



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD-ENFERMEDAD
ODONTOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIVADA: ACCESO Y
PRÁCTICA EN UN MARCO DE DESIGUALDAD SOCIAL**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL

PRESENTA:

GABRIEL CANSECO PRADO

DIRECTOR: DR. EDGAR CARLOS JARILLO SOTO

ASESORA: DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

ASESORA: MTRA. NORMA LARA FLORES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
ANTECEDENTES.....	8
PRIMERA PARTE: ACERCAMIENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.	
CAPÍTULO 1. REPRESENTACIONES SOCIALES.....	11
1.1. Una breve historia de las representaciones sociales	
1.2. Las representaciones sociales, su conceptualización y sus características	
1.3. Las representaciones sociales y su constitución	
1.4. Formación de la representación social: procesos	
1.4.1. Objetivación	
1.4.2. El anclaje	
1.5. Representaciones sociales y sus dimensiones: construcción	
1.6. El estudio de las representaciones sociales	
CAPÍTULO 2. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y REPRESENTACIONES SOCIALES.....	26
2.1. El complejo salud-enfermedad	
2.2. La atención a la salud-enfermedad	
2.3. La salud y la enfermedad en torno a las representaciones sociales	
CAPÍTULO 3. SALUD BUCAL, DESIGUALDAD SOCIAL Y REPRESENTACIONES SOCIALES.....	35
3.1. Noción y conceptualización de salud- enfermedad bucodental	
3.2. Los servicios de salud bucodental: práctica	
3.3. Desigualdad social en salud odontológica: acceso	
3.4. Representaciones sociales y salud bucal	
SEGUNDA PARTE: LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA Y OBJETIVOS.....	44
4.1. Justificación y planteamiento del problema	
4.2. Pregunta de investigación	
4.3. Objetivos	
4.3.1. General 1	
4.3.1.1. Específicos	
4.3.2. General 2	
4.3.2.1. Específicos	
4.4. Metodología	

- 4.4.1. Acercamiento cualitativo
- 4.4.2. Diseño
- 4.4.3. Técnica de recolección de datos
- 4.4.4. Informantes
 - 4.4.4.1. Criterios de selección para pacientes
 - 4.4.4.2. Criterios de selección para profesionales
- 4.4.5. Contexto
- 4.4.6. Etapas del estudio
 - 4.4.6.1. La prueba piloto: su verificación y ajuste
 - 4.4.6.2. El proceso de campo
- 4.4.7. La teoría fundamentada: un enfoque metodológico y analítico
 - 4.4.7.1. Codificación abierta de los datos o información
 - 4.4.7.2. Codificación axial de los datos o información
 - 4.4.7.3. Codificación selectiva de los datos o información
 - 4.4.7.4. Delimitación de la teoría emergente

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y CODIFICACIÓN DE LOS DATOS.....66

- 5.1. Técnica de análisis
- 5.2. Unidad de análisis
- 5.3. Preparación de los documentos
- 5.4. Proceso de análisis
 - 5.5.1. Información relacionada con la salud bucodental
 - 5.5.2. Campo de representación relacionada con la salud bucodental
 - 5.5.2.1. Imagen
 - 5.5.2.2. Creencias
 - 5.5.2.3. Valores
 - 5.5.3. Actitud relacionada con la salud bucodental
 - 5.5.3.1. Actitud cognitiva
 - 5.5.3.2. Actitud afectiva
 - 5.5.3.3. Actitud Motora
 - 5.5.4. Proceso de codificación
 - 5.5.4.1. Codificación abierta pacientes-usuarios
 - 5.5.4.2. Codificación axial pacientes-usuarios
 - 5.5.4.3. Codificación selectiva pacientes-usuarios
 - 5.5.4.4. Codificación abierta profesionales de la salud bucal
 - 5.5.4.5. Codificación axial profesionales de la salud bucal
 - 5.5.4.6. Codificación selectiva profesionales de la salud bucal

TERCERA PARTE: LA EXPRESIÓN DE LA REALIDAD

CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....84

- 6.1. Representaciones sociales de pacientes-usuarios
 - 6.1.1. Dimensión información relacionada con la salud bucodental
 - 6.1.2. Dimensión campo de representación (imagen, creencias y valores) relacionada con la atención y práctica odontológica

6.1.2.1. Imagen	
6.1.2.2. Creencias	
6.1.2.3. Valores	
6.1.3. Dimensión actitud relacionada con los padecimientos bucodentales	
6.1.3.1. Actitud cognitiva	
6.1.3.2. Actitud afectiva	
6.1.3.3. Actitud motora	
6.2. Representaciones sociales de profesionales de la salud bucodental	
6.2.1. Dimensión información relacionada con la salud bucodental	
6.2.2. Dimensión campo de representación (imagen, creencias y valores) relacionada con la atención y práctica odontológica	
6.2.2.1. Imagen	
6.2.2.2. Creencias	
6.2.2.3. Valores	
6.2.3. Dimensión actitud relacionada con los padecimientos bucodentales	
6.2.3.1. Actitud cognitiva	
6.2.3.2. Actitud afectiva	
6.2.3.3. Actitud motora	

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	104
--	------------

ANEXOS.....	114
--------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	117
--------------------------	------------

INTRODUCCIÓN

Los padecimientos bucodentales, son un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de las personas e involucra distintos elementos y no sólo los de carácter biológico, como son las disfunciones musculo-articulo-dentales, sino también los de tipo social, donde se vincula con creencias, ideas, valores, percepciones y en conjunto representaciones sociales, que de alguna manera influyen en la forma de experimentar la práctica y atención estomatológica, lo cual incide sobre las conductas que los diferentes grupos sociales presentan ante la salud bucal y frente a los servicios odontológicos.

Las características y condiciones actuales de salud bucal se deben principalmente a dos factores que la determinan; por una lado, se encuentra la desigualdad social en torno al acceso a los servicios de salud, derivado de la mala distribución de los recursos económicos y las políticas de salud que afectan principalmente a los grupos sociales más desfavorables y vulnerables, por el otro, se encuentra la percepción, significación sobre la práctica y atención profesional de la salud bucodental que influye al solicitar y experimentar la atención bucodental.

Lara y López realizan un estudio (2002) denominado “Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Una revisión de la literatura” donde examinan los factores que influyen para que las personas decidan o no acudir a un servicio dental. Proponen realizar investigaciones donde se consideren los factores relacionados con las características económicas, sociales, culturales y psicológicas de la población, los cuales pueden influir en sus conductas frente a la salud bucal y ante los servicios odontológicos.

Esta investigación considera los aspectos antes mencionados, para orientar la misma, hacia la búsqueda de los elementos que inciden en dichas conductas y que influyen directamente en la práctica y solicitud de la atención odontológica, desde las representaciones sociales.

La investigación se encuentra constituida por seis capítulos, el primero se nombra “Representaciones sociales”, contiene los principales elementos que corresponden a la teoría de las representaciones sociales. Dentro del contenido encontramos los antecedentes históricos de las mismas, su concepto, procesos de formación y sus dimensiones, que ayudaron a estudiar la salud-enfermedad bucodental.

En el segundo capítulo denominado “proceso salud-enfermedad y representaciones sociales”, se realiza la vinculación sobre el complejo salud-enfermedad, la atención a la salud-enfermedad, la salud y la enfermedad en torno a las representaciones sociales, permitiendo así mirar el complejo mencionado a través del estudio del pensamiento social o conocimiento emanado del sentido común, de sus contenidos y de su vinculación con la construcción mental de la realidad.

El tercer capítulo titulado “salud bucal, desigualdad social y representaciones sociales” integra la noción y conceptualización de salud- enfermedad bucodental, la práctica, acceso y representaciones sociales de la salud y enfermedad bucodental, permitiendo conocer y comprender como los grupos sociales incorporan ideas, valores, pensamientos, imágenes, creencias y significados que se generan de la interacción social en la vida cotidiana sobre la salud y enfermedad bucodental.

El cuarto capítulo corresponde a la metodología empleada, siendo ésta un acercamiento cualitativo, realizando entrevistas semi estructuradas a dos grupos de informantes; por un lado, profesionales de la salud bucodental, por el otro, pacientes-usuarios que solicitan servicio bucodental en el ámbito privado, para conocer sus representaciones sobre el proceso salud-enfermedad estomatológico. Como enfoque metodológico y analítico se utilizó la teoría fundamentada para establecer la relación entre lo social y el discurso de los informantes.

El capítulo número cinco se denomina “El análisis y la codificación de los datos”, se muestra la técnica de análisis utilizada, que corresponde al análisis del discurso, que por medio de la creación de las unidades de análisis, permitió realizar el proceso de codificación tanto de profesionales como de pacientes-usuarios, construyendo así la codificación abierta, axial y selectiva.

El sexto capítulo incluye los resultados, que se generaron del proceso de investigación, donde se presentan las dimensiones que se crearon a partir de la codificación realizada para cada uno de los grupos estudiados.

En el séptimo capítulo se presentan las conclusiones, que emanan de esta investigación, que servirán para evidenciar y proponer estrategias de solución entorno a la realidad social de la salud bucodental. Por último se incluyen los anexos y la bibliografía empleada.

ANTECEDENTES

Las aproximaciones de los estudios en salud bucodental muestran que la odontología se ha visto influida por el paradigma positivista, caracterizado por una concepción asentada en el positivismo lógico, el uso del método hipotético-deductivo, su carácter individualista, orientado a los resultados y al supuesto de la objetividad.

Existe un dominio del paradigma de investigación hegemónico en la profesión odontológica, siendo éste el positivista-cuantitativo, tratando de explicar la totalidad de los fenómenos (Couto, 2008).

Existen estudios que evidencian las desigualdades en salud, asociándolas con el nivel socioeconómico. La mayoría de las posturas que tratan de explicar tales desigualdades emplean diferentes indicadores como son; escolaridad, ocupación, ingreso y otros, a través de los cuáles la salud se distribuye de manera desigual (Abadía, 2006). Éstos no consideran específicamente a la salud bucodental, si no que la tratan de integrar a la salud en general, lo cual no da respuesta a la problemática de la desigualdad en el acceso a la atención bucodental.

Existen estudios relacionados con las desigualdades en salud bucal considerando la salud autopercibida, los servicios dentales, al personal de salud, entre otros. Estos trabajos publicados en diferentes países usan datos estadísticos, por ejemplo: "Measuring inequalities in the distribution of dental caries" de Antones J. realizado en 2004; "Social inequality in perceived oral health among adults in Australia" en 2004 por Sanders A.; "Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries en 2004" por Pine C. En México existen

pocas investigaciones sobre salud bucal con un enfoque cualitativo, donde se consideren aspectos vinculados con las representaciones sociales.

Medina (2006) en su estudio “desigualdades socioeconómicas en salud bucal” revela en sus resultados que la posición socioeconómica determina la experiencia, prevalencia y severidad de enfermedades dentales, como la caries dental. Por otro lado, Lara y López (2002) en su estudio los “Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Una revisión de la literatura” examina aquellos elementos que influyen para que las personas decidan o no acudir a un servicio bucodental. Mencionan que en México se presentan pocas investigaciones orientadas a conocer cuáles son los factores relacionados con las características económicas, sociales, culturales y psicológicas de la población que intervienen en sus conductas frente a la salud bucal y ante los servicios odontológicos.

López (2010) en su estudio “La práctica privada de odontólogos ubicados en las zonas aledañas a las clínicas de la UAM-X” señala en sus resultados que la atención que proporcionan la mayoría de los profesionales que participaron en la investigación, solo cubre parcialmente las necesidades de salud bucal de sus pacientes. Otro aspecto de importancia, es su propuesta para realizar investigaciones orientadas al estudio de la atención odontológica, donde ésta última, dependerá de la capacidad de pago que muestren las personas que la soliciten, más que de las necesidades de salud bucal que estos presenten.

