tanto, se considera que las estrategias y acciones implementadas en un nivel tendrán repercusiones en los demás, y así se iniciarán modificaciones desde lo micro hasta lo macro, tendientes a establecer una nueva cultura de la salud y la salud oral, con miras a alcanzar un mayor desarrollo humano, que a la vez retroalimente cada uno de esos sistemas.

El resultado del análisis investigativo integra la reflexión sobre el quién soy, desde el autoreconocimiento del ser (niños, niñas y adolescentes del centro de salud Paisalud), el aprender a conocer su autoconcepto y fomentar una adecuada autoestima, en cierta forma trayendo los principios filosóficos idealistas que se cuestionaban acerca del ser y el motivo de la existencia, articulado con la filosofía de Habermas, en el sentido de la acción comunicativa con la utilización del lenguaje.

Se logró que (niños, niñas y adolescentes del centro de salud Paisalud) con la aplicación del proceso de investigación social, desde la racionalidad

comunicativa, se enriquecieran, fortalecieran y humanizaran el mundo de la vida, fomentando en ellos la apertura, tolerancia, capacidad de consenso y de organización, Así como se convirtieron en autogestores y gestionarios de la salud y salud oral y en su comunidad, logrando implementar medidas para promover la salud y la salud oral y prevenir las enfermedades que les pueden afectar. En forma concluyente, la salud y la salud oral no se pueden contemplar sin dimensionar en ellas la acción comunicativa.

4.2. PROPUESTA DEL MODELO DE GESTIÓN EN SALUD Y SALUD ORAL.

Al compartir las inferencias con los participantes, en consenso se llegó a la necesidad de plantearles soluciones; las cuales dieron como resultado la necesidad de proponer un modelo de gestión en salud y salud oral, utilizando tres componentes, con referentes teóricos de las disciplinas de la administración y la economía solidaria:

Educación, Mediante talleres y charlas dirigidas a la comunidad con que se habita, para fomentar la toma de conciencia de las necesidades y problemas que la afectan, y estimular valores cooperativos. La utilización de afiches, letreros y pancartas construidas por la misma comunidad, tomándolos como una medida para su autocuidado y el de los demás. La formación de multiplicadores de saberes y líderes para que actúen en los escenarios donde

se movilizan. Formación de veedores para, procesos de seguridad, salud, apoyo económico, moral.

Desarrollo Humano, Con el ser, proyectando el individuo y las comunidades a una toma de conciencia, solidaridad y apoyo mutuo, partiendo del reconocimiento del yo, su aceptación y amor por sí mismo. Desde el sentir, recuperando en el individuo y las comunidades la afectividad. Desde el pensar, promoviendo una salud y salud oral que cuente con el querer de la comunidad. Para lograr el hacer, llevando a la acción las soluciones encontradas a las necesidades y problemas de la comunidad. Construyendo el tener, con creación de estrategias y políticas de apoyo mutuo.

Investigación, Tiene como objetivo apoyar el proceso metodológico de gestión, permitiendo develar la realidad social y cultural, pues si no hay investigación es difícil pensar y repensar prácticas para mejorar la salud y salud oral en las comunidades y no se darán saltos en la evolución del conocimiento ni en el desarrollo sociocultural, científico y técnico de el país.

En torno a lo anterior, se presenta el modelo de gestión que puede ser utilizado en salud y salud oral; presenta **características** tales como: estar articulado por los componentes de educación, investigación, desarrollo humano, fundamentado en los principios rectores de la economía solidaria, y ejecutado por mecanismos de participación, en especial las veedurías que se conforman

con los participantes y tienen como objetivo garantizar la calidad del proceso de gestión y la ejecución de las acciones en forma integrada, la realización simultánea en las diferentes partes. El modelo tiene aplicabilidad en todas las organizaciones relacionadas con la salud, donde haya preocupación por brindar salud al hombre como ser integral y a su comunidad.

