

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD BUCAL

Ybelisse Romero Méndez. Odontólogo. Especialista en Gerencia Educativa.
Doctoranda en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad. U. C.
Docente Asociado del Dpto. Salud Odontológica Comunitaria
e-mail: yberomero@cantv.net

RESUMEN

La salud bucal como un proceso social puede ser abordada desde la teoría de las representaciones sociales. Esta teoría se refiere a una epistemología del sentido común que le otorga sentido al conocimiento cotidiano, producto de las interacciones sociales. El propósito consistió en interpretar la percepción que el odontólogo tiene sobre la salud bucal. Fue un estudio cualitativo, con entrevistas guiadas grabadas y filmadas dirigidas a los profesionales, indagando sobre sus sentimientos y representaciones con respecto a la comunidad, la relación entre el ser y el hacer profesional y sus conocimientos sobre la salud bucal. La metodología empleada fue la hermenéutica, con un análisis del discurso a través de la categorización. Se entrevistaron a 20 sujetos muestras del sector público. Con respecto a los sentimientos sobre la comunidad, la categoría prevalente fue el desconocimiento de la misma; en relación a las representaciones sobre la comunidad, prevalecieron categorías de aceptación y satisfacción, y en menor proporción, la categoría de apatía; en cuanto a la relación entre el ser y el hacer del profesional, sobresalió la categoría de falta de relación entre la enseñanza y el ejercicio público; con respecto al conocimiento sobre la salud bucal, la categoría predominante fue el conocimiento sobre la salud bucal, aunque solo realizan actividades de sillón. Concluyéndose, que aún cuando se conoce que la salud bucal forma parte de la salud general, muy poco se hace para promocionarla. Se recomienda revisar el currículo universitario a fin de formar un profesional acorde a las necesidades actuales.

Palabras clave: Representaciones Sociales, salud bucal, odontólogo, hermenéutica, categorización.

ABSTRACT

The bucal health like a social process, could be boarding through social representation theory. This theory talk about a common sense epistemology, that makes mean the daily knowledge that is a social interaction production. The porpoise of the present research was knew the dentist social representation about the bucal health. It is a qualitative investigation, with guiding survey, taped and filmed. The methodology employed, was the hermeneutics with speech analysis and categorization. It was 20 subjects surveyed from the public camp. Result, in relations at community feelings the prevalent category was the knowledge of it; in relations a community representations, the predominant categories was the acceptance and satisfaction, end in a low place, the apathy category. About the relationship between the "been" and the "makes" of the professional, the category predominant was the absence relation between the teachers and the publics work. In relation the knowledge of bucal health, the predominant category was the high knowledge about it, whatever they only makes clinics work. It is concluded, although there is knowledge about bucal health is integrate of the general health, they makes few thing to promoted it. It is recommended an universitary curriculum review with the object to makes a professional according the national requirements.

Key words: Social Representations, bucal health, dentist, hermeneutic, categorizations.

Introducción

En el pensamiento occidental el problema de la salud y la enfermedad ha sido tratado desde la óptica de la enfermedad con un lente de alta resolución de objetividad, olvidándose que la salud es un componente esencial de la calidad de vida. Más aún, casi nunca se ha considerado el sentimiento y la percepción que el ser humano tiene con respecto al estado de salud y bienestar. Es por esta razón, que desde la antigüedad hasta el paradigma moderno siempre se ha concebido a la salud en función del fenómeno opuesto, *“la enfermedad”*, en tal sentido Gadamer, 1996 (1) refiere que la salud no llama la atención por sí misma.

Del mismo modo, lo relata Heráclito (2), de no existir la enfermedad la salud no se tomaría en cuenta. Ello indica, que en el pensamiento médico han existido dos grandes corrientes a través de la historia, que nos recuerdan el remoto culto diferencial entre Higia (Diosa de la Salud) y Esculapio (Dios de la Enfermedad).

A partir de 1851 se considera que la salud y la enfermedad no son dos modos que difieren esencialmente, por lo que no se pueden ver como entidades distintas que se disputan el organismo vivo, en realidad la diferencias entre ambos son de grado, así pues, la exageración, la desproporción, la discordancia de los fenómenos normales constituyen el estado de enfermedad (3). En tanto, la enfermedad representa el lugar predilecto del profesional de la salud, el cual está acostumbrado a enfatizarlo y a profundizarlo. No obstante los límites entre los términos Salud-Enfermedad no siempre son obvios y de hecho, las concepciones más integrales tratan de superar esta dicotomía.