Con el reconocimiento de los aportes de estos trabajos, se considera que aún se requieren estudios que relacionen la atención y las necesidades de salud bucodental expresadas y representadas por los pacientes-usuarios y por los profesionales. Una perspectiva de tal situación puede dar cuenta de los problemas en el acceso-atención y su relación con la capacidad de pago de las personas,

donde se consideren las necesidades y consecuencias de las desigualdades en salud. Con lo anterior se podrían tener elementos para proponer una atención bucodental apegada a las necesidades y con mayor justicia y equidad para personas con diferentes condiciones económicas y con capacidades de pago distintas.

Todo ello constituye una veta de investigación, que no sólo define un objeto de conocimiento importante y necesario, sino también puede articularse con una perspectiva analítica novedosa que sin perder rigor, no se ajuste sólo a los parámetros metodológicos derivados del positivismo.

PRIMERA PARTE: ACERCAMIENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1. REPRESENTACIONES SOCIALES

La construcción de conocimientos requiere de la explicitación de los fundamentos, con los cuales se realiza la aproximación a la realidad, de forma que la construcción del objeto de investigación es una abstracción de la realidad a partir de la operación de las nociones teóricas con las cuales se interpreta esa realidad. Con esa finalidad se presentan a continuación tres partes donde se explicitan esos referentes necesarios.

1.1. Una breve historia de las representaciones sociales

Herzlich en Francia (1969) es el primero en realizar estudios sobre representaciones sociales (RS) y la enfermedad. Las representaciones sociales estudian el pensamiento social o conocimiento del sentido común, sus contenidos y su relación con la construcción mental de la realidad. La teoría enfatiza el carácter social de los conocimientos compartidos en la vida cotidiana y sus relaciones con las prácticas sociales.

Las representaciones sociales tienen sus orígenes en Émile Durkheim y las refiere como “representaciones colectivas (1985) y es retomada en 1961 como representaciones sociales por Serge Moscovici en el texto el Psicoanálisis, su imagen, y su público. Se recupera a partir de los años 80’s, sobre todo en Europa y particularmente en Francia, y desde fines de los 80’s en Latinoamérica y en España” (Correa, 2003:158).

Durkheim (1898) utilizó el término representaciones colectivas para poder explicar las características del pensamiento social, diferenciándolo del pensamiento individual, algo independiente y externo a la conciencia individual. Moscovici (1979) influenciado por este autor, retoma el concepto, haciendo un cambio en la adjetivación de representaciones colectivas a representaciones sociales, lo cual implica un cambio en la concepción de la dinámica social. En sus inicios la teoría de las representaciones sociales, planteada por Moscovici (1961) propuso formar una noción que pudiera responder al problema de la confrontación de ideas diversas y las polémicas que presentaban las sociedades modernas donde existían diferentes movimientos y conflictos sociales. Este autor se aparta del determinismo social del concepto de representaciones colectivas de Durkheim y enfatiza las representaciones sociales como algo que surge de la comunicación social y de la interacción, lo cual corresponde a los planteamientos propuestos por Berger y Luckman (1968) donde afirman que la realidad es construida socialmente y la sociología del conocimiento orienta su análisis a los procesos por los cuales esto se origina (Arnosó, 2005).

1.2. Las representaciones sociales: su conceptualización y sus características.

Las representaciones sociales se determinan al constituir un saber que permite a las personas dar sentido e interpretar lo que sucede en el ámbito de su entorno, se caracterizan por ser producción social, colectiva y se expresan en un conjunto de opiniones, ideas, valores, pensamientos, imágenes, creencias y significados que obtienen los actos de las personas en la relación cotidiana con los demás.

Las personas conocen la realidad que les rodea a través de explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan tales explicaciones y por consiguiente, hacen

referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel destacado sobre cómo la gente organiza y piensa su vida cotidiana definiendo el conocimiento del sentido común. Este último constituye en un inicio una forma de actuar, percibir y razonar (Reid, 1998).

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

Moscovici (1979) menciona que “la representación social es un modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (Moscovici, 1979:17-18).

Jodelet (1986) manifiesta que “el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico, orientadas a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Por lo tanto, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

“La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás” (Jodelet, 1986: 474-475).

Las representaciones sociales establecen formas de comunicar, comprender, actuar y de comportamiento de las personas en su entorno cotidiano como expresión de la conciencia de grupo social. “Las representaciones sociales se manifiestan en un espacio discursivo, pero también expresan elementos de la subjetividad social que no se hacen explícitos en formas discursivas; adoptan otras formas que aparecen en el imaginario social, en las tradiciones, las creencias, etc., y que con frecuencia se mantienen como sentidos subjetivos, cuya expresión en los discursos que circulan y en la constitución de las representaciones sociales no es necesariamente idéntica” (González, 2002: 110).

Cuando las personas realizan una referencia de los objetos sociales; los clasifican, los explican y, además, los evalúan (Araya, 2002). Esto es que actúan con una determinada representación social respecto al objeto. Las representaciones sociales no únicamente se configuran como procesos mentales, sino que se presentan como simbologías concretas que se construyen y se originan durante la interacción social entre los sujetos. “En la representación se tiene el contenido

mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano” (Jodelet, 1986: 476).

Las representaciones sociales no se presentan aisladas, sino que responden a estructuras simbólicas que proporcionan sentido a una realidad, la cual se crea como un objeto representado mentalmente para hacerlo susceptible de interpretación. “En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, lo fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; las teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se es comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto” (Jodelet, 1986:472).

El abordaje de las representaciones sociales, permite entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar las determinantes de las prácticas sociales, porque la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994). Las personas en la vida social, se encuentran en posiciones sociales diferentes y su adscripción a distintos grupos, constituyen fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social, y esto es, precisamente, lo que genera visiones compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos. Las RS dependen del lugar que ocupan los sujetos en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario, las cuales influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social. Por lo tanto, las representaciones sociales pueden ser caracterizadas en una primera aproximación como el modo de producción cognitiva que corresponde a una

persona y a un grupo bajo un contexto socio-histórico determinado (Gutiérrez, 1998).

La noción de representación social es amplia, de carácter integrador, presentándose bajo formas variadas, más o menos complejas. Nociones de Imágenes que condensan un conjunto de significados; “sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y, a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto” (Jodelet, 1988: 56).

Por otro lado, una definición utilizada frecuentemente como referencia básica por diferentes autores señala que “es una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos para fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen” (Jodelet, 1986: 472-473).

Cuando nos referimos a la teoría de las representaciones sociales, tenemos primero que ella define a un conjunto de fenómenos cognitivos y representaciones que las personas en contexto sociocultural específico poseen sobre diversos aspectos de la realidad. La representación social puede ser considerada como la “teoría” a través de la cual las personas y grupos obtienen una interpretación de la realidad, tomando así una determinada posición en relación a ella. “Así las representaciones tienen por misión primero describir, luego clasificar y por último explicar” (Moscovici y Hewstone, 1988: 699).

La representación es un “ sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social, y dominarlo; y en segundo lugar, permitir que la comunicación se produzca entre los miembros de la comunidad al proporcionarles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedad los diferentes aspectos de su mundo y de su historia individual y social” (Moscovici, 1979: 19).

1.3. Las representaciones sociales y su constitución

Las representaciones sociales se suelen abordar como producto, por tratarse de elaboraciones mentales ya construidas y también como procesos (Banchs, 2001). Para la clarificación del proceso se sitúa la objetivación y el anclaje como los dos elementos que permiten establecer la forma como sucede (Arnosó, 2005).

La noción de representación social tiene una doble característica; es producto y es acción. Es producto en la medida en que los sujetos le asignan un contenido y la organizan en discursos sobre la realidad. Es también una acción, un movimiento de apropiación de la realidad a través de un proceso mental, pero en un contexto de producción colectiva teniendo como medio de transmisión las comunicaciones compartidas (Rodríguez, 2007).

En tanto fenómenos cognitivos, las representaciones sociales son abordadas como modalidades de pensamiento, en la medida que ellas se constituyen como un acto de apropiación de una realidad exterior (Rodríguez, 2007). En la condición cognitiva-social Jodelet destaca el aspecto constituyente que es el proceso y el constituido que es el contenido. También Jodelet define la integración cognitiva

propia del anclaje como la inserción orgánica del pensamiento constituido. Para la autora las modalidades del proceso de anclaje son:

- Asignación de sentido. Ésta modalidad depende de las fuentes de significación social en vigor, a partir de las cuales la representación toma su lugar como un hecho social.
- Instrumentalización de conocimiento. Ésta corresponde a los procesos de interacción donde se establecen y constituyen las relaciones sociales.
- La integración de los procesos: anclaje y objetivación.
- Enraizamiento en el sistema de pensamiento (Jodelet, 1984:381).

Una representación no es un objeto estable o un sistema cerrado, sino una configuración absorbente, esencialmente dinámica capaz de integrar las informaciones nuevas relacionándolas de manera específica con las informaciones memorizadas, capaces de derivar las opiniones particulares de actitudes ya instaladas (Rouquette, 1994:173).

1.4. Formación de la representación social: procesos

Las representaciones sociales corresponden a actos del pensamiento humano en donde el sujeto se relaciona con el objeto. Esta relación implica una representación simbólica del objeto. La objetivación y el anclaje son los procesos que transforman al objeto en su representación (Petracchi, Kornblit, 2007).

1.4.1. La objetivación

Este proceso se refiere a la operación mediante la cual se ordenan de forma particular aquellos conocimientos relativos al objeto de la representación social y que pone en imágenes las nociones abstractas, materializa ideas y significaciones suficientes vistas desde la comunicación social, se pasa de las cosas a las palabras.

La objetivación es una operación formadora de imágenes y es estructurante, al poner en imágenes las nociones abstractas, ofrece una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras y da cuerpo a esquemas conceptuales (Jodelet, 1986). Para Moscovici la objetivación es “el verdadero núcleo de la representación social” (Moscovici, 1993: 19).

Este proceso pone en evidencia la composición de la representación social, es decir, los elementos que resumen o caracterizan el objeto al que se refiere o que ella aprehende, transformándola en un nuevo pensamiento. “Este proceso de objetivación permite a una colectividad o conjunto social edificar un saber común sobre la base de los intercambios y de las opiniones compartidas. La objetivación se encuentra caracterizada como uno de los aspectos de la construcción representativa y se desarrolla en tres fases, la primera es la construcción selectiva, la segunda la esquematización estructurante y la tercera la naturalización” (Jodelet, 1989: 56).

La objetivación, es la conversión de un ente abstracto en uno concreto. Sirve para la representación de objetos sociales pocos tangibles como una idea o teoría, es materializar una idea. Se trata del proceso mediante el cual se concreta, se

materializar el conocimiento en objetos concretos. En este proceso, se retienen selectivamente elementos, se organizan libremente y se estructura un modelo figurativo icónico simple (Páez, 1987). El cual se da por medio de tres fases y son las siguientes:

La primera corresponde a la selección y descontextualización de los elementos, que se refieren a la información a la cual se tiene acceso, donde el individuo o grupo elige la que considera de mayor importancia, esto se hace con el filtro de las normas sociales que establecen lo que se puede comunicar. Tal información se obtiene del contexto original, formando parte de los conceptos del grupo.