Idealmente el modelo parte del análisis de un problema o una necesidad de la comunidad o grupo social, con el fin de conocer su realidad social y cultural, pues como lo refiere Guillermo Hoyos Vásquez²² “el porvenir de la humanidad al finalizar este milenio depende en gran medida del desarrollo cultural, científico y técnico, que se forja en los centros de cultura, conocimiento e investigación en que se han convertido las auténticas universidades”. Su tarea es desarrollar los diversos saberes en su especificidad e interrelacionarlos entre sí y al mismo tiempo difundirlos “al conjunto de la sociedad cuyo porvenir cultural social y económico exige especialmente un considerable esfuerzo de formación permanente”.

La determinación de las necesidades: Se puede realizar por diferentes métodos de investigación, utilizando herramientas de exploración, observación de textos y contextos que den cuenta de las necesidades, saberes, realidades

²² Referido por: HOYOS Vásquez, Guillermo. Colombia el Despertar de la Modernidad. Ediciones Foro Nacional por Colombia. Santa fé de Bogotá 1994. Segunda Edición Página 397.

simbólicas, entre otros, de la comunidad, que permitan determinar posibles causas de la situación encontrada.

Se pasa a la identificación de las variables o categorización de los problemas o necesidades, luego se debe entrar a priorizar cuál atender, según criterios de la comunidad.

El paso siguiente indica que se debe formular el proyecto, aunque el modelo permite iniciar el proceso con la organización de grupo.

Primeras acciones de intervención. En un primer momento, se organizan involucrando todo el personal participante, en torno a la prioridad seleccionada, la que se convierte en objeto de un proyecto de desarrollo comunitario; para ello se da el nombre al proyecto, el cual debe ser acorde con la necesidad a intervenir.

Luego se define la **política** a seguir, que según el concepto de Paul de Bruyne²³ “es toda línea de conducta general, seguida por un conjunto de personas o grupos que forman una misma organización, es fijar pautas que orientan y unifican los esfuerzos y prácticas a seguir por el grupo participante”. La política se debe plantear en forma comprensiva y alcanzable, con criterios de

²³ DE BRUYNE, Paul. Teoría Moderna de la Administración de Empresas. Tolle. Lege Aguilar. 1963.Lovaina. Página 244.

visión de cumplimiento en un futuro, por todas las personas participantes; ésta orienta la misión que se ha proyectado cumplir, debe ser plasmada en documento escrito y publicada a todo el personal participante.

Para orientar la acción se plantean los **objetivos** que se quieren alcanzar, definiendo el objetivo como un enunciado escrito de los resultados que se pretenden alcanzar, que sirven en un período determinado, fijando las líneas rectoras o metas a alcanzar; sirven de guía para plantear los estándares de medición y evaluación de la eficiencia y eficacia en el cumplimiento del proyecto.

Se deben formular las **estrategias** que ayuden al cumplimiento de los objetivos. Por el carácter del proyecto, una primera estrategia es considerar otras soluciones a problemas o necesidades similares en la comunidad o en otras; así como proponer el **cronograma** de actividades a cumplir en el período del proyecto, donde se debe determinar claramente los roles y los responsables, haciendo un plan presupuestal.

En el segundo momento, se tiene el planteamiento de los **indicadores** que le dan sentido al proyecto. Los indicadores sirven para medir y evaluar el cumplimiento y la gestión del proyecto en todas las acciones (se plantean según la necesidad o problema a intervenir). Y como indicador general, aproximación de el impacto del proyecto.

Acciones de organización. Con enlaces de comunicación y lenguaje, en los que se aplica la acción comunicativa de Habermas, organizando saberes desde el mundo de la vida para la vida. Bajo su propia definición: “utilizo el término acción comunicativa para aquellas expresiones (lingüísticas y no lingüísticas) con las que sujetos capaces de habla y acción asumen relaciones con intención de entenderse acerca de algo y coordinar así sus actividades. Estas actividades coordinadas comunicativamente pueden constar de acciones comunicativas o no comunicativas”²⁴. De ello se deduce que dentro de las acciones de comunicación esta implícito la crítica social, que ayuda al grupo a participar en la toma de decisiones para mejorar las acciones a realizar dentro del proyecto.

De otra parte se debe tener en cuenta dentro de las acciones de organización todo lo relacionado con la logística.