El proceso salud-enfermedad bucal no escapa a estas determinantes, generalmente las discusiones que sobrevienen sobre este proceso

en Latinoamérica, están selladas por el desarrollo de referenciales científicos tecnológicos, exportados en su mayoría de países desarrollados, y que por muchos años enfatizaron sobre el objeto de estudio enraizado en la enfermedad (4). Estos referenciales científicos en su mayoría se obtienen a través del uso de técnicas cuantitativas, enmarcadas en el paradigma positivistas que no consideran los aspectos sociales que emergen del “ser” como profesional, ni reconocen el impacto socioepidemiológico significativo que surge del “hacer” de la profesión.

Se define al proceso salud enfermedad bucal, como un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y producen la aparición de riesgos, que se manifiestan en forma de perfiles epidemiológicos de salud bucal (5).

Entender al problema de salud enfermedad bucal como un proceso social, no solamente tiene consecuencias para la investigación, sino también para el profesional de la odontología, ya que existe un patrón cultural de la salud y enfermedad bucal que se conoce como el perfil de representación social del proceso salud enfermedad.

Si bien la literatura odontológica ha producido una gran cantidad de trabajos dirigidos a esclarecer la conducta del individuo con respecto a su salud bucal, han sido muy pocas las investigaciones que tratan de descifrar el pensamiento del profesional de la odontología. Para poder entender sus pensamientos, es necesario conceptualizar a la salud bucal, en este sentido, se entiende a la salud bucal como un componente integral del estado de salud general del individuo o grupos sociales, que a su vez están determinados históricamente y socialmente (6,7).

Nuevas tendencias en el abordaje de la Salud Bucal

En este marco de ideas Almeida y col (8) afirma, que el advenimiento del paradigma microbiano en las ciencias básicas de la salud representa un gran refuerzo para el movimiento sanitarista, redefiniendo las directrices de la teoría y la práctica de la salud social en el mundo occidental, con reorientaciones post-positivistas que se caracterizan por:

1. Relacionar las Ciencias Naturales con las Ciencias Sociales: Se reconoce como la oportunidad para establecer las premisas de un dialogo entre las formas de acercamiento de las Ciencias Naturales con las Ciencias Sociales, asociando saberes y estableciendo contactos íntimos entre las vertientes epistémicas; sobretudo en el campo de la salud bucal, con la finalidad de mantener o recuperar la salud humana, pensando en los fenómenos morbosos como procesos que van más allá de una perspectiva médica y clínica.

Las Ciencias Sociales ha estado relacionada con las ciencias médicas en Latinoamérica desde comienzos del siglo XX, modificándose al pasar el tiempo por los cambios dinámicos de las poblaciones y por ende de la comunidad científica. (9). Mientras que las Ciencias Médicas y la salud en América Latina, ha estado dominada por las corrientes científicas positivistas, sobretudo después de la Segunda Guerra Mundial, donde el mundo anglosajón imperó sobre el conocimiento científico, convirtiéndose el inglés, en el idioma científico oficial. Las Ciencias Sociales han tenido una orientación Europea humanística, con predominio del pensamiento filosófico, reflexivo y teórico (10).

El objeto de estudio de las Ciencias Sociales se ha caracterizado por ser la *"realidad social"* (11). Entendiendo que la realidad social avanza, crece,

decrece y se desarrolla, en tal sentido se debe construir el objeto de estudio a partir de la *"vida diaria"*, a fin de entender los fenómenos sociales.

Ahora bien, el estudio de la salud bucal, como integrador de las Ciencias Naturales se ha caracterizado por ser empírico, aplicable y exacto, aún así no ha podido solucionar la problemática de la salud bucal en Venezuela. Es por eso que en la actualidad, se ha buscado la integración con todas las ramas que conforman las Ciencias Sociales como Sociología, Psicología, Antropología, Geografía y la nueva Psicología Social, tratando de solucionar los problemas cognitivos, éticos, estéticos y políticos que se encuentran inmersos dentro de la problemática de salud bucal (12).

En tal sentido, la salud como un fenómeno social puede ser analizada de la siguiente forma.