La segunda se refiere a la formación del núcleo figurativo, que corresponde a la información que se selecciona, cierta parte adquiere un carácter estructurador en torno al cual se va organizar el contenido de las representaciones sociales, la estructura aparece como una estructura de imágenes que permite identificar lo abstracto. Petracci y Kornblit (2007) mencionan que se refiere al proceso por el cual esos diferentes elementos informativos, incorporados selectivamente, se organizan para conformar una imagen del objeto que reproducirá de manera visible en una estructura conceptual.

La tercera consiste en la naturalización de estos componentes esquematizados, dotándolos de realidad, es decir de existencia concreta (Banchs, 1986). Este paso de la objetivación se refiere al proceso por el cual el modelo figurativo adquiere, en la construcción que el sujeto ha realizado para constituirlo, un status de evidencia (Petracci, Kornblit, 2007).

1.4.2. El anclaje

Este segundo proceso, se refiere a la atribución de significados que corresponden con las figuras del núcleo de representación, tales significados permiten hacer uso de la representación como un sistema interpretativo para guiar la conducta, es decir, los sujetos manifiestan distintos significados a un mismo objeto, por lo que este último se puede interpretar de diferentes formas, lo cual genera comportamientos diferentes ante tal objeto.

El anclaje es un proceso por el cual se puede comprender el funcionamiento de la representación social, se refiere al enraizamiento social de la representación y su objeto. Entonces la intervención de lo social se puede traducir en el significado y la utilidad que le son conferidos. El anclaje se refiere a “La integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema, tanto de una parte como de la otra. Ya no se trata como en el caso de la objetivación, de la constitución formal de un conocimiento, sino de una inserción orgánica de un pensamiento constituido” (Jodelet, 1984:476).

En el anclaje, pasamos de pensar en la constitución formal de un pensamiento a la integración de éste en sistemas de pensamiento preexistentes. Este segundo proceso se descompone en modalidades y son las siguientes: la asignación de sentido al objeto representado, la utilización de la representación como marco e instrumento de interpretación social y su integración en un sistema de recepción con la correspondiente conversión de elementos de este último en relación al objeto representado.

En el proceso de anclaje se construyen redes de significados alrededor del objeto representado que dependerá y se relacionará con los sistemas de valores y pautas culturales de un grupo (Correa, 2003:153). Siendo “el mecanismo que permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con los objetos que no son familiares. Utilizamos las categorías que nos son ya conocidas para interpretar y dar sentido a los nuevos objetos que aparecen en el campo social” (Ibáñez, 1988: 50).

Este segundo proceso se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso, a intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos. Al menos así son los dos aspectos que han retenido con mayor frecuencia la atención, debido a la función social de la representación que llevan aparejada.

Sin embargo, el anclaje implica otro aspecto, cuya gran importancia ha sido puesta de manifiesto por las recientes investigaciones en el campo de las representaciones y de los procesos cognitivos. Este aspecto se refiere a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema, tanto de una parte como de otra. Ya no se trata, como en el caso de la objetivación, de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido.

La articulación entre objetivación y anclaje se presenta por la “relación existente entre la cristalización de una representación en torno al núcleo figurativo, por una parte, y un sistema de interpretación de la realidad y de orientación de los comportamientos, por la otra” (Jodelet, en Moscovici, 1999:488).

1.5. Representaciones sociales y sus dimensiones: construcción

Moscovici (1979) menciona que hay diferentes universos de opiniones, las cuales dependen de las clases, de la cultura o grupos, donde cada universo mantiene tres dimensiones que son la actitud, la información y el campo de representación.

La actitud es elemento afectivo que posee la representación. Hace referencia a “la orientación global en relación con el objeto de la representación social” (Moscovici, 1979: 45).

La información: “Se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (Moscovici, 1979:45).

Campo de representación: nos lleva a “la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proporciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación” (Moscovici: 1979:46).

1.6. El estudio de las representaciones sociales

Los estudios orientados a la representación de un objeto social, permiten reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por el cual, las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero además, nos aproxima a la “visión del mundo” que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales (Araya, 2002). El abordaje de las representaciones sociales ayuda a entender la dinámica de los procesos

implicados en ellas y permite aclarar las determinantes de las prácticas sociales de los individuos, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente en la interacción cotidiana de la vida y la relación de las personas (Abric, 1994).

Se puede considerar que los estudios de las representaciones sociales se basan en tres dimensiones analíticas:

- Información-opinión: hace referencia a la suma de aquellos conocimientos que posee un grupo de un objeto social.
- Organización: se puede definir también como campo de representación que designa a la imagen, modelo que subyace al objeto de representación. Tal organización se da del contenido de la representación en torno al núcleo figurativo.
- Actitud: “La actitud se conceptualiza como una disposición interna del individuo respecto del objeto, reserva a un estado particularmente estable de una situación a otra, es adquirida y tiene que ver con todo lo que evoca el sujeto” (Paulín, en Correa, 2003 :156). Se toma como una dimensión de tipo evaluativa puede ser positiva o negativa hacia un objeto de representación, lo cual hace que las representaciones sociales mantengan un carácter dinamizador y de orientación de las conductas (Perera, 1999).

Bleckler (1984) menciona tres elementos que constituyen la definición de actitud:

- Un componente afectivo: sentimientos favorables-desfavorables.
- Un componente cognitivo: juicios, creencias, conocimiento e información.
- Un componente conativo: tendencia a la acción.

Los fenómenos representacionales se estudian por medio de sus contenidos que son captados a través del lenguaje, discursos, documentos y prácticas. De esto último se desprenden dos formas complementarias en el estudio de las representaciones sociales:

El contenido que se aborda como un campo estructurado, mantiene aspectos constituyentes de las representaciones como son la información, opiniones, imágenes y creencias.

El contenido abordado que se presenta como nudo estructurante, presenta los principios que rigen su coherencia como organizaciones socioculturales, modelos normativos y esquemas cognitivos (Correa, 2003).

Las representaciones sociales crean productos, que se manifiestan como imaginarios ideativos o simbólicos, pueden ser colectivos o individuales, de forma discursiva o en signos y símbolos que se articulan en la sociedad. Bajo esta perspectiva las representaciones sociales se presentan como fenómenos observables que manifiestan formas y niveles de complejidad variables, elementos normativos, opiniones, actitudes que conforman una versión real (Perera, 1999).

CAPÍTULO 2. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y REPRESENTACIONES SOCIALES

2.1. El complejo salud-enfermedad

Comprender el proceso-salud enfermedad como un fenómeno social, tiene como fundamento la relación con diferentes aspectos como son los económicos, políticos, ideológicos y culturales. Tal noción considera a la salud como un fenómeno social que es dinámico, complejo, lo cual motiva al estudio y análisis de los problemas de salud bucal (Murrieta, 2006).

Menéndez (1994) señala que el proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos.

La salud es un proceso complejo, representado por la relación entre lo individual y los aspectos sociales, por lo que el proceso salud-enfermedad no depende únicamente de las personas, sino que el entorno influye en la diferencia en salud entre las personas. La salud y la enfermedad están estrechamente relacionadas a las condiciones de vida material de la población, por lo cual el desarrollo de la salud como una acción de prevención o “cura” de enfermedades no corresponde a un problema individual, sino a una condición y consecuencia de la acción social (Murrieta, 2006). “El análisis de la problemática de salud de la población debe tomar en cuenta las condiciones sociales en las que viven los distintos grupos, los

cuales tienen características socioeconómicas y culturales específicas que influyen en la manera de concebir la salud y la enfermedad” (Rojas, 1990:183).

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede apartarse del marco cultural correspondiente, debido a los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas, lo cual va configurando lo que cada uno comprende, piensa y vive con respecto a la salud y la enfermedad. Cada sociedad, resuelve los problemas de salud, siendo un proceso dinámico no solo desde la propia experiencia personal sino también desde el contexto social que determina tal proceso (Gómez, 2000). Lo cual implica distintas formas de pensar y actuar, con significaciones sobre estar sano o enfermo, relacionadas por las condiciones materiales de vida (Sacchi, 2007).

“El análisis del proceso salud enfermedad, al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo” (López, Escudero y Carmona, 2008). La manera de significar e interpretar a la salud y enfermedad constituye un elemento que orienta el comportamiento de los grupos sociales ante sus padecimientos, incorporando aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

2.2. La atención a la salud-enfermedad

La atención a la enfermedad y el cuidado de la salud en tanto derecho humano, es una responsabilidad del Estado, eso implica un componente político, resultado de

la forma de organización social, de los avances en materia de derechos, de garantía y exigibilidad de los derechos, implica también la autonomía que mantenga cada persona y de la posición en su capacidad de negociación política en tanto grupo y clase social. Se debería entender a la salud como un derecho que tiene el ciudadano, derecho a la atención y vigilancia de la salud, el cual está contenido en casi todas las constituciones de los países y se encuentra especificado en las leyes que regulan la prestación de los servicios de salud, por tal motivo el Estado debería ofrecer a toda la población dicha prestación.

La atención y el conocimiento de la salud-enfermedad, ha sido objeto de conocimiento técnico, específico de la medicina que corresponde al dominio de los profesionales de la salud y de otras áreas de conocimiento que progresivamente han tomado a la salud como objeto de estudio. Dicho objeto de conocimiento no es una realidad o una identidad tangible como lo sería un objeto material, sino que se refiere a una abstracción conceptual que hace referencia a una entidad presente en la sociedad y se determina conforme a las circunstancias dadas que se van presentando en el ciclo vital de los seres humanos, la conformación del concepto de salud lo caracteriza cada cultura en que se produce el estado de salud. La salud debe ser un hecho que persiste en el espacio y en el tiempo, la cual se integra de forma individual y colectiva.

La utilización del sistema de salud, es el resultado de un proceso que comienza con la percepción de un problema de salud que se presenta como necesidad, lo cual demanda atención. Se dice que hay utilización cuando la demanda es satisfecha por algún sistema de salud (Sacchi, 2007).

2.3. La salud y la enfermedad en torno a las representaciones sociales

Los grupos sociales realizan distintas estrategias ante la salud-enfermedad, presentando así, significaciones y prácticas que son producto de las representaciones sociales del grupo al que se pertenece, también están presentes las experiencias de cada sujeto.

Herzlich (1973) define representación social de salud y enfermedad como “la compleja elaboración de cada persona y los valores y la información vigente en la sociedad, se integran en una imagen significativa” (Herzlich, 1973:11) y “el lenguaje que se usa para expresar la salud y la enfermedad no es un lenguaje del cuerpo, no de hechos orgánicos, sino el lenguaje de la relación del individuo con el exterior socializado, con la sociedad” (Herzlich, 1995: 161). Lo cual implica que la enfermedad que enfrentan las personas no está fuera de las condiciones sociales que presentan los grupos sociales.

Desde las representaciones sociales, la enfermedad puede entenderse como una experiencia subjetiva, que involucra tanto la dimensión de la existencia orgánica, el nivel biológico de la materia humana, así como la dimensión social en tanto construcción de los colectivos humanos en sus relaciones de existencia con los demás seres humanos y con la naturaleza (Jarillo, Arroyave, 1995). En la dimensión social se ubica la cultura como campo con su propio sistema de nociones que lleva a la identificación, reconocimiento e interpretación y por consiguiente a la acción concreta expresada en conductas o comportamientos específicos, en el campo de la salud, esta acción es la que se expresa en la búsqueda de tratamiento de un padecimiento específico.

“Las representaciones y prácticas en salud no son hechos aislados ni espontáneos, presentan un desarrollo y ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social” (Vergara, 2007: 43).

