

EL ESTOMATÓLOGO Y SU REENCUENTRO CON LA COMUNIDAD

Dra. Silvia M. Díaz Gómez; Dra. Edith Zaragoza Rubio; Dra. Yusimí Travieso Gutiérrez; Dr. Tomas Loret de Mola

Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se revisan aspectos relacionados con la comunidad, así como elementos necesarios al Estomatólogo para el trabajo en la comunidad. Algunas de las fuentes de datos fueron las siguientes: La Comunidad y su Estudio 1995. Recomendades, Cuidados especiasis e prevencao en Odontología 1993. Creatividad + Dinámica de grupos = ¿ Eureka ? 1992. La comunicación una herramienta imprescindible en el trabajo diario 1996. Programa Nacional de atención estomatológica integral a la población 1992. Revista de actualidad Odonto Estomatológica Española No. 434 1994. Los datos de los artículos revisados se insertan de acuerdo a los diferentes acápite: Comunidad, la familia y su influencia comunitaria, educación, comunidad y salud. Esta revisión nos permitió profundizar en la concepción de comunidad con su interacción familiar, así como el engranaje con otros factores que hacen posible que se pueda llevar a cabo la educación sanitaria capaz de modificar actitudes y aptitudes en materia de Salud Bucal. Se concluyó que el reencuentro con la Comunidad amplía el modelo de atención estomatológica, permitiendo establecer las armas de la comunicación en aras de lograr una educación sanitaria capaz de motivar a padres de familia, profesionales de la salud y pedagogos.

DeCS: ODONTOLOGIA COMUNITARIA; ODONTOLOGIA PREVENTIVA; EDUCUACION EN SALUD

ABSTRACT

Review aspects related with community, family and its community influence, as well as necessary elements of the dentist for the work of community. Something data source were "Recomendations special care and prevalence in Odontology, 1993, Creativity and Group Dynamics= Eureka?, 1992. Communication, an important tool in the daily work, 1996. National program of integral dental care for the population, 1992. Journal of Odonto Stomatological Spanish current events, 1994. Data of reviewed articles are inserted according to the different items: Community, family and its influence on community, education, community and health. It made possible the analysis of the community conception with its familiar interaction, as well as the relationship with other factor that allow the sanitary education which modifies attitudes and aptitudes in Oral Health The muting with community widens the pattern of dental care allowing the establishment of communication weapons so as to achieve sanitary education for motivating family parents health professionals and pedagogues..

DeCS: HEALTH EDUCATION; COMMUNITY DENTISTRY; PREVENTIVE DENTISTRY.

INTRODUCCIÓN

El funcionamiento y desarrollo de las comunicaciones, el rescate de la iniciativa y la búsqueda de soluciones a las dificultades más diversas en las localidades, barrios o pequeñas poblaciones, con la participación activa de sus habitantes, es algo que ocupa a organismos e instituciones nacionales y de numerosos países.

En Cuba la búsqueda de soluciones a los problemas con la participación social no es nueva ni importada, es más bien algo que se fue perdiendo y se necesita recuperar (1).

El modelo de atención Estomatológica en la Comunidad al instituirse establece un cambio conceptual en la presentación de los servicios, se hace necesario desarrollar la atención estomatológica general integral como método y la vinculación del estomatólogo con el médico de la familia como forma (2) (3), constituyendo este último el apoyo fundamental en el trabajo con la comunidad (4) (5) es obvio que la

relación profesional-paciente no es para gabinetes y consultorios, la relación se establece cuando somos recíprocos y devolvemos la visita, esta vez en su medio (6).

Una razón que hace sensible al profesional de la salud es su comprometida laboriosidad en el campo de la Prevención y Promoción de salud. La desarmonía en la sonrisa de un niño y la mueca penosa de un adulto joven sin rehabilitarse nos hacen pensar en una estrategia única: Educar a la población que nos integra como gente primordial en su devenir cotidiano.

A través del tiempo la educación ha sido motivo de reflexión, distintos hombres en diversas épocas han contribuido con su pensamiento y acción a establecer su significado. En el campo de la salud pública la mayoría de las personas la consideran importante, aunque algunos refieren "que a pesar de repetir a las personas que hagan esto o lo otro, no hacen caso, llegando a tal punto de desconfianza y desaliento en las actividades educativas" (7).

La Educación para la Salud que se realiza en todas las unidades del sistema Nacional de Salud, no siempre cumple con los requisitos de calidad que garanticen la modificación de actitudes y conductas de la población en materia de salud bucal.

Los métodos tradicionales para impartir actividades educativas muy poco han logrado, contamos con una población mal educada y sería un eufemismo asegurar que frías entrevistas o charlas que durante años repetimos hasta el cansancio han hecho desaparecer patologías del complejo bucal (8).

En las condiciones de la Revolución Científico-técnica contemporánea no concebimos un profesional con métodos artesanales de trabajo, lo concebimos como un activo investigador, con una personalidad capaz de orientarse independientemente, como un intelectual revolucionario que toma partido ante los problemas. Todo ello requiere de mucho estudio, de un alto nivel ideológico, de un alto nivel de los conocimientos y del desarrollo de las habilidades profesionales. Hay que saber aprender de los profesionales que llevan años laborando, hay que tomar de ellos lo mejor, el resumen de las mejores experiencias, pero hay que pensar con carácter creador (9).