Acciones de Dirección con los Grupos. Buscan organización y dirección de los integrantes de la comunidad. Dentro de las acciones de dirección se tienen:

Mecanismos de participación. Con la Constitución Política de 1991, los colombianos cuentan con mecanismos de participación que fueron elevados a

²⁴ Documento CINDE: Módulo de Epistemología, Primera Parte: Fundamentos de la Investigación en Ciencias Sociales. Artículo de EN Hoyos Vásquez G. La teoría de la acción comunicativa y las ciencias de la discusión. Bogotá 1996. Página 196

ley de leyes, en lo administrativo (derecho de intervenir en procesos administrativos, derecho de petición de intervención, derecho de petición de información, entre otros), judicial (acciones de tutela, de cumplimiento, acciones populares y de grupo, entre otros) y político (el cabildo abierto y la consulta popular). Los participantes en este modelo de gestión pueden hacer uso de los mecanismos de participación puestos a disposición por la ley. Acorde con el planteamiento se observa que los más utilizados serían las acciones populares, como medio para la protección de los derechos e intereses colectivos; y las acciones de grupo, dado que éstas son acciones interpuestas por un número plural de personas que reúnen condiciones uniformes respecto de una misma causa que les originó perjuicios individuales.

Equipos efectivos de trabajo. El modelo de gestión en salud y salud oral utiliza equipos efectivos de trabajo, comprometidos con los objetivos de los proyectos a realizar, bajo la premisa de que el ser humano no se desarrolla solo, vive en comunidad, necesita de los otros para vivir y alcanzar las metas personales, familiares, comunitarias y organizacionales.

Los proyectos de gestión en salud requieren de esfuerzos coordinados, aprovechamiento de las capacidades de cada uno de los integrantes.

En estos equipos de trabajo se deben promover la comunicación, cooperación y valores como la tolerancia, el respeto, solidaridad, que fomenten las buenas

relaciones para contribuir y garantizar la calidad y efectividad del proceso. Equipos que se caracterizan por compartir un liderazgo, responsabilidad y objetivos colectivos.

Liderazgo motivacional. En cada proyecto a realizar se necesita formar un mayor número de líderes positivos, que estén en capacidad de fomentar un autoconcepto adecuado y estimular la autoestima, la autonomía y la autogestión para que desarrollen sus propias potencialidades y las del grupo; ello quiere decir que para la gestión en salud y salud oral se requiere de seres humanos capaces de tomar decisiones, de actuar con autonomía y responsabilidad no sólo en lo que toca con su actividad, sino además en lo que le corresponde a su salud - salud oral y la de su grupo. Lo anterior significa que el liderazgo para los participantes es permitir que ellos mismos sean líderes de sus propios procesos de calidad, salud – salud oral y bienestar.

Comunicación efectiva. En el modelo es entendida como un proceso en el cual los participantes interactúan consciente o inconscientemente en las preocupaciones, percepciones, afectos, sentimientos e ideas y actuaciones de la comunidad; mediante la utilización del lenguaje, buscando más satisfacción en el colectivo. Como requisito en este proceso se requiere que el proceso sea comunicativo, participativo y discursivo, lo que lleva a buscar y encontrar soluciones a las necesidades y al cumplimiento de los objetivos.

Seguridad basada en valores. La seguridad personal depende del autocuidado, basado en la promoción de la salud y salud oral y prevención de las enfermedades.

La salud en términos de valor significa bienestar – salud – vida feliz, quiere decir armonía del ser en todos los aspectos, físico, psicológico, laboral, sociocultural, político, espiritual y ambiental; de este modo se tiene que en el modelo de gestión en salud y salud oral se requiere de la seguridad para vivir y disfrutar del bienestar al que todo ser humano tiene derecho; contribuyendo a potenciar el autoconcepto, autoestima, amor por sus congéneres, que lo lleva a autocuidarse y cuidar a los demás.

Como complemento de los valores se destaca el tener en cuenta que el colectivo presenta valores individuales, los de cada persona, y valores colectivos, los de la comunidad, lo que es necesario armonizar para evitar los conflictos interpersonales.