La enfermedad concebida como resultado de procesos sociales y biológicos se enmarca históricamente y es manifestada dependiendo del espacio, tiempo y circunstancias sociales concretas donde se desenvuelven las sociedades, ello presenta un cambio en los procesos de la vida de las personas. La enfermedad considerada solamente como la alteración orgánica, deja fuera a las determinantes sociales y eso trae como consecuencia que el Estado y algunos grupos sociales mantengan en sus discursos; la culpabilidad y responsabilidad de la salud de los individuos.

Menéndez (1994) indica que la respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/o padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia ellos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

Las actitudes, respuestas, soluciones y acciones de la población respecto a la salud-enfermedad-atención, han presentado diferentes cambios en la medida que se operan cambios en las condiciones y en los valores sociales.

Sintéticamente puede expresarse que el contexto social mantiene una interacción con lo biológico, en los procesos de reproducción social cuando se atiende la salud enfermedad de los individuos y de las poblaciones.

Según Menéndez (1994), dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes, y que una parte de los mismos pueden aparecer ante los sujetos y los grupos sociales como amenazas permanentes o circunstanciales, a nivel real o imaginario, los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos respecto de por lo menos algunos de dichos padecimientos. El proceso salud/enfermedad /atención (SEA) ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales.

Las categorías salud y enfermedad son realidades históricas, variables, temporales, las cuales dependen de las interrelaciones del ser humano con sus congéneres, la sociedad, la naturaleza, la forma de adquirir y distribuir la riqueza. Stainton (2002) indica que las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto social, y dentro de sus funciones son la de explicar y entender la realidad. Otra función es la de guiar los comportamientos y las prácticas.

De igual modo, esas categorías anotadas tienen que ver con la representación que cada ser humano tiene de sí mismo y del espacio que lo rodea, con la posición de enfermar, de vivir la enfermedad y de hacer lazos y redes sociales, con la posición frente a su cuerpo y a la vida. Por lo tanto, las diferentes formas de abordar la salud y de la enfermedad a través del recorrido histórico y en las comunidades, sin importar su fundamento conceptual, no puede dejar de lado el

ámbito ético, los determinantes sociales, económicos, políticos culturales y subjetivos; es decir, la ideología de los seres humanos en la representación de este proceso (Gómez, 2000).

Herzlich (1995) sostiene que el lenguaje que se usa para expresar la salud y la enfermedad, no es un lenguaje del cuerpo ni de hechos orgánicos, sino el lenguaje de la relación del individuo con el exterior socializado, con la sociedad. En su obra de 1973, este autor define el concepto de representación social de salud y enfermedad como “la compleja elaboración psicológica mediante la cual la experiencia de cada persona y los valores y la información vigente en la sociedad, se integran en una imagen significativa” (Herzlich, 1973 en Castro, 2000: 69).

En la actualidad, el concepto de salud enfermedad se considera como un producto social, ya que es expresión de realidades que no pueden desvincularse del contexto social y de las condiciones socioeconómicas y culturales en las cuales se desarrollan.

En general, las actividades de educación, prevención y la misma atención se han centrado en cambiar conductas, hábitos y creencias partiendo del supuesto que el conocimiento técnico lo detenta el profesional de la salud, aunque en el análisis histórico esto es producto de la imposición de la medicina hegemónica, sin embargo se observan variaciones cambiantes respecto a la postura social donde se desarrollen las personas.

La teoría de la representación social alude al conocimiento socialmente elaborado, utilizado y compartido, para orientar las respuestas sociales de los sujetos ante cualquier hecho de la vida cotidiana, entre ellos la salud (Mora, 2002). “ Desde el

punto de vista del conocimiento popular, las creencias, mitos, así como la llamada medicina popular, no tienen un estatus inferior al del conocimiento validado dentro de la ciencia médica, en lo relacionado con la promoción, prevención y atención en salud; juegan un rol fundamental en tanto que orientan las comunicaciones y prácticas con ellos vinculadas. Que tengan el mismo estatus no significa, sin embargo, que sean iguales. Se trata de dos órdenes de conocimiento que, si bien se alimentan recíprocamente, no tienen los mismos objetivos, ni obedecen a las mismas racionalidades y formas de construcción. En éste sentido Moscovici describe dos universos que constituyen un rasgo distintivo de nuestra cultura. El universo consensual y el universo reedificado. Las representaciones sociales se construyen en el primero mientras que el conocimiento científico se construye en el segundo” (Banchs, en Rodríguez, 2007: 220-221).

Entonces, se puede decir que las representaciones de la salud y de la enfermedad organizan el comportamiento, formas de control de la enfermedad y de la salud, prácticas y saberes en salud por lo que el proceso salud enfermedad toma significado y representación. Las sociedades identifican sus problemas de salud y trata de resolverlos, explicarlos y además enfrentarlos con sus saberes en salud y con la búsqueda de atención por los profesionales correspondientes. Ese enfrentamiento social constituye la respuesta social organizada frente al proceso salud enfermedad para resolver sus problemas de salud.

Las representaciones sociales estudian el conocimiento del sentido común, que se origina a partir de la información. Dado que el pensamiento social, el conocimiento popular o del sentido común es aquel que circula en las conversaciones de la vida cotidiana, en distintos lugares que recorren los sujetos. “La sociedad se reconoce a sí misma como una creación visible y continua teñida de significados y metas, habla con voz humana, es parte y parcela de nuestras vidas y actos y reacciona como un ser humano. En pocas palabras el ser humano es la medida de todas las

cosas. Luego comprende entidades sólidas, fundamentales, relativamente inmutables, donde no se toma en cuenta las identidades o particularidades individuales, la sociedad no logra reconocerse ni reconocer su trabajo. La autoridad científica puede imponer ésta forma de pensar y experimentar sobre cada uno de nosotros, prescribiendo en cada caso que es y que no es verdad. En tales circunstancias las cosas entonces se convierten en la medida del hombre” (Moscovici, 1981: 186).

Según Moscovici, uno de los focos de interés para el estudio de las representaciones sociales, es la metamorfosis del conocimiento científico y su efecto renovador que tiene sobre el sentido común. Este punto de interés cobra importancia en el área de la salud, ya que en la vida cotidiana se recibe información acerca de los modos de promover la salud, los tipos de enfermedades y formas de prevenirlas, los nuevos medicamentos, etcétera.

La teoría de las representaciones sociales, entendidas como formas de conocimiento socialmente elaboradas y compartidas, en las cuales tiene lugar un proceso de elaboración cognitiva y simbólica, puede contribuir a la reflexión de los profesionales de la salud sobre la complejidad del encuentro entre ciencia y sentido común, y a que éstos incorporen la comprensión de las dimensiones culturales del proceso salud-enfermedad y las necesidades de los pobladores en su formación, para superar el carácter meramente instrumental de la educación en salud (Farr, 2003).

CAPÍTULO 3. SALUD BUCAL, DESIGUALDAD SOCIAL Y REPRESENTACIONES SOCIALES.

3.1. Noción y conceptualización de salud- enfermedad bucodental

La salud bucal es un elemento fundamental de la salud, realizar una definición puede ser complicado porque la salud es una expresión de la vida, por tal motivo, involucra complejos procesos, interponiéndose diferentes aspectos como los biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como sistemas de valores, los subjetivos e individuales. Así la salud bucal interviene en distintos procesos como la alimentación, la comunicación y el afecto (Rodríguez, 1996; Luengas, 2004).

Payares define el objeto de estudio de la práctica odontológica “como lo que constituye la materia específica que se va a transformar para conseguir el resultado buscado: el entendimiento y la transformación del componente bucal del proceso salud – enfermedad humano” (1990:16). Esto es que se trabaja sobre un objeto para originar conocimiento y a la vez realizar transformaciones en la realidad y tales transformaciones se pueden manifestar en el mejoramiento de las condiciones de salud bucal de la población.

La odontología es una disciplina orientada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la cavidad oral y sus componentes (dientes, periodonto, mucosa bucal, etcétera), para tal situación se emplean conocimientos y técnicas que se han desarrollado a través del tiempo, teniendo dentro de sus objetivos solucionar los problemas del proceso salud-enfermedad bucodental que presentan las personas (Bellamy, 2009).

Se puede decir que los conocimientos que sostienen esta disciplina, no son los únicos que existen para resolver los problemas de salud bucodental, porque los grupos sociales a lo largo de la historia, han presentado respuestas organizadas, a través de saberes en salud para enfrentar tal problemática (Bellamy, 2009).

Por lo tanto, se puede definir 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 (Breilh y Granda, 1982).

La salud bucal se considera parte integral del complejo cráneo facial, que participa en funciones tales como la alimentación, la comunicación y el afecto, por tal motivo la salud bucodental se encuentra estrechamente relacionada con el bienestar y calidad de vida (Irigoyen, 2001).

Entre las principales enfermedades bucales que afectan a la población mexicana se encuentra la caries dental, definida como una enfermedad infecciosa de origen multifactorial, caracterizada por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona formando una cavidad (Maupome, 1998).

El concepto “enfermedad periodontal, se refiere al conjunto de enfermedades infecciosas e inflamatorias que afectan a los tejidos de soporte del diente: encía, hueso y ligamento periodontal” (Murrieta, 2006: 95). Este proceso patológico tiene como consecuencia la pérdida, en distintos grados, de los tejidos de sostén de los órganos dentarios. En grados avanzados puede provocar movilidad dental o la pérdida de órganos dentarios. Lo anterior modifica la integridad de las funciones bucodentales; a nivel muscular, articular y generar alteraciones en la posición

dental. Las funciones que se ven dañadas corresponden a la masticación, fonación y estética.

Por lo tanto, las condiciones bucodentales son resultado de la falta atención estomatológica oportuna, consecuencia de las condiciones económicas, que derivan en desigualdad y en la dificultad en el acceso a los servicio de salud. Lo anterior interviene en la calidad de vida de las personas que padecen dichas patologías, las cuales pueden derivar en otras afecciones orgánicas y psicológicas.

3.2. Los servicios de salud bucodental: práctica

La práctica odontológica privada, actúa frente a la demanda de la población a partir de necesidades sentidas, es principalmente curativa y mutilatoria, dejando en segundo término a la promoción y protección específica, a la vez no es accesible para toda la población por sus altos costos y por los salarios bajos que se presentan en el país. Entonces las acciones que con más frecuencia realizan los odontólogos privados en el Distrito Federal son amalgamas y extracciones (Adriano y Caudillo, 2006).

Un problema con respecto a la carencia de una interpretación sobre los determinantes de la salud-enfermedad bucodental corresponde al “predominio del enfoque biologicista e individualista en la medicina que se practica en nuestro país, puesto que limita la posibilidad de que el equipo de salud adquiera un conocimiento amplio de la problemática sociocultural y psicológica de los pacientes a fin de orientar de manera adecuada el ejercicio de la práctica médica. Se ignora que los enfermos son sujetos históricos-sociales, es decir, individuos

que poseen determinadas características de conformidad con el grupo social al que pertenecen y según la zona geográfica en que viven” (Rojas, 1990: 63-64).

“Prácticamente, una de cada cuatro veces el motivo a la consulta odontológica es por dolor; resuelto éste, el paciente (de acuerdo con los odontólogos) da por terminado el tratamiento (la atención). Por otra parte, se ha mostrado que el dolor, la rehabilitación y la estética son los principales motivos para buscar la primera atención odontológica en la Ciudad de México (ocupan entre las tres mencionadas el 68% de las veces en las que se busca dicha atención), siendo además en las etapas tardías de la enfermedad cuando el individuo acude a recibir atención” (López, 2010: 124). Los padecimientos bucodentales atendidos en etapas avanzadas, puede llevar a la experimentación de dolor, un costo mayor para la rehabilitación e incluso pueden derivar en alteraciones funcionales de los procesos donde se involucra la cavidad bucodental.