Cuadro Nº 1

La Salud Bucal como un Fenómeno Social

<ul style="list-style-type: none"> • Al proceso Salud-enfermedad bucal como un proceso histórico social, desde un punto de vista Antropológico y Sociológico, en donde las patologías bucales no sean observadas sólo a nivel individual, sino también desde la óptica socio-cultural.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de salud bucal, a nivel de la sociedad con la finalidad de enfrentar las dificultades en los sistemas de atención, desde la óptica comunitaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Deconstruir las estructuras sociales, las expresiones de poder médico y los saberes dominantes, a fin de buscar la transformación radical de la sociedad con respecto a la salud, así como también de los sistemas de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el conocimiento de los individuos como representantes de una sociedad en cuanto a la salud bucal, con la finalidad de ampliar sus capacidades personales y comunitarias en el sentido de crearles aptitudes para autogestionar su salud bucal.

Fuente: Propia

A través de las ciencias sociales se debe retomar la orientación humanística que se ha perdido en el área de la salud bucal, como un asunto conceptual y ético, llevando a cabo una praxis con ingenio y amor. Considerando que el sistema estomatognático no es un problema del área odontológica, sino que también les atañe a las Ciencias Sociales como un campo que tiene la capacidad de mantener y recuperar el estado de bienestar.

2. Uso de Metodología Cualitativa: Otra tendencia posmodernas es el uso de una metodología cualitativa con la finalidad de explorar, en este sentido se deben desarrollar estudios de campo y conocer las realidades epidemiológicas y la concepción cultural e histórica de las enfermedades bucales (13).

A través del uso de la investigación cualitativa, que es la investigación clásica de las Ciencias Sociales, se pretende contribuir a la eficacia de los sistemas de salud bucal, identificando las necesidades de la población, con la finalidad de

mejorar y comprender las dificultades que enfrenta la atención bucal, a través del estudio de las representaciones sociales, la hermenéutica, historias de vidas, entre otras (11).

Por supuesto el proceso salud enfermedad bucal, como evento de la vida no puede darse fuera de esta realidad, por lo que son considerados elementos constitutivos de este proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura, dándole una característica de historicidad. Este proceso se siente y se interpreta tanto por el individuo sano, por el enfermo y por el profesional de la salud que explica y modifica dicho proceso. Sin abandonar las investigaciones biomédicas con orientaciones cuantitativas, ya que muchos datos pueden ser interpretados a través de los análisis estadísticos y el uso de variables.

3. Orientación Microsocial: Además entre las tendencias posmoderna, se tiene que los estudios de salud deben tener una orientación microsocial, sin olvidar que acontecimientos

mundiales afectan los problemas sociales, porque se vive en una sociedad global (14).

Es fácilmente notorio que los grandes intelectuales del Tercer Mundo, se consagran a imitar y fomentar doctrinas de otras culturas, creencias y costumbres, generalizándolas a otros mundos, por lo que no se puede esperar ningún impulso educativo razonable, como sugiere Jamenson (1996) (15). Es por eso que muchas políticas, técnicas e instrumentos de salud que son exportadas de otros mundos más desarrollados, no están en capacidad de solucionar la problemática del sistema estomatognático dentro del contexto sociocultural de los países subdesarrollados o en "vías de desarrollo".

En los países del Tercer Mundo hay que dirigir los esfuerzos colectivos a satisfacer las necesidades básicas, por lo que hay que abandonar los ambiciosos proyectos macroestructurales de industrialización y concentrarse en los factores microsociales como el mejoramiento de vivienda, salud, alimentación y seguridad social (16).

Propósito de la investigación

La percepción social de la odontología como una ciencia, va desde la impresión que recibe el individuo, su familia, la comunidad y la sociedad, así como la percepción que tienen los propios profesionales de la salud bucal sobre la misma. En este marco de ideas, el propósito de la investigación consistió en interpretar la percepción que el odontólogo tiene sobre la salud bucal. En este sentido surge el concepto de representaciones sociales.

Teoría de las Representaciones Sociales

Considerando a la salud como un proceso explícitamente social, se retoma la vertiente

moderna de la investigación psicosocial, englobada bajo el rubro de psicología social crítica, conocida como "Representaciones Sociales". Aún cuando este término, ha sido abordado clásicamente por la Psicología y la Filosofía, toma vigencia con el psicólogo Serge Moscovici, (17) al publicar su tesis doctoral *La Psychanalyse: son image et son public* (1961), comenzando la época moderna de la Psicología Social.