Con una buena seguridad se contribuye a mejor calidad de vida; ésta se alcanza con la satisfacción de las necesidades o los factores de necesidades.

Salud y salud oral a partir de orientaciones de la economía solidaria. La Constitución Política de 1991 tiene una serie de artículos referidos a organizaciones asociativas – solidarias de interés social y de propiedad

colectiva, dentro de ellos se encuentran: el derecho a la salud, el saneamiento ambiental, derechos de asociación y gestión, entres otros.

Con el fin de colocar más acorde el derecho de asociación con la nueva Carta fundamental, el gobierno nacional expide la Ley 454 de 1998 que modifica la Ley 79 de 1988; en la cual se expresan los principios de la economía solidaria, principios que son los rectores de las acciones en salud y salud oral; éstos son:

- El ser humano, su trabajo y mecanismos de cooperación, tienen primacía sobre los medios de producción.
- Espíritu de solidaridad, cooperación, participación y ayuda mutua.
- Administración democrática, participativa, autogestionaria y emprendedora,
- Servicio a la comunidad, entre otros.

La economía solidaria tiene su filosofía, que se fundamenta en los elementos tomados de la filosofía cooperativa y adoptados como si fueran propios de las concepciones solidarias.

Acciones de control y seguimiento. Las acciones de control y seguimiento provienen de la vigilancia y control de las veedurías, las cuales deben servir para reforzar y/o reformular las primeras acciones de intervención, de organización y dirección. En este momento se evalúa el cumplimiento de los

objetivos y la solución al problema, de lo contrario, se busca una nueva alternativa de acción.

Segundas Acciones de Intervención o Recategorización, Con la sistematización de la información, la comunidad inicia la búsqueda de nuevas alternativas de acción, para el problema o necesidad sin satisfacer, o reformula el problema o necesidad persistente, o empieza a actuar sobre una necesidad diferente, siguiendo los parámetros establecidos.

El modelo termina con las conclusiones del proceso y el informe de gestión en salud y salud oral. (Ver gráfica 4.).

GRAFICA 4. GESTION

BIBLIOGRAFÍA

ARANGO, Martha et al. *Informes sobre las bases conceptuales del proyecto y el modelo emergente que responde al desarrollo social*. Parte 1. Medellín 1983.

AUSUBELL, D. y SULLIVAN, E. El desarrollo infantil (Parte II). Página 53. Paidós Barcelona 1983.

Constitución política de 1991:

Editorial Temis S.A. Santafé de Bogotá D.C. 01, 1991.

COOPERSMITH, S. The antecedents of self steem. San Francisco: H. Freeman. 1976.

DE BRUYNE, Paul. Teoría Moderna de la Administración de Empresas. Tolle. Lege Aguilar. 1963.Lovaina. Página 244.

Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Sociales de Salud. La Salud Bucal.

Organización Panamericana de la Salud. HSD/SILOS-22.1993

De ANDA Natividad. Helping Children develop healthy self-concepts, far west laboratory for educational research and development.

San francisco, 1975, p 157

ESCOBAR, A. Una reconceptualización sobre el autoconcepto. EN Documento CINDE. Medellín: 1980, p.16-17.

ERIKSON, E. Infancia y sociedad. Buenos Aires: Horme, 1976.

FITTS, W. Manual for the tenesse self concept scale. Nashville: Appleton Century- crofts. 1965.

FREUD, S. Esquema de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidos, 1938-1940 (Biblioteca de psicología, XXI).

FROMM, Erich. La Condición Humana Actual. Paidos, página 101. 1994.

FOUCAULT, Michel,. Las Tecnologías del yo. Paidos, página 55. 1998.

GERGEN, K. The concept of self. New York: Holt, Rinehart & Winston Inc, 1971.

GILLESPIE, G. y YEPES, P. Salud Oral, componentes de los sistemas básicos de la salud. OPS. 1990.

GONZALES, Luis. Desarrollo Humano y Trabajo Social. CONETS, 1997. Páginas 42-43.

GORDON, I.J. El maestro y su función orientadora. En: Una reconceptualización del autoconcepto, Alfredo Escobar. Página 20. Medellín 1980.