En la conformación del proceso salud-enfermedad intervienen un conjunto de procesos que determinan las condiciones de salud bucal, tales como los políticos, económicos y culturales, por lo que la práctica estomatológica como disciplina de la salud, interviene en el estado de salud bucal de las personas, por relacionarse directamente con los modos de vida (alimentación, hábitos de higiene, horarios de trabajo y jornadas prolongadas, etc.), lo cual implica el conocimiento de las determinantes de la salud bucal, para identificar la situación actual de la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales relacionadas con los aspectos sociales. Su práctica puede considerarse de carácter social por lo que se le otorga un papel importante en el bienestar de los sujetos.

3.3. Desigualdad social en salud odontológica: acceso

En México los servicios de salud bucal son proporcionados por instituciones tanto públicas como privadas, las primeras ofrecen tratamientos limitados principalmente de tipo curativos. En el caso de los servicios privados proporcionan un gran número de tratamientos, que deben ser financiados por los solicitantes del servicio, lo cual genera que no sean accesibles para toda la población (Medina, *et. al*, 2004).

El estado de salud bucodental que presenta cierta población puede ser relacionada a la prestación específica de los servicios odontológicos (Thomsom, 2001). En el sistema privado de atención estomatológica el costo de la atención puede determinar la utilización de éstos, tal situación trae consecuencias para la salud bucodental de las personas con menos recursos económicos, donde se presentan los más elevados índices de enfermedades bucodentales.

Dependiendo de su inserción en el aparato productivo, se generan para las diferentes clases sociales un conjunto de procesos protectores y destructores de la salud. En cada una de las dimensiones en que tiene lugar la reproducción social, se desarrollan ambos procesos, que corresponden a los saludables y los destructivos, que pueden presentarse en los grupos sociales. En aquellos grupos de la sociedad en los que predominan los procesos protectores, habrá mayores posibilidades de salud; reflejados en la calidad de vida, en el desarrollo integral, la longevidad, entre otros aspectos que conforman el perfil de pertenencia a cierto grupo social.

Las enfermedades bucodentales como caries dental y patologías periodontales, al igual que otras enfermedades como las transmisibles y no transmisibles que

afectan actualmente a la población mexicana son el resultado de las condiciones y modos de vida.

De manera que la enfermedad mantiene una expresión acorde con ese perfil de clase; las características de presentación y distribución de la caries dental reflejan el carácter de clase del proceso salud–enfermedad, ya que el comportamiento epidemiológico de la salud y la enfermedad en general y bucal en particular se presenta de manera desigual en los diferentes países, a partir de sus condiciones de desarrollo social y económico. Al interior de cada uno de ellos, también se presenta de manera desigual para las diferentes clases sociales.

La salud bucodental es una condición elemental para la calidad de vida de los sujetos y también interviene en los modos de vida y procesos sociales y biológicos como la comunicación, alimentación y la expresión de afectos humanos. La salud estomatológica de las poblaciones es representada según el grupo social al que se pertenezca y puede estar determinada por lo económico (inserción al trabajo), así como por la organización en la prestación de los servicios de salud. Existen grupos que no pueden tener acceso a tales servicios por las características del grupo social al que pertenecen, siendo éste la principal limitación la falta de una seguridad social en salud y la imposibilidad de pagar la atención bucodental. La falta de acceso a bienes y servicios, los patrones de consumo alimentario, las exclusiones y desigualdades en salud dan cuenta de los perfiles de salud estomatológica.

La salud-enfermedad vista como proceso social, permite integrar a la estomatología como una práctica social que puede ser estudiada desde las representaciones sociales, para conocer las condicionantes que influyen en la

elección del tipo de servicio al que asisten los sujetos, con el fin de incorporar el complejo socioeconómico que intervine en el proceso salud enfermedad.

3.4. Representaciones sociales y salud bucal

Estudiar las representaciones sociales y salud bucal, nos lleva a entender como las personas se construyen y construyen la realidad social y como el conocimiento de sentido común es lo que conduce a los sujetos a actuar de determinada manera ante los problemas bucodentales, así tomando cierta posición frente a los objetos sociales.

La construcción sociocultural de la salud bucal es histórica, así mediante las representaciones sociales se da sentido a las conductas de las personas a través de sus creencias, saberes, interpretaciones de la realidad y los lazos que sostienen con distintos sujetos con quienes establecen vínculos sociales, estos últimos se presentan en las distintas interacciones que se establecen en la vida cotidiana, por ejemplo, en la escuela, la familia, amigos, etc. Desde las representaciones sociales relacionadas con la salud bucal y el proceso salud-enfermedad-atención bucodental se pueden saber las formas y creencias sobre la realidad que se relatan en los discursos de los sujetos, donde se pueden identificar los componentes tanto cognitivos, como sociales incluidos en la interpretación que tienen acerca de la salud estomatológica.

El proceso salud-enfermedad bucal como un proceso histórico social, puede ser abordado desde la óptica socio-cultural, en donde las patologías bucales no sean vistas sólo a nivel individual, sino a través de la percepción social de la salud estomatológica, que va desde la representación social de la atención odontológica

que recibe el individuo, su familia, la comunidad y la sociedad, así como la percepción que tienen de los propios profesionales de su quehacer.

Tal proceso, como elemento de la vida no puede quedarse fuera de la realidad social, sino que ocurre siempre en sociedad y tiene una representación social determinada, que mantiene una característica de historicidad. Este proceso se interpreta tanto por el individuo sano, por el enfermo y el profesional de la salud que explica y modifica dicho proceso con la práctica.

Entender el problema de salud y de enfermedad bucal como un proceso social, no solamente tiene consecuencias para la investigación, sino también para los profesionales que actúan en ese campo, como 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.

A través del uso de la investigación cualitativa se puede indagar sobre los sistemas de salud bucal, identificando las necesidades de la población, con la finalidad de mejorar y comprender las dificultades que enfrentan para acceder a la atención bucodental. A través del estudio de las representaciones sociales, recuperadas en historias de vidas, entre otras formas (Fernández, 1994), es posible interpretar la salud como un proceso eminentemente social, visto desde el enfoque psicosocial, que la psicología social crítica ha desarrollado en torno a las representaciones sociales.

Esta perspectiva permite tomar en cuenta la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de las personas, recuperando una percepción subjetiva con correspondencia a un sistema de valores y un contexto sociocultural, que daría

como resultado el grado de satisfacción con su boca y su funcionalidad (Montero,2006). Otro aspecto, es la situación de salud enmarcada dentro de un contexto social e histórico que tiene en cuenta la capacidad de las personas para acceder a oportunidades para el desarrollo, así como acceso a programas y estrategias en atención primaria y otras (Nieva,1998).

SEGUNDA PARTE: LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA Y OBJETIVOS

4.1. Justificación y Planteamiento del Problema

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) desarrolla estudios que se orientan a la medición de la incidencia y prevalencia de las patologías bucodentales, donde se incluyen la caries dental, la enfermedad periodontal, estos ofrecen un panorama de salud bucodental donde se menciona por ejemplo que aproximadamente el 4% de la población que asiste a la atención odontológica presenta una salud bucodental óptima, incluso menciona que la cobertura es limitada, además podemos agregar que la población adulta y adulta mayor va en aumento y representan los grupos con más padecimientos bucodentales.

Los niveles de pobreza de la región se incrementan de manera rápida, se piensa que el porcentaje de pobreza del total de la población es de 46.2% (2014) y para el Distrito Federal es de 28.4% representado por 2,502.5 personas para el mismo año y el porcentaje de población el pobreza extrema, para esta misma entidad es de 1,715.5 personas, donde la población en situación de pobreza extrema corresponde a la que presenta un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo y presenta al menos tres carencias sociales, la primera corresponde al ingreso mensual inferior a los valores establecidos según el lugar en el que vive, correspondiendo a vulnerables por carencia social urbano a 2,542.13 y rural 1,614.65, y con 1.8 carencias para pobres moderados corresponde para urbano a 1,242.61 y para rural 868.25 y un 1.9 de carencias y para pobres extremos

corresponde a 3.6 carencias promedio, donde se incluye la carencia de acceso a los servicios de salud, para cada uno de los niveles de pobreza. Las delegaciones con mayor número de personas en pobreza extrema son las siguientes: Tláhuac con 13,547, Iztapalapa con 63,017, Gustavo A. Madero con 23,091, Tlalpan con 17,196 y Álvaro Obregón con 16,748. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), esto se vincula con las desigualdades sociales, donde la distribución económica se ve polarizada, donde pocos concentran los ingresos más altos, por lo tanto la salud y la enfermedad se ve determinada por los niveles de ingreso, limitando el acceso a los servicios de salud para los grupos sociales más desfavorecidos. Motivo por el cual se estudian los aspectos socioeconómicos vinculados con las condiciones de salud bucal.

En México existe una alta prevalencia e incidencia de patologías bucodentales, como las lesiones por caries y las enfermedades periodontales. Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 9 de cada 10 mexicanos presenta las patologías antes mencionadas y se le atribuyen a los hábitos alimenticios y técnicas de higiene. Lo anterior implica un problema de salud pública que le compete tanto a los profesionales de salud, como al mismo Estado que controla las políticas de salud bucal y los recursos que se le asignan para la atención.

Según la Dirección General de Epidemiología (DGE), los órganos dentarios obturados, muestran que en algún momento han presentado lesiones cariosas en algún grado, también se puede considerar como un indicador de acceso a los diferentes servicios bucodentales y los tratamientos implementados. Los costos y la disponibilidad de servicios odontológicos del ámbito público limitan el acceso a los servicios de salud, por un lado y por el otro los elementos relacionados con los factores socioculturales que influyen de una manera significativa en las condiciones de salud bucodental. Según el SIVEPAB (2011), menciona que los grupos de edad con uno o más dientes obturados son los siguientes: de 30 a 34

años con 50.5%, de 35 a 39 con 53.6%, de 40 a 44 con 55% y de 45 a 49 con 54.6%, lo que indica que estos grupos han experimentado padecimientos que afectan su calidad de vida y sus funciones fisiológicas, evidenciando que no solo las repercusiones biológicas son importantes de mencionar, sino también las socioeconómicas que determinan dichas condiciones.

El SIVEPAB refiere en sus estudios de 2014 que los grupos de edad con mayor índice de lesiones cariosas se presenta en personas en edad productiva y que la caries dental y la enfermedad periodontal son las patologías que causan mayor número de consultas estomatológicas en el ISSSTE, este último en sus estadísticas refiere datos relacionados con el número de personas que son atendidas con estos padecimientos, mostrando que son 89,338 casos identificados. El instituto cuenta con aproximadamente 725 odontólogos que realizan acciones preventivas y actividades curativas, mencionando por ejemplo las obturaciones dentales con amalgama o resina, terapias pulpares, extracciones simples, drenaje de abscesos. Los datos revelan que los tratamientos son limitados y que el acceso a los servicios de salud en este ámbito deja fuera de la atención a la población que no cuenta con la derechohabiencia, generando así desigualdad social en el acceso a los servicios de salud, motivo de el alto índice de las enfermedades bucodentales antes mencionada, de esta manera la falta de capacidad de pago de los servicios privados de salud derivan de las políticas de salud del país y de la polarización económica.