Si bien, fue Durkheim en 1898, el primero que habló de "*representación colectiva*" en el campo de la Sociología, y las consideraba universales, impersonales y estables, como los mitos, las religiones, el arte, entre otras; Moscovici (18) influenciado por este autor, retoma el concepto y lo reelabora haciendo una articulación formal de las representaciones sociales como teoría y método en la Psicología Social, en la década de los cincuenta.

Se definen a las Representaciones Sociales como la suma de las representaciones de los individuos que componen una sociedad donde prevalece lo social sobre lo individual. Son conjuntos dinámicos que producen un nuevo comportamiento, guiándolo y remodelándolo, con características dinámicas, cambiantes y no compartidas, diferenciándolas de las "*Representaciones Colectivas*".

El investigador inglés Farr, 2003 (19), gran difusor de las representaciones sociales, afirma que "*una representación es social*", si ha estado en una o más mente, el punto clave es como ésta sale de la mente de uno y es tomada e interpretada por otro, ya que el objeto de estudio circula en la sociedad.

Por lo que, las representaciones sociales, consisten en la percepción mental de la realidad que transforma los objetos sociales como el odontólogo y su contexto, en categorías

simbólicas (valores, creencias, ideologías), confiriéndole un estatuto cognitivo y que interviene en la conducta de los niños, como el cuidado de su salud bucal, enmarcado en las interacciones sociales; y como un sistema teórico emergente todavía trabaja por convertirse en una tradición de investigación.

Desafortunadamente, es una teoría poca extendida, o si bien desconocida, y muy poco empleada y en ocasiones deformada. Las nociones fundamentales a principios del Siglo XX de la Psicología Evolutiva Piagetiana y la Escuela de Ginebra sirven como antecedentes, al establecer, que el surgimiento de las representaciones (20)

Tratándose entonces, de una disciplina crítica con sentido histórico social, cuyo comportamiento va a estar marcado por:

- a) Las condiciones de circulación de las representaciones sociales (intercambios de saberes, de experiencias, vivencias).
- b) Funciones sociales (construcción de una realidad, lo que piensan, desarrollo de una identidad personal, construcción de conocimientos).
- c) Las condiciones de comunicación de las representaciones (medios formales como libros, periódicos, informales, imágenes). Esta última ha permitido la vulgarización del conocimiento científico, formando el bagaje intelectual del hombre común, actuando favorable o desfavorablemente a la asimilación de conocimientos, y determinan el comportamiento del individuo ante una enfermedad en cuanto a su manejo y atención (21).

La divulgación del conocimiento científico al sentido común, socializa a la ciencia. Genera interpretaciones y actuaciones en las conductas

de las personas al encararlas activamente, ya que una representación *“habla como muestra y comunica como expresa”*. Conceptualizado de esta forma lo interpreta, como una forma de apropiarse del mundo exterior por medio de la transformación del conocimiento indirecto en un conocimiento directo, elevándolo al mundo de la conversación y dándole sentido a la sociedad y al mundo al cual pertenecen. Constituyendo esto la Filosofía de la experiencia indirecta o de la observación.

Aunque las representaciones son siempre *“la representación de alguna cosa por alguien”*, o *“una representación de algo”*, estas van a estar influenciadas por la historia y las creencias religiosas culturales y políticas del contexto social dominante, en donde se desenvuelven los individuos; permitiendo comunicarse, integrarse y establecer una relación de cotidianidad que deja huellas de una sociedad a otra, reconstruyendo.

Con base al pensamiento cartesiano, el conocimiento es siempre conocimiento de un objeto por parte de un sujeto; conocimiento que se produce gracias a las *representaciones* que del objeto, el sujeto forja en la *mente*. Esta idea es vital, ya que en gran parte de la teoría de las representaciones sociales, aún se juega con la noción de la mente como ese escenario interior donde habitan las *representaciones* de objetos exteriores (22,23).

Es justamente, en este espacio epistemológico donde surge la poderosa metáfora de la mente como espejo de la naturaleza; el conocimiento se configura como un acto pasivo de contemplación, es un mirar algo por parte de alguien. Es a raíz de esta experiencia y conocimiento contradictorio, lo que permite el tipo de discurso colectivo que crea, lo que se llamaba en esa época el *“conocimiento ordinario y sentido común”*.