HABERMAS, Jurgen. Teoría de la acción comunicativa. Madrid. Taurus. 1987. Tomo I.

HERAZO, B. Morbilidad Bucodental colombiana. Universidad Nacional. Bogotá 1995.

HERNÁNDEZ, S. Y RODRÍGUEZ. Introducción a la administración. Un enfoque teórico-practico. Mc Graw Hill. Mexico. 1997.

HORNEY, K. Neurosis y Madurez. La lucha por la autorrealización: Buenos Aires: Psique, 1973

HOYOS Vásquez, Guillermo. Colombia el Despertar de la Modernidad. Ediciones Foro Nacional por Colombia. Santa fé de Bogotá 1994. Segunda Edición Página 397.

HOYOS VASQUEZ, Guillermo. La Teoría de la Acción Comunicativa y las Ciencias de la Discusión. Bogotá. Ascun. Icfes. 1996. Página 196-204. EN Documento CINDE: Módulo de Epistemología, primera parte. Fundamentos de la Investigación en Ciencias Sociales.

KATZ, S. Mc. DONALD, J. Odontología Preventiva en acción. Bogotá. Médica panamericana, 1990

Ley 10 de 1990, diario oficial.

LA BENNE, W.O and Grenne, B.I. Educational Implications of self Concept Theory. En: Una reconceptualización sobre el autoconcepto. Alfredo Escobar. Página 18. Medellín 1980.

McGUIGAN, J. Psicología experimental. México: Trillas. 1974

MASLOW, A. Motivación y Personalidad. New York: Harper y Row Publicaciones. 1970.

MAX- NEEF, M. Desarrollo a Escala Humana. Proyecto 20 Editores. Medellín 1997. Página 44.

Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal. Santafé de Bogotá. 1996.

MIARNAU, A. Historia anecdótica de la Odontología. Salvat Editores. 1945.

MONROY, M. Perfil del autoconcepto en jóvenes farmacodependientes de un hogar carente de figura paterna. Tesis de licenciatura. UNAM: Facultad de psicología.1987.

Ortodoncia de Begg. Teoria y técnicas. Editorial Revista Occidente. Madrid .1973

PÉREZ Mitre, G. Autoestima: Expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. Rev. Asoc. Latinoamericana. Psicología Social #1, páginas 135 – 140, 1981

Plan nacional de desarrollo.1998-2002. “cambio para construir la paz”.

RAMÍREZ, C. Fundamentos de administración. Ediciones ECOE. Primera edición. Santafé de Bogotá. Julio de 1973.

Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica No. 557.

Organización Panamericana de la Salud. Washington 1996.

REIDL, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del distrito federal. Rev. Asoc. Latinoamer. Psic. Social, (1), pp.273-266.1981.

ROGERS, C. The significance of self – regarding attitudes and perceptions – the mooseheart symposium. New York: Mc Graw Hill, 1975.

ROSEMBERG, M. La autoimagen de la adolescente y la sociedad. Buenos Aires: home. 1977.