La dialéctica muestra los cambios en el mundo y como se aboga por el hombre sano, aún en medios comerciales, solo tenemos que reflexionar en este sentido y emprender

la tarea, armados de valiosas técnicas como feroces guerreros de la comunicación, ABC en nuestro proceder, y que a su vez conforman "ladrillos" para construir comunidades sanas.

Interesados en documentarnos en la temática nos propusimos revisar aspectos relacionados con la comunidad la familia y su influencia comunitaria, educación y salud.

DESARROLLO

1.1 Comunidad

El origen de las comunidades es tan antiguo como el hombre mismo, e incluso más, si tenemos en cuenta las comunidades de animales, tan cercanas a nuestros antepasados (1). El hombre surge gracias a esa vida en común que desarrolló la actividad conjunta para la satisfacción de las necesidades, en la cual se crean las condiciones para que aparezcan las primeras formas de trabajo, luego con él la palabra articulada, estímulos principales bajo cuya influencia el cerebro del mono se fue transformando gradualmente en cerebro humano (10).

Cuando nos referimos a Comunidad no todos coincidimos en la extensión de esta palabra y lo grande que puede ser su significado. Según literatura consultada no siempre se vinculan elementos funcionales y estructurales al definir Comunidad, dependiendo de la concepción de los autores (1). En este estudio se plantea como definición más completa la de E. Sánchez y E. Wiendsenfeld cuando la caracterizan por:

Ser un grupo de personas, no un agregado social con un determinado grado de interacción social.

Compartir intereses, sentimientos, creencias, actitudes.

Residir en un territorio específico .

Poseer un determinado grado de organización (1).

Entendemos además que debe ocasionar cambios y provocar transformaciones sociales.

Entre sus sinónimos podemos encontrar congregación, corporación, junta, asociación, es decir, comunidad (11).

Dado que sin la colaboración consciente y activa de la Comunidad está comprometido el éxito de cualquier programa sanitario, la filosofía del Programa Preventivo pretende lograr la estrategia participativa de todos los elementos comprometidos en el sistema (12). La integración de la Comunidad la hace partícipe y la responsabilidad del autocuidado, es por tanto un proceso de maduración de la comunidad y del equipo de salud.

Para ello un equipo de salud se acerca a trabajar con la población comunitaria y en el primer encuentro o en el proceso de encuentro se evidencian necesidades, que aparentemente no tienen que ver con el quehacer tradicional de los equipos de salud, sin embargo son necesidades sentidas por la población y entre ambos deben buscar la forma de enfrentar los problemas. (13)

De este esfuerzo mancomunado no escapan el estomatólogo, técnico de atención estomatológica, padres, maestros y demás factores administrativos y de organizaciones sociales. (14).

1.2 La familia y su influencia comunitaria

Hoy día la tendencia en los programas de salud es el uso de indicadores que posibiliten establecer las interrelaciones existentes entre contexto social global y los procesos de salud, particularmente los relacionados con las condiciones reales donde vive la población (15). Donde la familia con todos sus matices ocupa una posición central para la comprensión de la salud y de la enfermedad, para el diagnóstico y tratamiento (16). No se puede olvidar que familia es una sociedad diminuta, donde verdaderamente somos auténticos, recibimos dentro de ella todos los patrones que estereotipamos en el transcurso de la vida, a través de ella se establecen nexos con otras personas facilitando relacionarnos y desarrollar vida social.

Medio nada despreciable cuando pretendemos promocionar programas preventivos con gran carga educativa, razón que nos hace a la vez velar por condiciones que nos abren paso, convirtiéndose ante los ojos de algunos como sociólogos más que Estomatólogos, y antes los ojos de quienes amamos la profesión, solo cumplimentamos acciones comunitarias como Estomatólogos General Integral.

1.3 Educación, comunidad y salud

El binomio Educación y Salud en la Comunidad es muy complejo y plurideterminado, los procesos de organización e implementación de éstos se realizan generalmente de manera centralizada por personas e instituciones que nada tienen que ver con la Comunidad donde dichos servicios van a ser implantados (1).

Creemos oportuno señalar que tal situación no debe mellar el propósito de los programas educativos que es cambiar la distribución global de los factores de riesgo y ubicarlos en una dirección favorable. Aún un pequeño cambio puede tener un efecto insospechado a largo plazo en la incidencia de la enfermedad (17), y como dijera el Ministro de Educación Luis I. Gómez en el evento Pedagogía' 97: Mientras exista un maestro que crea en su trabajo y ame a sus alumnos no muere la esperanza (18).