La organización mundial de la salud establece que aproximadamente 41% de la población no tiene acceso a los servicios de salud y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de atender. En nuestro país la atención estomatológica se ubica entre las más demandadas para los servicios de salud. La mayoría de los sistemas que atienden la salud bucodental son de carácter privado. Un gran número de países

con ingresos medios y bajos presentan una limitada asignación de su inversión al cuidado de la salud bucodental y los recursos que se asignan por lo regular son a la atención odontológica de emergencia y al alivio del dolor, estas últimas acciones realiza por lo regular el sector público de atención estomatológica, que comprende la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos (Pemex) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Lo anterior pone en evidencia que la cobertura para la salud bucal es aún limitada e influye en las condiciones de salud bucodental, tanto de la población sin seguridad social y la población que si cuenta con ella, lo cual implica una desigualdad y problemática en relación a la salud para la población en general, tal situación lleva a las personas a buscar otras formas de atención y auto atención.

La desigualdad social vinculada con la salud, se refiere a la existencia de diferencias debidas a causas sociales y a la distribución de las condiciones de salud entre la población. La desigualdad social en salud está relacionada con los recursos que disponen las personas de los distintos grupos sociales (Borrell, 2003), lo cual trae como consecuencia que los grupos más desfavorecidos presenten dificultad en el acceso y elección de los servicios de salud.

La salud es un derecho humano, que es relevante para recibir una atención que contribuya a la salud y que además sea de calidad, pero también para todos los individuos y colectividades, sin distinción alguna, por lo tanto para cualquier ser humano el Estado está obligado a garantizarlos y respetarlos, para el bienestar integral de las personas en los aspectos biológicos, sociales, psicológico y económico (Guada, 2013). Sin embargo estudios revelan que los índices de personas con padecimientos bucodentales se vinculan con la falta de acceso a los

servicios de salud y la pobreza, generando así desigualdad social en relación a la salud. Considerando que los derechos humanos conjuntan equidad e igualdad, entonces ante el panorama se puede afirmar que no se cumplen y esto se muestra en las diferencias en salud bucodental que presentan los distintos grupos sociales. La equidad vista desde la noción de justicia, implica la ausencia de limitaciones y diferencias que son injustas, para acceder a los servicios de salud y la desigualdad como la discriminación para que se lleven a cabo los derechos para los diferentes grupos sociales de manera homogénea.

El CONEVAL (2014) en sus resultados muestra que en 2014, 21.8 millones de personas presentan carencia por acceso a los servicios de salud. Estos datos muestran la desigualdad social en salud y otras dimensiones de la pobreza, como son el acceso a la alimentación, vivienda y educación. Lo anterior indica que las condiciones socioeconómicas son desfavorables para tener acceso a los servicios de salud y esto se presenta cuando tienen una o varias carencias sociales y un ingreso menor al valor de la línea de bienestar, vulnerando así a la población, mientras sus estados patológicos bucodentales se incrementan, presentándose de esta forma distintas alteraciones bucodentales, por ejemplo la pérdida de órganos dentarios. Según SIVEPAB (2014), de la población estudiada por grupo de edad los porcentajes de dientes perdidos en el grupo de edad de 35 a 49 años es de 3.0% mientras que el grupo de 50 a 64 años es de 6.4%, en el grupo de 65 a 79 años es de 10.5% y en el grupo de 80 y más es 14.5%, según el promedio del índice COPD por grupo de edad, la información se recopiló en 413 unidades del sector salud a nivel nacional donde se examinó a un total de 274,192 pacientes de distintas edades y diferentes padecimientos, entre ellos el CPOD; estas pérdidas de órganos dentarios tienen una importante consecuencia que deriva en disfunciones musculares y articulares, además de la imposibilidad de realizar de manera adecuada la masticación, que intervienen en los procesos digestivos, y que trae como consecuencia estados de salud variables que intervienen en su calidad de vida. Lo anterior también se ve reflejado el número de personas sin

derechohabencia a servicios de salud que corresponde a 2.971.074 personas, estos datos se ve reflejados en las condiciones de salud bucodental nacional que corresponden a una alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucodentales como caries dental y patologías periodontales.

Existen diferencias en salud que pudieran evitarse si las personas tuvieran un acceso equitativo a los servicios de salud (Borrell, 2003) y seguridad social en salud que se ofreciera a toda la población por parte de los gobiernos de cada región. La sociedad mexicana vive transformaciones económicas, políticas y sociales que afectan su forma de vivir en general, vulnerando los modos de vida de la población y particularmente la salud. En el ámbito de la salud estomatológica, las limitaciones para la vida, como alimentación, vivienda, higiene; derivan en diferencias que determinan el acceso al sistema público de atención y peor aún a los servicios privados. Lo que produce grandes desigualdades de acceso a estos servicios; lo que ocasiona que muchos padecimientos bucodentales que podrían ser atendidos en sus etapas iniciales de la enfermedad, avancen y en el mejor de los casos se presente atención en estados avanzados de diversas enfermedades.

Rocha (2013) en su estudio llamado “análisis sobre el acceso a los servicios de salud de la salud bucal: un indicador de equidad”, muestra la influencia que tienen las desigualdades sociales en salud bucodental, a pesar de las evidencias como la anterior, la mayor parte se orientan al análisis de los indicadores de salud bucodental presentes en encuestas y datos estadísticos como lo hace el sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB). El estudio específico de los diferentes vínculos de la desigualdad social en relación con la salud bucodental es hasta hoy un campo poco estudiado, aun cuando ya constituye un objeto de estudio de interés (Cuenca, 2005) para la investigación cualitativa relacionada con las representaciones sociales sobre la salud-

enfermedad bucodental que tienen personas de diferentes grupos sociales, lo que puede dar cuenta de la problemática en el acceso y elección de los servicios estomatológicos, que pudiera ser más amplia que la simple disposición de servicios por su derechohabencia.

En la atención privada de atención estomatológica se establece una forma de actuación profesional que se encuentra determinada por la capacidad de pago que mantengan las personas, quienes acceden a una relación estrictamente contractual, donde el proveedor recibe el pago por sus servicios y el demandante de atención debe pagar la tarifa que establece el proveedor. Por otro lado, en el ámbito público de atención bucodental el acceso es limitado porque depende de la capacidad de oferta de servicios de las instituciones y de la cobertura de los usuarios a esas instituciones, donde los tratamientos son de carácter mutilatorio. Todo ello hace que sea aún más difícil la solución a los problemas bucodentales para grupos desfavorecidos. El conjunto de circunstancias mencionadas lleva a algunas personas a buscar atención en un ámbito distinto al privado (por las limitaciones en su capacidad de pago), y allí los espacios de las instituciones universitarias resultan privilegiados. Tal es el caso de las Clínicas Estomatológicas de la UAM–Xochimilco; UNAM, FES-Zaragoza; y algunas otras, incluso universidades privadas.

Por lo tanto, los diferentes grupos sociales detentarán distintas representaciones de la salud bucal y de su atención, en correspondencia con las experiencias que hayan tenido y los servicios a los cuales hayan podido acceder. Por ejemplo: puede ser que consideran su salud bucal como parte esencial de la salud integral, pero también es posible que ni siquiera se tenga una noción de importancia sobre la salud bucal; asimismo pueden realizar diversas acciones de autoatención o buscar atención estomatológica en distintos servicios: públicos, privados o universitarios, de acuerdo con la accesibilidad que dichos servicios les brinden. En

cuanto al momento de la atención pueden decidir buscarla en diferentes etapas de la enfermedad estomatológica, es decir en estadios iniciales de ésta o bien tardíamente cuando perciben dolor, molestias o pérdida de alguna de las funciones de la boca o dientes.

El sistema de salud de nuestro país se puede caracterizar por su segmentación, tanto en el acceso a los servicios de salud como en su financiamiento. Se tiene un amplio sector privado lucrativo de servicios de salud, donde el uso de los servicios depende de la capacidad de pago que tengan las personas, pagando al recibirlos. (Frenk, 2007).

El 75% de los estados del país muestran niveles de desigualdad social en salud se cree que las reformas en salud no influyeron de manera significativa en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida (López-Linares, 2012). Lo anterior muestra que el acceso a los servicios de salud prevalece limitado y muestra las desigualdades sociales en salud determinadas por factores, sociales, económico y políticos.

El estudio de las representaciones sociales en profesionales de salud estomatológica permite conocer su práctica, para establecer las características de la misma, que tal vez depende de las posibilidades de acceder o elegir (capacidad de pago) el servicio que solicitan los pacientes-usuarios. Estudiar y conocer expresiones de las personas que asisten a servicios de atención bucodental, permitirá conocer las características de las representaciones sociales y así conocer cómo han sido influidas por los servicios a los que asisten, al considerar que su acceso expresa la desigualdad social en las que están insertos. Así, las determinaciones sociales se expresarán con mediaciones sociales en su concepto

de salud-enfermedad bucodental y en las formas de acceso que tienen para atenderlas.

4.2. Pregunta de investigación

Ante el panorama de desigualdad en el acceso a los servicios de salud odontológica y la alta prevalencia e incidencia de enfermedades bucodentales surge la pregunta:

¿Cómo representan la salud-enfermedad odontológica personas a partir de solicitar atención, cómo resuelven sus problemas bucodentales y cuál es la respuesta de los profesionales ante esa situación desde la mirada de los pacientes y profesionales de la salud odontológica?

4.3. Objetivos

4.3.1. General

- Conocer las representaciones sociales de salud-enfermedad odontológica y su relación con la atención y el acceso a servicios odontológicos.

4.3.1.1. Específicos

- Identificar las representaciones sociales (ideas, actitudes, información, valores, imágenes, comportamientos, experiencias, creencias) de salud-enfermedad estomatológica de las personas que asisten a consultorios privados de Tláhuac e Iztapalapa.
- Establecer las características de las representaciones sociales de salud-enfermedad de los profesionales de consultorios privados.

4.3.2. General 2

- Conocer el tipo de atención estomatológica al que acceden personas con padecimientos estomatológicos y las características de las prácticas odontológicas de quienes les atienden.

4.3.2.1. Específicos

- Identificar los motivos que influyen en la elección del tipo de servicio odontológico al que acceden los sujetos.
- Conocer las características de las prácticas estomatológicas de los profesionales de consultorios privados.

4.4. METODOLOGÍA

4.4.1. Acercamiento Cualitativo

En la investigación cualitativa se generan hallazgos que no se encuentran con datos estadísticos o formas de cuantificación, existen dos rasgos distintivos; uno que su interés fundamental está en la obtención de información sin que necesariamente sea generalizada o implique representación similar para un universo mayor, si esa fuera la intención entonces lo indicado sería una investigación de base poblacional con criterios estadísticos de muestra y representatividad del universo en estudio, así el sentido en la investigación cualitativa se centra en la comprensión del proceso, más que en la generalización de eventos o sucesos particulares. Otro, relativo a lo que se busca y en razón de que las representaciones sociales, son construcciones simbólicas para indagar sobre las experiencias vividas de la gente, emociones y sentimientos, comportamientos, movimientos sociales, entonces resulta más adecuado orientar la investigación con técnicas que muestren esa información para su comprensión (Gurdián, 2007). La metodología cualitativa tiene como propósito interpretar y comprender, creencias, ideas, pensamientos, actitudes, comportamientos, etc. Se realiza mediante un paradigma interpretativo, donde el recurso son los relatos obtenidos de las entrevistas, esta última como técnica de recolección de datos.

4.4.2. Diseño

Para dar cuenta tanto del objeto de conocimiento como de la estrategia metodológica, se diseñó un estudio que considere dos grupos de personas en el servicio de atención odontológica privada: a) pacientes-usuarios de servicios estomatológicos del ámbito privado y b) al mismo tiempo se consideró entrevistar a los profesionales que brindan atención en servicios privados.