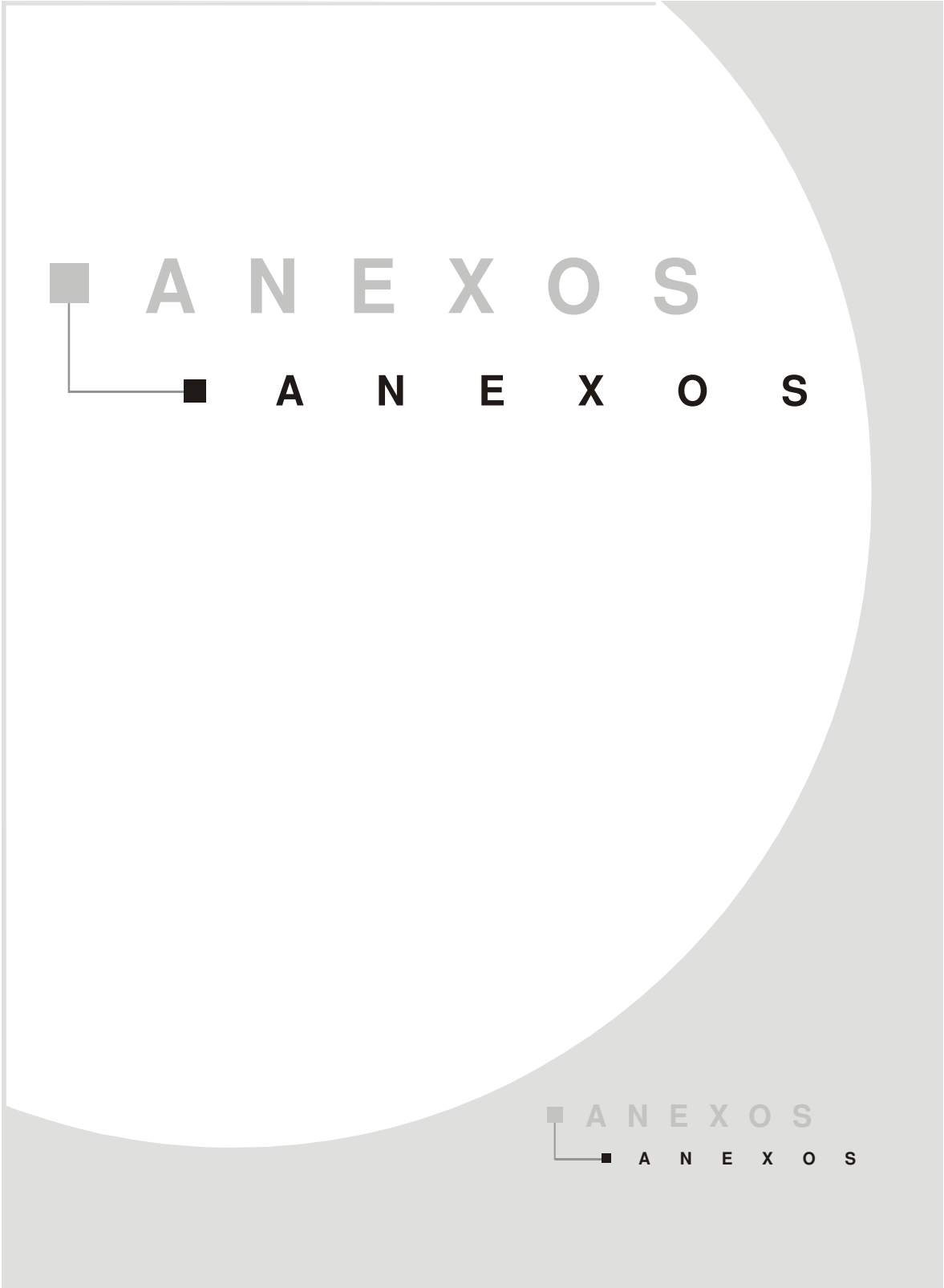
Salud y Enfermedad. Editorial Salvat, Barcelona 1975. Página 17.

Satir, Virginia. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial Pax, México 1999.

SHERIF, M y SHERIF, C. Psicología social. México: Aharla. 1969.

TAMAYO, A. Autoconcepto, sexo y estado civil. Rev. Asoc. Latinoamer. Psic. Social, (1), 1982.

TSCHIRHART, L. Y DONOVAN, M. Women and self steem. New York: Penguin Books. 1991.



■ A N E X O S

■ A N E X O S

■ A N E X O S
■ A N E X O S

ANEXOS

JUSTIFICACIÓN

Conscientes de las carencias en educación y prevención en la salud y salud oral, y del bajo impacto de los programas promocionales y preventivos de las mismas en los niños (as) y adolescentes, se pretende mediante un programa educativo concientizar en el autoreconocimiento como personas con una calidad de vida adecuada, para que muestren interés y se preocupen por la necesidad del cuidado de si mismo para lograr, así, que se conviertan en autogestores y alcancen un mejor aprovechamiento de los programas que se les brindan para el cuidado de su salud y salud oral.