La extensión de servicios hacia la comunidad, constituye uno de los imperativos de la Universidad actual, teniendo en cuenta que a través de dicha mecánica, comienza, se retroalimenta y se expande, un mecanismo que resulta indispensable con las necesidades, demandas y recursos de dicha comunidad, que posea la capacidad intelectual, efectiva y psicomotriz que le permita flexibilizar sus actitudes y aptitudes ante los cambios que experimenta la sociedad (19). Pero sin dudas la característica más favorable que no tiene antecedentes en ningún otro país y que otorga a Cuba posibilidades excepcionales, es la existencia del médico de la familia con su potencialidad transformadora de los estilos de vida y formador de cultura sanitaria (20).

La necesidad de priorizar la educación se aprecia desde diversos puntos y opiniones en las que influye la importancia de conservar sobre todas las cosas la salud bucodental y no dejar de concebir el proceso salud-enfermedad como cuestión trascendental en la población; el Dr. Carlos Colomar Rodríguez nos hace llegar un planteamiento preciso cuando expresa "No hace falta más dentistas, sino más prevención y más cuidados desde la infancia", también explicó la importancia de la salud-bucodental por su enorme repercusión en el resto del organismo y por ser un componente social importante, así como por la repercusión que tiene desde el punto de vista económico (21).

Somos del criterio que el profesional de la salud puede delegar tareas educativas en líderes informales de la comunidad, maestros, auxiliares pedagogos y representantes de organizaciones de masas, lo que reafirmaría el carácter social de este proceso y a su vez contribuiría en gran medida al aprendizaje de soluciones a las que está sujeto el individuo a diario y que necesitan dominar ante emergencias para responder a la finalidad de la educación, que es formar al hombre como persona capaz de actuar libre y responsablemente en la sociedad (22).

CONCLUSIONES

El reencuentro con la Comunidad nos esperanza de que todos los que no creyeron en la urgencia del tema se incorporen y abracen cada idea que surja de los que con pasos agigantados emprendieron la tarea desafiante de la promoción de salud y enriquezcan con su propio pensar cada acción comunitaria, siendo capaces de motivar a padres de familia, profesionales de la salud y pedagogos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aria H. La Comunidad y su estudio. Ciudad de La Habana: Edit Pueblo y Educación, 1995: 1.
2. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L; Programa Nacional de atención estomatológica integral a la población Rev. Cubana Estomatol 1995;32(2): 85.
3. Puente Benítez M, Castillo Coto A, Pormury Fernández S. Sistema evaluativo para la educación sanitaria en Estomatología Rev. Cubana Ortod. 1995; 7:36.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de atención estomatológica a la población. La Habana: Edit Ciencias Médicas, 1992:33.
5. Reyes B, Gelpi J, Migar R, Martínez F. Ensayo de intervención para desestimular el hábito de fumar en un área de salud Rev. Cubana Medicina General Integral 1992,8 (2): 152-5.
6. Sodré JH. Recomendacoes, cuidados especiasis omprovencao en Odontología Clínica Sau Paulo: Art S Tec Editora 1993:23.
7. Colombia Ministerio de Salud. Dirección de participación de la comunidad. Manuales. Colombia: Equipo de Bogotá 1984.

8. Rigol Ricardo O. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1985;t1: 178-216.
9. Castro Ruz F. Discurso clausura. Encuentro Nacional de estudiantes de Ciencias Médicas. La Habana. Palacio de las Convenciones, 1984.
10. Marx C. Engels F. Obras escogidas. Moscú: Editorial Rogreso, 1971, t3:70.
11. Gaates. Diccionario de Sinónimos castellanos. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1989.
12. Pellón Ortega M. Programa de Salud Bucodental de Cantabria. Rev. Act Odontostomatol Esp 1995;55 (440): 34.
13. Taller sobre Sistemas Locales de salud y salud Bucal (Gremial) Punto contacto 1992; (74): 21-2.
14. De vore L. El rol del higienista en la prevención y aplicación comunitaria. Taller Proyecto Norte - Sur: Prevención: 1993. 20-22 Septiembre, San José (Costa Rica).
15. Morón BA, Hernández N, Quintero G. Índice de Bienestar social: Su uso en programas odontológicos. Acta Odontol Venez 1994; 32(3):9.
16. Martínez C. La familia y las necesidades psicológicas del niño. Rev Cubana Med Gen Int 1993;9(1):67.
17. Los médicos y la salud del pueblo. Medicina preventiva, epidemiología, política de salud, costos de salud Rev. Cubana Med Gen Int 1992;8(1):73.
18. Gómez L. Mientras exista un maestro que crea en su voz no muere la esperanza. Granma 1997; Febrero 5:1.
19. Jaitt JC. Estrategia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires en la producción de Servicios para la salud. Rev. Fac. Odontl Univ Buenos Aires 1995; 15(39):65.
20. Cuba Ministerio de Salud Pública. Objetivos propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000 La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1992:5.
21. Día Mundial de la Salud Bucodental. (Actividades Científicas Nacionales). Rev. Act Odontomatol Esp 1994; 434:79.
22. Raiden G, Daigeboren DA, Hernández J, García LL, López ML, Cuezso V. Comparación de sistemas de regularidad y promoción en relación con el rendimiento en la práctica clínica. Rev. Fac Odontol Univ. Buenos Aires 1993; 23(22):17.

Recibido: 2 de septiembre de 1997

Aprobado: 16 de febrero de 1998