El diseño se generó a partir de considerar la vinculación de las necesidades de los pacientes, las forma de vivir y expresar sus condiciones de salud bucodental y la manera de resolver sus padecimientos odontológicos, con la forma de atender y la práctica de los profesionales de la salud estomatológica.

4.4.3. Técnicas de recolección de datos

En la organización y estructuración de la entrevista se diseñaron dos guías de entrevista semiestructurada. Una para pacientes-usuarios de los servicios estomatológicos privado y otra con preguntas para profesionales de consultorios privados. Ambas guías de entrevista semiestructurada se elaboraron con respecto a la información explorada sobre representaciones sociales y salud-enfermedad bucodental, (Anexo 1).

Se planearon las entrevistas, considerando el tiempo y el lugar de aplicación, realizando citas previas para los profesionales de la salud bucodental y la disponibilidad de los pacientes usuarios para atender la entrevista. Las entrevistas

aplicadas a los informantes se grabaron tras el consentimiento otorgado por ellos, posteriormente fueron transcritas para poder hacer el análisis correspondiente.

Las entrevistas tienen como propósito obtener información, que se recupera a través del lenguaje de los informantes, que manifiestan sus experiencias vividas, su percepción y el significado que otorgan a distintas situaciones u objetos, haciéndolo desde su subjetividad, con su forma de interpretar y percibir su realidad.

4.4.4. Informantes

Para obtener información se eligió una muestra por conveniencia de cinco pacientes, de tres consultorios privados y cuatro profesionales de distintos consultorios privados. La selección de las personas a entrevistar se realizó con los siguientes criterios:

4.4.4.1. Criterios de selección para pacientes:

Solicitar atención estomatológica en consultorios privados seleccionados de la delegación Tláhuac e Iztapalapa.

Tener más de 35 años, porque corresponde al grupo de edades con mayores padecimientos bucodentales, por ejemplo, la pérdida de órganos dentarios por lesiones cariosas y por enfermedades periodontales.

4.4.4.2. Criterios de selección para profesionales:

Contar con título de cirujano dentista.

Atender pacientes en sus consultorios privados, localizados en la delegación Tláhuac o Iztapalapa, el contexto socioeconómico permite realizar el estudio, considerando la problemática planteada.

4.4.5. Contexto

Las entrevistas se realizaron en tres consultorios privados para pacientes y cuatro consultorios privados para profesionales, de los anteriores tres ubicados en la delegación Tláhuac, y otro establecido en la delegación Iztapalapa, pero limítrofe por dos calles con la delegación Tláhuac, lo cual no invalida la representación de circunstancias socioeconómicas de la población que allí vive y asisten a atención.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el informe de 2012 y con base en la muestra del censo de población y vivienda de 2010 establece que las delegaciones con mayor porcentaje de población que se encuentra en situación de pobreza son las delegaciones Milpa Alta con (48.6%), Tláhuac (35.8%), Iztapalapa (37.4%), Álvaro Obregón (31.3%), Gustavo A. Madero (30.7%). Los porcentajes anteriores muestran las dificultades socioeconómicas que presentan las personas que viven en las delegaciones estudiadas y que de alguna manera determinan sus condiciones bucodentales. Las delegaciones mencionadas representan el 64.9% del total de la población en pobreza en Distrito Federal. El número de personas

que representan el porcentaje de pobreza en la delegación Tláhuac es de 151,715 y para la delegación Iztapalapa es de 727,128 correspondiendo a dos de las cinco delegaciones donde se concentra el mayor número de personas en pobreza.

En la delegación Iztapalapa la población sin derechohabiencia a servicios de salud en 2010 corresponde a 695,478 personas, lo cual representa el 33.6%, según indicadores de rezago social en delegaciones por el CONEVAL.

4.4.6. Etapas del estudio

El estudio consta de dos etapas, que permitieron aplicar el instrumento de recolección de datos, los cuales se describen a continuación:

4.4.6.1. La prueba piloto: su verificación y ajuste

En este proceso se conformó el diseño y la aplicación de la prueba piloto de la entrevista, con el fin de perfeccionar el instrumento de recolección. Se formaron categorías de análisis y fueron utilizadas para realizar la guía de entrevista y organizarlas por temas, las cuales corresponden a información relacionada con la salud bucal, campo de representación o imagen de la salud bucal y actitud relacionada con la salud bucal. Posteriormente se aplicaron dos entrevistas para ser utilizadas como prueba piloto, de esta manera de considero la información, para viabilidad en el análisis, también se reconsideraron las preguntas para determinar si proporcionaban la información necesaria para el procesos analítico, con ello se generaron ajustes en algunas preguntas para orientarlas con mayor

precisión, también se quitaron algunas preguntas donde la información que se proporcionada era repetida en otras.

4.4.6.2. El proceso de campo

Corresponde a la aplicación de las entrevistas en campo, tras realizar los ajustes del instrumento de investigación se procedió a trabajar con la población seleccionada, la cual se constituye por dos grupos, el primero por pacientes que solicitan la atención bucodental en consultorios privados y el segundo por profesionales de la salud que atienden en sus consultorios privados.

En relación al primer grupo, se les pidió aceptar la entrevista sobre salud bucal antes o después de pasar a consulta, explicándoles que la entrevista tendría una duración de aproximadamente 40 minutos. Para realizar las entrevistas en consultorios privados se pudo organizar el tiempo de entrevista y de la consulta estomatológica con respecto a las citas otorgadas por las odontólogas de cada consultorio privado. En la mayor parte de las entrevistas las personas mostraron interés y cooperación al responder las preguntas.

En relación al segundo grupo, se les solicitó, aceptar la entrevista relacionada con la salud bucodental, acordando los tiempos, en los que no atienden pacientes, informándoles que la entrevista tiene una duración aproximada de 45 minutos. En la mayoría de las entrevistas que se realizaron a las profesionales de la salud estomatológica, presentaron interés y cooperación.

4.4.7. La teoría fundamentada: un enfoque metodológico y analítico.

El principal recurso que se considera en esta investigación, es la información que se genera a partir de los informantes y que es primordial para entender las representaciones sociales de salud-enfermedad odontológica en el ámbito de atención privada en profesionales y pacientes-usuarios, permitiendo así comprender la relación entre lo social y el discursivo, a través del análisis del discurso (Gutiérrez, 1998).

La teoría fundamentada se desarrolla mediante dos estrategias, la primera consiste en el método comparativo constante donde la recolección de la información, la codificación se llevan a cabo de manera simultánea y la segunda se refiere al muestreo teórico “se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrolladas” (Amezcuca y Gálvez, 2002: 429).

La teoría fundamentada constituye el enfoque metodológico, que se emplea para el abordaje de las representaciones sociales, consideradas desde un enfoque procesual (Escobar, 2010). El empleo de la teoría fundamentada en el estudio de las representaciones sociales desde un enfoque estructural (Araya, 2009) y la combinación con el primero, permite estudiar los contenidos y su organización interna en relación al núcleo central y un sistema periférico. Para el enfoque procesual, permite el abordaje del contenido de las representaciones sociales mientras el estructural, permitiendo establecer los mecanismos de organización de los contenidos (Restrepo, 2013).

La teoría fundamentada es un recurso para desarrollar investigaciones en áreas que se vinculan con temas donde se involucra la conducta humana, aplicada a distintos grupos, organizaciones, así como otras configuraciones de tipo social (Glaser, 1992).

Las representaciones sociales presentan una dimensión de proceso, ubicado en la en la realidad social y a su vez conforman un contenido en relación a la estructura que posee, por lo tanto, configuran un pensamiento constituido y un pensamiento constituyente, de lo anterior derivan los enfoques procesual y estructural (Banchs, 2000).

Para desarrollar el enfoque procesual, se realiza la recolección de los discursos de los distintos informantes, por medio de entrevistas, para después realizar el análisis correspondiente, de esta manera, se establece el contenido de las representaciones sociales (Araya, 2002). En relación al enfoque estructural, se ubica en la organización y estructuración de creencias, información, actitudes y opiniones de algún objeto social, lo anterior se presenta en la organización interna de la representación social (Abric, 2001).

El proceso de análisis del discurso de los participantes del estudio, se llevó a cabo mediante el enfoque metodológico y analítico denominado teoría fundamentada, que se implementa y define por Glaser y Strauss en 1967. Es considerada como uno de los enfoques utilizado en la investigación cualitativa y contiene distintas estrategias metodológicas para realizar el procesamiento de la información.

Glaser y Strauss implementan dos estrategias para desarrollar la teoría fundamentada, una es el método comparativo constante, en éste se codifican y

analizan simultáneamente los datos para generar conceptos y el otro es el muestreo teórico según mencionan Taylor y Bogdan (1994).

La teoría fundamentada como herramienta metodológica en la investigación cualitativa, permite establecer cuál es elemento medular de las representaciones sociales. Entonces, “la teoría se construye sobre la información, especialmente a partir de las acciones, interacciones y procesos sociales, que acontecen entre las personas” (Paz, 2003: 153). La teoría fundamentada permite crear teoría emergente, la cual se refiere a las categorías y dimensiones que permiten explicar el fenómeno estudiado, que se puede realizar por medio de la conceptualización de los datos (Glaser y Strauss, 1967). Permitiendo así crear teoría a partir de la realidad, utilizando los relatos de los informantes y que consiste en los siguientes pasos:

4.4.7.1. Codificación abierta de los datos o información

Esta primera etapa corresponde a la organización de los datos obtenidos y se realiza empleando la información, para construir las categorías llamadas conceptuales. Se realiza mediante el desglose de los datos en unidades de significado, mediante las transcripciones de las entrevistas, identificando palabras o frases que se vinculan con el relato de los entrevistados (Spiegelberg, 1994).

Inicialmente se definen cada una de las categorías, mediante el establecimiento de etiquetas de un conjunto de información, se le asigna un nombre de acuerdo que define la interpretación de lo que sucede en ese hecho, identificado en la información seleccionada. Definir las categorías permite identificar lo complejo de la relación que existe entre los significados y las ideas. Dos tipos de categorías se

generan del proceso una que el investigador construye a partir de los distintos relatos de los informantes y las otras que surgen del propio lenguaje de los entrevistados.

Una vez obtenidas las categorías, se realiza una comparación entre ellas, para identificar las posibles similitudes y diferencias, de esta forma se establece lo que es uniforme y estable (Locke, 2001).

4.4.7.2. Codificación axial de los datos o información

Esta etapa tiene como propósito crear un esquema conceptual, para definir el tema principal. Se comienza por la elección de los principales temas de los datos, para así reducir la información. Lo anterior permite organizar, reducir las categorías y utilizar las que den sentido y representación al proceso.

Esto permite identificar la categoría central y las subcategorías a partir del agrupamiento de las categorías a través de establecer la variable central, para definir el elemento medular de las representaciones sociales.

Lo anterior se realiza por medio de la construcción de diagramas. En este punto se vuelven a evaluar los códigos definidos, con el objetivo de hacer notar las relaciones que existen entre los diferentes temas, que surgieron de la información. Esta etapa es muy relevante, porque es en este momento, donde se presenta el núcleo figurativo, que se ubica representado en la categoría central.

4.4.7.3. Codificación selectiva de los datos o información

En esta etapa se delimita la teoría, lo más relevante es establecer los componentes del marco teórico (Locke, 2001).

En este momento se tiene como propósito organizar la información, con el fin de desechar los elementos redundantes y se ocupen los espacios vacíos en otras categorías, que forman parte de los esquemas analíticos de la información recolectada.