METODOLOGIA

Para conocer los presaberes de los niños, niñas y adolescentes respecto al autoconcepto y autoestima, se trabajaron diversas actividades, tales como talleres en los que se incluyeron preguntas abiertas, opiniones personales; generando discusiones, retroalimentación en los conceptos antes mencionados,

apropiación de los conocimientos, dinámicas de interacción en el taller; al inicio del taller se analizaron varias ilustraciones, gráficos, audiovisuales; con estas herramientas se obtuvo en los niños, niñas y adolescentes una conciencia de autocuidado personal, integral y, al lograrlo, se hizo que con este conocimiento promovieran la salud y salud oral y aprendieran cómo prevenir las enfermedades, convirtiéndose en gestores en la salud y salud oral.

RECURSOS

Materiales:

Papelógrafo, papeles, marcadores, hojas de block, cuadernos, lápices, colores, temperas, filmadora, diapositivas.

Salón de reuniones, televisor. VHS, fotografías.

Humanos:

Niñas, niños, adolescentes.

Observadores (3).

Investigadora (1).

EVALUACION

1. Conversatorios al inicio y al final de cada taller.
2. Conceptos individuales de parte de los niños, niñas y adolescentes, en forma oral y escrita.
3. Gráficas de los diferentes temas tratados (autoconcepto, autoestima, salud, salud oral, gestión en salud y salud oral).
4. Encuesta haciendo un paralelo del comienzo y el final.
5. Mesas redondas.
6. Acrósticos.

TEMAS

1. Autoconocimiento.
2. Autoconcepto y autoestima.
3. Autocuidado.
4. Salud y salud oral.
5. Gestión en salud y salud oral.
6. Promoción y Prevención en Salud y Salud Oral.
7. Hábitos saludables.
8. Malformaciones.

TALLER 1

Logro No. 1:

Lograr que los niños, niñas y adolescentes se reconozcan a sí mismos y puedan emitir su autoconcepto.

Indicadores de Logro:

- Me reconozco como persona y como un ser en el universo.
- Reconozco las partes de mi cuerpo e identifico los elementos que lo conforman.
- Defino las partes de mi cuerpo y la utilidad de ellas.
- Grafico el cuerpo humano, ubico sus partes, y doy algunas cualidades en ellas.
- Acepto mi cuerpo tal como es.
- Doy a conocer las partes que me gustan y me disgustan de mi cuerpo.
- Me identifico con mi nombre.

TALLER 2

Logro No. 2:

Comprender la importancia de que por medio de un adecuado autoconcepto y autoestima, se valoren y logren un verdadero autocuidado.

Indicadores de Logro:

- Me gusta mi nombre y como me llaman.
- Me valoro como persona.
- Me siento bien en este mundo.
- Me siento bien como niño, niña, adolescente, hombre, mujer.
- Me siento querido en mi familia.
- Soy aceptado por mis amigos.
- Cuido mi cuerpo.
- Cuido mi salud oral.
- Cuido de mi familia.
- Cuido de mis amigos.
- ¿Cómo lo hago?.

TALLER 3

Logro No. 3:

Reconocer la importancia del autoconcepto en la salud, el tener un cuerpo y una vida saludable y a la vez tener guías promocionales de la salud y preventivas de la enfermedad.

Indicadores de Logro:

- Defino mi cuerpo saludable.
- Identifico algunas normas para tener un cuerpo saludable.
- Demuestro interés, por el cuidado de mi cuerpo.
- Valoro la salud como parte vital.
- Comprendo que mis buenos hábitos logran una adecuada salud.

TALLER 4

Logro No. 4

Reconozco la importancia del cuidado de la salud oral, manejo la salud integral de mi cuerpo.

Indicadores de Logro:

- Defino la salud oral.
- Conozco los diferentes componentes de la boca.
- Conozco los diferentes componentes de los dientes.
- Comprendo que al alterarse la salud de mi cavidad oral se altera la salud de mi organismo.
- Practico hábitos para mantener mi salud oral. ¿Cuáles?.
- Demuestro interés en mi cuidado oral y presentación personal.

TALLER 5

Logro No. 5:

Identifico la importancia de reconocermelo como persona, aceptarme y quererme a mi mismo para cuidar mi salud y salud oral.