El constructo de las representaciones presenta tres dimensiones: la información transferida, la imagen percibida y la actitud respondida, contribuyendo en el proceso de formación de las conductas con transformaciones cognitivas que orientan las relaciones colectivas (24,25).

Bajo esta perspectiva teórica pueden ser analizados una vasta gama de fenómenos, fenómenos que, dicho sea de paso, no son exclusivos de la psicología social y que ahora más que nunca se imponen como materia de análisis de cualquier estudioso que tenga en la curiosidad y en la duda sistemática sus asideros preferidos. Desde esta óptica. La percepción de la salud bucal del profesional de este campo puede ser analizada a través de las representaciones sociales.

Metodología:

La presente investigación está centrada dentro del paradigma cualitativo, con un enfoque hermenéutico, ya que se van a interpretar las representaciones sociales de la salud bucal, como una unidad de análisis, indagando sobre la naturaleza profunda de sus realidades, estructura dinámica, comportamientos y manifestaciones; a fin de poder intuir la esencia universal de la percepción de la salud bucal en los profesionales del área, del medio urbano y rural.

Dilthey, (26) un gran exponente de la hermenéutica, la define como "*proceso por medio del cual conocemos la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles, que son manifestaciones*". Con respecto a esta definición, Martínez manifiesta que la misión de la hermenéutica es descubrir el significado de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos y en general el comportamiento humano, pero conservando su singularidad en el contexto que forme parte.

Cada significado representa un dato, de modo, que este método cualitativo se hace imprescindible cuando el fenómeno a estudiar se presta a múltiples interpretaciones (26), como es el caso de la salud bucal. La comprensión de los significados es el punto clave de la interpretación, que se logra captando los sonidos, la entonación de las palabras, visualizando los gestos, percibiendo las intenciones y actitudes.

Orden metódico

1. Se accedió a la comunidad odontológica, a fin de lograr una mejor relación con los profesionales.
2. Se seleccionaron 20 sujetos muestras que ejercen en el sector público de las zonas de San Diego y San Joaquín en el Estado Carabobo.
3. Se firmaron los consentimientos informados donde los profesionales aceptaban ser entrevistado, respetando la confidencialidad de las entrevistas.
4. Se recogió la información a través de entrevistas focalizadas, anotaciones de campo, grabaciones, filmaciones y fotografías, desde el primer contacto.
5. Se sistematizó el material recolectado a través de transcripciones, y posteriormente se procedió a la categorización y estructuración individual y general.
6. Se analizó la información recolectada a través de un análisis del discurso, para luego contrastarla y teorizar al respecto.

1) Acceso a la comunidad

Se accedió a la comunidad laboral, donde se impartió una charla informativa, con el objeto de informarles sobre la investigación a realizar y si

quería participar en la misma. La comunidad representa el lugar donde se adquiere la información, y retomando las palabras de Martínez (26), “*la información hay que buscarla donde está*”. Es menester del investigador, saber a donde ir, así como, reconocer con quien hablar. Se sugiere una actitud de ingenuidad por parte del investigador, esto le garantizará ver cada parte del fenómeno como si fuera nuevo y no familiar, por tanto, potencialmente significativo. Generalmente los datos menos comprensibles, resultan ser los más significativos.

2) Consentimientos informados

Una vez que los profesionales accedieron a su participación, se procedió a la firma de los consentimientos informados.

3) Selección de los informantes

En la investigación cualitativa la escogencia de los informantes es de gran importancia, ya que de su correcta comprensión dependerá el significado de la investigación, el ideal es que la unidad de análisis represente de mejor manera al grupo, a fin que proporcione mayores ventajas en relación al objetivo de la investigación. En tal sentido, la muestra empleada fue en este estudio fue de carácter intencional homogénea (26), ya que se escogieron a profesionales del sector público del Estado Carabobo, reduciendo de tal manera la variación. Es decir, fue una muestra comprehensiva, ya que se hizo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos, explotando al informante clave. Se escogieron como sujetos muestra a ocho (8) profesionales que hayan trabajado en el área de estudio por más de un año, de manera que conserve características particulares de su contexto.