Indicadores de Logro:

- Realizo actividades para cuidar mi autoconcepto.
- Siento la importancia de cuidar mi cuerpo.
- Soy consciente que al reconocermelo, aceptarme y quererme, logro mi autocuidado.
- Cumpro con responsabilidad los hábitos que se deben tener para el cuidado de mi salud y salud oral.
- Acepto la práctica que me permite experimentar el cambio físico producido por la falta de cuidado dental.

TALLER 6

Logro No. 6:

Comprendo la importancia de la atención en general de los programas establecidos por parte de las entidades que manejan la salud y salud oral.

Indicadores de Logro:

- Defino la atención ofrecida por las diferentes entidades de salud.
- Emito un concepto en cuanto a la calidad del servicio y a la calidad humana.
- Siento mi autoconcepto, mi autoestima, bien cuidados con esta atención.
- Manejo mi autocuidado con relación a los programas de promoción en salud y prevención de las enfermedades adecuadamente.

TALLER 7

Logro No. 7

Reconozco la necesidad de cuidarme, cuidar mi familia y mi entorno.

Indicadores de Logro:

- Demuestro interés por mi cuidado personal.
- Promuevo el cuidado de la salud y salud oral, en mi familia y entorno.
- Se practican algunos cuidados para mantener la salud en mi familia y entorno.
- Si no practico ¿Por qué no lo hago?.
- Defino el cuidado de mi entorno.

ENCUESTA FINAL

1. ¿Qué pensaste que venias a hacer, cuando llegaste aquí?
2. ¿Cómo te sentías el primer día, hoy cómo?
3. ¿Hay alguna diferencia de lo que pensabas de ti antes y después de que llegaste a los talleres?
4. ¿Qué te hacía sentir bien contigo, es lo mismo que te hace sentir bien hoy?
5. ¿Considerabas que el aceptarte como eres, hacía parte de la salud, que piensas hoy?
6. ¿Qué creías que era la salud, antes de recibir los talleres, que piensas hoy?
7. ¿Lo que piensas hoy respecto a la salud, cuerpo saludable, salud oral. ¿Tenias un cuerpo saludable?, ¿hoy que piensas al respecto?
8. ¿Te cuidabas antes de los talleres? ¿crees que lo hacías bien? ¿Mejoraste o seguiste igual?
9. ¿Has mejorado tu autoconcepto? ¿Crees que lo vas a seguir haciendo?
10. ¿Cómo cuidabas tu cuerpo antes y cómo ahora?
11. ¿Cómo cuidabas tu salud oral antes y cómo ahora?
12. ¿Estas contento(a) como se maneja la salud en tu casa, tu barrio, tu comunidad y en tu país?
13. ¿Quién debe ser el responsable del bienestar de tu vida, de tu salud y de tu salud oral?
14. ¿Qué harías para ser responsable y solidario con la salud, salud oral tuya, de tu familia y comunidad?

TALLER 8

Logro No. 8:

Manejo adecuadamente hábitos saludables, que me llevan a mantener mi autocuidado, mi salud integral.

Indicadores de Logro:

- Me alimento adecuadamente.
- Practico algunas normas para mantener mis vías respiratorias y mi cavidad oral en buen estado.
- Respiro saludablemente.
- Practico deportes para mantener mi cuerpo saludable.

TALLER 9

Logro No. 9

Descubro la importancia del conocimiento de las diferentes malformaciones que afectan integralmente al ser humano y la prevención de algunas de ellas.

Indicadores de Logro:

- Cuido y valoro las medidas preventivas para no ingerir medicamentos y drogas adversas para el organismo.
- Tengo en cuenta que un balance nutricional es básico para mantener mi salud.
- Reconozco que mi apariencia física al igual que mi autoconcepto se puede afectar por la presencia de una anomalía.

TALLER 10

Logro No. 10

Interactúo con las situaciones adversas presentes en mi familia y comunidad.

Indicadores de Logro:

- Tomo conciencia de las necesidades mías, de mi familia y comunidad respecto a la salud.
- Practico en campañas para incentivar la salud de mi comunidad.
- Desempeño un rol activo en programas de promoción en salud, salud oral y prevención de la enfermedad.