4) Recolección de la información

Entrevista a profundidad: La entrevista es un instrumento metodológico de la investigación

cualitativa, que según Martínez (26), tiene una gran sintonía con esta corriente epistemológica, la cual debe grabarse y ser complementada con otras técnicas de recolección, como las anotaciones y captaciones de imágenes móviles o estáticas. De tal forma que se llevó a cabo una entrevista focalizada a profundidad indagando sobre la salud bucal. La entrevista fue grabada y filmada, siendo ambas herramientas de gran utilidad, porque permite escuchar la acentuación de ciertas frases o palabras, el timbre y el tono de la voz, además de visualizar los gestos y expresiones corporales.

Esta técnica metodológica se desarrolló en forma de diálogo coloquial, donde se contemplaron una serie de preguntas y repreguntas que guiaron el proceso con el propósito de describir el mundo vivido en torno a la salud bucal, a fin de obtener interpretaciones fidedignas del significado de la misma, las cuales e como recomiendan Stauss y Corbin, (27), se realizaron sencillas en el inicio y ha medida que se avanzaban se fueron haciendo más complejas y profundas. Cada entrevista se completó, hasta el momento en que se saturó la información.

5) Sistematización del Material

El material recolectado se sistematizó en formas de categorías. Las categorías representan la descripción o expresiones que mejor describen ciertos atributos o propiedades. Strauss (28) plantea que la categorización debe usarse para abrir la indagación y pasar a la interpretación. Consiste en el proceso de clasificar, codificar y jerarquizar la información, apoyándose en frase textuales, analizando minuciosamente el lenguaje.

En este sentido se indagaron sobre los siguientes ítems, y se rastrearon las categorías emanadas de los mismos:

- I *Sentimientos del profesional:* se indagó sobre como sus sentimientos y relaciones en la comunidad, y como siente su labor.
- II *Percepción del profesional sobre la comunidad:* se rastreó sobre la percepción que el profesional tienen sobre la comunidad y como cree él que ésta lo percibe, así como, sus logros en la misma.
- III *Relación entre el ser y el hacer del profesional:* se exploró sus actividades en la comunidad, en el área clínica y la relación entre la enseñanza universitaria y su quehacer en la comunidad
- IV *Conocimientos sobre Salud Bucal:* se escudriñó sobre sus conocimientos sobre la salud bucal, como y en donde la logra.

6) Análisis de la información recolectada

Las categorías se interpretaron a través de un análisis del discurso. El análisis del discurso consiste en la interpretación del discurso hablado o escrito como una forma de práctica social, ya que sugiere una relación dialéctica entre un suceso discursivo en particular y las situaciones, instituciones y estructuras sociales que lo enmarcan. A través de esta técnica de análisis se pueden estudiar situaciones concretas y extensas de interacción social (29).

Resultados

La explicación de un fenómeno concreto como la salud bucal desde un punto de vista social, requiere de una gran cantidad de argumentos que sustente esta aseveración dentro de su propio contexto. Partiendo del punto que el individuo es un ser social y dinámico que establece una serie de relaciones con el mundo visible, la naturaleza, sometiéndola y transformándola a fin de adquirir los beneficios de la misma, y con otros seres humanos, genera una relación biológica social.

Esta relación es la que permite el desarrollo del individuo dentro del colectivo.

Esta misma relación, es la que va a determinar las respuestas del sujeto con respecto a cualquier evento social que ocurra a lo largo de su existencia. A lo largo de la historia se han producido una serie de trabajos que explican la respuesta del sujeto con respecto a su salud bucal, pero muy pocas investigaciones han estado dirigidas a conocer la percepción del profesional del campo de la salud bucal.

Con respecto a los sentimientos sobre la comunidad, la categoría prevalente fue ausencia de sentimientos fraternales por el desconocimiento de la misma, sin embargo se sienten bastante orgullosos de su labor, la cual está representada por el "hacer profesional", olvidándose del "ser".

En relación a las representaciones sobre la comunidad, prevalecieron categorías de aceptación y satisfacción, y en menor proporción, la categoría de apatía; con respecto a sus logros de la misma solo se refieren a los logros del área clínica.

En cuanto a la relación entre el ser y el hacer del profesional, sobresalió la categoría de falta de relación entre la enseñanza y el ejercicio público, así como también, refieren que sus actividades están limitadas al área clínica.

Con respecto al conocimiento sobre la salud bucal, la categoría predominante fue el conocimiento sobre la salud bucal, aunque solo realizan actividades de sillón, dejando de un lado la promoción y la prevención en las comunidades.

En cuanto a la percepción del odontólogo se denota que está perneada por la heterogeneidad de conocimientos, creencias y actitudes,

consolidadas con sentimientos de satisfacción, ya que todos los entrevistados manifestaron que estaban orgullosos de su profesión y que la seguirían ejerciendo, no obstante, refirieron que les gustaría llevar a cabo actividades en la comunidad a fin de influir positivamente en los factores sociales que intervienen en el campo de la salud bucal.

Concluyéndose, que aún cuando salud bucal contempla aspectos evidentemente sociales, generalmente ha sido catalogada como un proceso eminentemente biológico, y aún cuando se conoce que la salud bucal forma parte de la salud general, muy poco se hace para promocionarla. Por tanto se recomienda revisar el currículo universitario a fin de formar un profesional acorde a las necesidades actuales, que tenga la capacidad de promocionar la salud e influya positivamente en los indicadores socio-epidemiológicos, impactando en la calidad de vida del sujeto.

A Título de Conclusiones

Se requiere desesperadamente asumir una posición crítica que trate de desestructurar los sistemas de atención odontológica dominantes, decodificar la voz de los grandes dominadores, modificando contenidos y destrezas, así como también, construir una episteme en la salud bucal que transite en la era de la posmodernidad. y que permita solucionar la problemática de salud bucal del país.

En este marco de ideas el profesional del área odontológica, se convierte en un profesional comprometido, capaz de agenciar un sistema de atención libre de injusticia social, rompiendo paradigmas tradicionales y con la capacidad de construir una historia como diálogo entre la pluralidad de voces, integrando a la población excluida, a fin de mantener el desarrollo humano sostenible.

Lo que se espera con esta teoría, es rehabilitar en el profesional de la salud bucal el conocimiento corriente que está enraizado en la lengua y la vida diaria. Conocimiento que se difunde desde el conocimiento científico hacia el corriente, formando nuevas representaciones a partir de las anteriores. El rescate del conocimiento popular y cultural hace que “*el sentido común*”, se convierta en la “*ciencia puesta al común*” al alcance de los profesionales con el objeto de impactar positivamente en la calidad de vida de las comunidades desatendidas o mal atendidas. De manera que reconozca el sistema lógico del pensamiento social dado por lo imaginario, lo simbólico, lo ilusorio.

De tal forma, se debe asumir a la problemática bucal con una orientación pluriparadigmática, conjugando el paradigma de las Ciencias Sociales con el de las Ciencias Naturales, tendiendo a la “*transdiscipliniedad*”, creando una nueva disciplina que conjugue los puntos comunes de ambas disciplinas, desestructurando de esta manera el modelo fragmentado de las *Ciencias Naturales*.

Se podría decir que con este enfoque sociológico se logra una mayor aproximación del profesional, a la problemática salud enfermedad bucal desde un punto de vista ecobiopsicosocial, ya que si se hace un abordaje a la manera socioconstruccionista, sólo en términos constituyentes y procesuales, confrontaríamos la dificultad de dar cuenta de la historicidad del proceso salud enfermedad bucal.

En este orden de ideas, “*la salud bucal como un fenómeno social*”, desde la óptica del profesional, puede ser comprendida como un problema de la sociedad, entendiendo el binomio salud enfermedad como un proceso complejo y dinámico con implicaciones epistemológicas y premisas sociológicas, donde se diseñan y aplican las políticas y procedimientos cotidianos de atención a la salud.

Finalmente el estudio de salud bucal de las comunidades se debe abordar de una manera directa e individual, ya que las grandes masas no pueden explicar con precisión los fenómenos que ocurren en las minorías. En este sentido Moscovici (30) afirma *“Hoy en día, las minorías son un componente normal de la vida social. Los estudiosos deberían mirar el mundo desde el punto de vista de las minorías y ya no exclusivamente desde el punto de vista de las mayorías de las masas unitarias, como lo han hecho hasta ahora”*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gadamer J. **El Estado Oculto de la salud**. Edit Gedissa. Barcelona España. 1996.
2. Gaarder J. **El Mundo de Sofía**. Ediciones Siruela, 50va Edición, España. 2002.
3. Leriche R. **Filosofía de la Cirugía**. Editorial Colenda. Madrid. 1951.
4. Payares C. **Es la Práctica Odontológica un Trabajo Social descontextualizado**. Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.. Medellín, Colombia. 1996. Vol. 8, N.1 Segundo semestre
5. Breihl J, Granda E. **Investigación de la salud en la sociedad**. Ediciones CEAS, Quito, Ecuador. 1982.
6. Chaves M. **Odontología Sanitaria**. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, EUA. 1962.
7. Geirenger A. **La Práctica Odontológica en Venezuela**. 1º Edición. Lfa Impresores. Venezuela. 1989
8. Almeida FN., Silva PJ. **La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica**. Centro de estudios sanitarios y sociales. Cuadernos Médicos. 1999. N° 75.
9. Briceño-León R, García V, Tovar L. **“Las Ciencias y la Salud en la modernización de Venezuela”**. En “Ciencia y Saude Colectiva”. 2003. Vol. 8, N. 1: 63-77.
10. Briceño-León R. **Tendencias das pesquisas en Ciências Sociais e Saúde em América Latina**. En Ciências Sociais e Saude. Canesqui A. M. (Comp). Sao Paulo, Hucitec-Abrasco. 1997: 31-48.
11. Fernández P. **Psicología Social Intersubjetividad y Psicología Colectiva**. En: Construcción y crítica de la Psicología Social. Montero M. (Comp). Anthropos Editorial del Hombre. Primera Edición. España. 1994.
12. Moscovici S. **El campo de la Psicología Social**. En Psicología Social. Tomo 1 y 2. Edit. Paidós. Barcelona. 1985.
13. Martínez M. **La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación**. Manual Teórico-Práctico. Edit. Trillas, Quinta Reimpresión. México. 2004.
14. Torres LT. **Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales**. Instituto de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la salud. Revista Universidad de Guadalajara. México. 2000: 35-44.
15. Jamenson F. **“Sobre los estudios culturales”**. En “Cultura y tercer mundo. Cambios en el saber académico. González, B. (Comp). Caracas Edit. Nueva Sociedad. 1996.
16. Mansanilla CF. **Tradición Modernidad y Posmodernidad**. Colección Cátedra estudios avanzados. CIPOST. UCV. Venezuela. 1999.
17. Moscovici S. **El Psicoanálisis su imagen y su Público**. Colección Temas Básicos. 1961.

18. Moscovici S. **Introducción a la Psicología Social**. Edit. Planeta Barcelona. 1979
19. Farr RM. **De las Representaciones colectivas a las Representaciones Sociale: ida y vuelta**. En: Representaciones sociales. Problemas Teóricos y conocimientos infantiles. Castorina, J. A. (Comp.). Editorial Gedissa. Primera Edición. Barcelona España. 2003.
20. Piaget J. **Seis Estadios de Psicología**. Editorial Seix Barral. Barcelona, España. 1977.
21. Jodelet D. **Seminario de Representaciones Sociales**. Centro de Estudios de la Universidad de Guadalajara, Julio. México. 1997.
22. Banchs MA. **Teoría de las Representaciones Sociales**. 1991 [Citado el 25 de Noviembre de 2006]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos10/repo/repo.shtml>.
23. Rorty, R. **La filosofía y el espejo de la naturaleza**. Edit Cátedra. Madrid. 1995.
24. Jodelet D. **La representación social: fenómenos, conceptos y teorías**». En: Moscovici, S. Psicología Social. II. Pensamiento y vida social. Editorial Paidós. Barcelona. 1993.
25. Banchs MA. **Construccionismo Social y Representaciones Sociales**. Algunos puntos de encuentro y desencuentro. Revista AVESPO XIX,2. 1996:1-10.
26. Martínez M. **Ciencia y Arte en la Investigación Cualitativa**. Edit. Trillas, Primera Edición. México. 2004:102.
27. Strauss A, Corbin J. **Base de la Investigación Cualitativa**. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Primera Edición. Edit Universidad de Antioquia. Colombia. 2002
28. Strauss AL. **Quality análisis for social scientist**. Cambrige, Reino Unido. Cambrige University Press. 1987.
29. Flairclogh N, Wodak R. **Análisis Crítico del Discurso**. En: El Discurso como interacción social. Van Dijk, (Comp). Editorial Gedissa. España. 2005.
30. Moscovici S. **El campo de la Psicología Social**. En Psicología Social. Tomo 1. Edit. Paidós. Barcelona. 1985.