Proceso mediante el cual se establece una categoría para convertirse en el núcleo y vincular las otras categorías con la central. En este punto se vuelve a realizar una comparación de las distintas categorías, para definir las más relevantes, para generar la teoría a partir de éstas.

4.4.7.4. Delimitación de la teoría emergente

Se pueden presentar dos tipos de teoría, la primera corresponde a la sustantiva y la segunda a la formal, que se evidencia de las realidades humanas singulares a partir de los datos que se generan de la investigación en curso de forma dinámica y abierta. La formal se realiza a partir de categorías centrales o con algunas dimensiones, que son identificadas y vinculadas con la revisión de la literatura. (Glaser, 1978).

Corbin y Strauss establecen que “una matriz condicionada es una representación visual que incorpora y representa las condiciones que son básicas y relevantes, que influyen en la investigación o la teoría” (1978 en Vera 2003:60).

Reducidas las categorías, se puede proceder a delimitar la teoría emergente. Distinguiendo uniformidad en las categorías, entonces se puede constituir teoría con un conjunto mínimo de conceptos con el texto delimitado.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y CODIFICACIÓN DE LOS DATOS

5.1. Técnica de análisis

Para desarrollar esta etapa, se empleó la técnica de análisis del discurso, la cual tiene como propósito identificar los principales fragmentos que servirán, para conocer las representaciones que los informantes tienen sobre la salud y enfermedad bucodental, para dar explicación a sus formas de percibir e interpretar la realidad social de los profesionales de la odontología y pacientes que solicitan su atención.

5.2. Unidad de análisis

Comprende los diferentes fragmentos de las entrevistas según las categorías, se consideraron y tomaron párrafos completos, frases significativas y palabras, que representen las categorías de análisis.

5.3. Preparación de los documentos

A partir de mantener en conjunto las transcripciones de las entrevistas que se aplicaron de acuerdo a los ámbitos estudiados a los pacientes-usuarios de consultorios se establecieron, para poder constituir el documento primario para procesar, organizar e identificar la información contenida en las entrevistas para dar paso al análisis de la información.

Para identificar los distintos relatos de los pacientes se utilizaron las siguientes claves: entrevista paciente (EP) y se les asignó un número que corresponde para cada uno de los pacientes; por ejemplo: (EP1).

Para identificar los distintos relatos de los profesionales de la odontología se utilizaron las siguientes claves: entrevista profesionales de la odontología (EPO) y se les asignó un número que corresponde para cada uno de los profesionales de la odontología, por ejemplo: (EPO1).

5.4. Proceso de análisis

El análisis de los datos se realizó mediante el siguiente proceso:

- La obtención de la información mediante entrevistas audiograbadas.
- A las entrevistas audiograbadas se les transcribió para su análisis, las entrevistas se revisaron repetidamente para facilitar el reconocimiento de los contenidos. Transcripciones de las entrevistas permitieron ordenar, clasificar y procesar la información obtenida.
- Codificación de la información obtenida. Con la información obtenida se generaron categorías que integran conceptos e ideas que se vinculan con un tema en particular.

El total de las entrevistas aplicadas a los pacientes usuarios y profesionales de la salud estomatológica se procesaron cada grupo por bloques separados.

El análisis de la información se realizó con las unidades de análisis elaboradas, lo cual permitió obtener códigos, y se formaron categorías derivadas del procesamiento.

A partir de las unidades de análisis consideradas, se designaron códigos que posibilitaron la relación y permitieron la identificación de las diferentes categorías empleadas para el análisis de la información.

En la teoría de las representaciones sociales Moscovici (1979) considera las siguientes dimensiones de contenido: información, campo de representación, actitud y para realizar la codificación se expresaron de la siguiente manera:

5.1.1. Información relacionada con la salud bucodental

Esta dimensión se refiere a los conocimientos que tienen los informantes sobre la salud bucodental, que se encuentran determinados por la información que poseen y la pueden obtener de dos maneras; una es la informal y la otra la formal. “Se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (Moscovici, 1979:45). Son los referentes de interpretación, de conocimientos, nociones, sentidos conceptuales que le otorga el sujeto.

5.5.2. Campo de representación relacionada con la salud bucodental

El campo de representación lleva a “la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proporciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación” (Moscovici: 1979:46).

Esta dimensión corresponde a la imagen de representación social que tienen los informantes sobre la atención y práctica bucodental, presenta las siguientes subcategorías: imágenes, creencias y valores.

5.5.2.1. Imagen:

Se refiere a la representación mental que los grupos estudiados y elaboran sobre la práctica y atención bucodental de los profesionales y el espacio donde se atiende.

5.5.2.2. Creencias:

Corresponden a ideas, conceptos o conocimientos que asumen como verdaderos los profesionales, sobre la atención y la práctica odontológica.

5.5.2.3. Valores:

Corresponden a los distintos principios, que definen el comportamiento por convicción de los estudiados, relacionados con la atención y práctica odontológica.

5.5.3. Actitud relacionada con la salud bucodental

La actitud es el elemento afectivo que posee la representación. Hace referencia a “la orientación global en relación con el objeto de la representación social” (Moscovici, 1979: 45). Dicha orientación implica la cercanía o distancia con que el sujeto se relaciona en torno a un objeto.

“La actitud se conceptualiza como una disposición interna del individuo respecto del objeto, reserva aun estado particularmente estable de una situación a otra, es adquirida y tiene que ver con todo lo que evoca el sujeto” (Paulín, en Correa, 2003 :156).

5.5.3.1. Actitud cognitiva:

Consiste en juicios, creencias, conocimiento e información que poseen los profesionales, sobre los padecimientos bucodentales.

5.5.3.2. Actitud afectiva:

Sentimientos favorables-desfavorables que poseen los pacientes-usuarios, sobre los padecimientos bucodentales es el componente afectivo; sentimientos favorables-desfavorables.

5.5.3.3. Actitud motora:

Tendencia a la acción que presentan los pacientes-usuarios, con respecto a los padecimientos bucodentales.

5.5.4. Proceso de codificación

5.5.4.1. Codificación abierta pacientes-usuarios:

Tabla. Indicadores generados de conceptos identificados en la codificación:

Higiene bucal	Comunidad
Cuidados básicos	Atención necesaria para los dientes
Cepillado de dientes	Falta de educación
Hilo dental	Falta de cultura
Enjuague bucal	Cultura de limpieza
Visitar al dentista	Información
Molestias	Acudir al dentista
Dolor	Campañas

Mala higiene	Pieza dental
Sarro	Dulces
Mal aliento	Descuido
Prevención	Odontólogo con presencia y limpio
Revisión	Dientes amarillos
Estética	Sarro
Conocimientos	Acceso
Instituciones públicas deficientes	Economía
Servicios carísimos	Amigable
Servicio particular	Enfermedades
Limpieza de sarro	Presupuesto
Sarro	Atención adecuada
Encía inflamada	Cepillado
Miedo	Tratamiento adecuado
Alimentación	Culpa
Trato	Conciencia
Buen servicio	Revisión a tiempo
Confianza en el tratamiento	Atender a tiempo
Infección	Servicio inadecuado en el sector publico
Masticar	Ética
Nunca nos enseñaron	Responsabilidad
Limpieza	Preocupación
Cuesta mucho	Apariencia
Dinero	Mal aliento
Caros	

Caries	Problemas dentales
Radiografía	Cuesta caro
Pagar	Perder piezas dentales
Bajos costos	Orientación
Niños	Trauma
Bajos recursos	Lavar los dientes
Medicamento	Indecisión
Nervios	Ingerir
Comunicación	Recomendación
Tener paciencia	Trabajo
Hábito	Gastos
Prioridades	Presión económica
Situación económica	Cuidados
Crisis	Desconocimiento
Remedios caseros	Servicio caro
Barato	Digestión
Autocuidado	Información sobre el tratamiento
Educación	Profesional capacitado
Buena salud bucal	Profesional con bata blanca y guantes
Presencia del profesional	

5.5.4.2. Codificación axial pacientes-usuarios:

Tabla. Categorías

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS EMERGENTES DEL ANÁLISIS		
CATEGORÍA	INDICADORES	SIGNIFICADO DE LA CATEGORÍA
SALUD BUCODENTAL	Higiene Cuidados básicos Buena salud bucal Hábito Cultura de limpieza Autocuidado Limpieza Educación	La categoría considera los elementos que proporcionan una salud bucodental a partir de la información que poseen los usuarios.
ATENCIÓN BUCODENTAL	Miedo nervios Tratamiento adecuado Atención adecuada Dolor Servicio caro Profesional capacitado Profesional con bata blanca y guantes Cuesta caro Información sobre el tratamiento	La categoría agrupa los elementos relacionados con la percepción y valores que tienen los usuarios con respecto de la atención bucodental a partir de las experiencias con el servicio bucodental.

	<p>Presencia del profesional</p> <p>Ética</p> <p>Responsabilidad</p> <p>Confianza en el tratamiento</p> <p>Trauma</p> <p>Gastos</p> <p>Crisis</p> <p>Bajos recursos</p> <p>Orientación</p> <p>Odontólogo con presencia y limpio</p> <p>Acudir al dentista</p>	
<p>PRACTICAS BUCODENTALES</p>	<p>Cepillado</p> <p>Visitar al dentista</p> <p>Mala higiene</p> <p>Revisión</p> <p>Indecisión</p> <p>Lavar dientes</p> <p>Autocuidado</p> <p>Remedios caseros</p> <p>Culpa</p> <p>Descuido</p> <p>Falta de educación</p>	<p>La categoría agrupa las distintas acciones realizadas por los pacientes-usuarios, relacionadas con sus prácticas bucodentales.</p>

	Falta de cultura	
PADECIMIENTOS BUCODENTALES	Sarro Encía inflamada Mal aliento Dientes amarillos	La categoría concentra los padecimientos que los pacientes experimentan o conocen.

5.5.4.3. Codificación selectiva pacientes-usuarios:

Tabla. Dimensiones

DIMENSIONES EMERGENTES DE REPRESENTACIÓN SOCIAL	
CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
<p>INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD BUCODENTAL:</p> <p>Esta dimensión se refiere a los conocimientos que tienen los pacientes-usuarios, sobre la salud bucodental.</p>	<p>INFORMACIÓN INFORMAL:</p> <p>Conjunto de conocimientos que tienen los pacientes-usuarios y que son adquiridos mediante la experiencia, sobre la salud bucodental.</p> <p>INFORMACIÓN FORMAL:</p> <p>Conjunto de conocimientos que poseen los pacientes-usuarios y que son adquiridos por formación educativa o por medio de personas que poseen la formación, sobre la salud bucodental.</p>
<p>CAMPO DE REPRESENTACIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN Y PRÁCTICA BUCODENTAL:</p>	<p>CREENCIAS:</p> <p>Ideas, conceptos o conocimientos que</p>

<p>Esta dimensión corresponde a la imagen de representación social que tienen los pacientes-usuarios sobre la atención y la práctica estomatológica.</p>	<p>asumen como verdaderos los pacientes-usuarios, sobre la atención y la práctica odontológica.</p> <p>IMÁGENES:</p> <p>Representaciones mentales que poseen los pacientes-usuarios sobre atención y la práctica odontológica.</p> <p>VALORES:</p> <p>Principios que definen el comportamiento por convicción de los pacientes-usuarios, relacionados con la atención y práctica odontológica.</p>
<p>ACTITUD RELACIONADA CON LOS PADECIMIENTOS BUCODENTALES:</p> <p>Es el elemento afectivo que posee la representación social y que manifiestan los pacientes-usuarios, sobre los padecimientos bucodentales.</p>	<p>ACTITUD AFECTIVA:</p> <p>Sentimientos favorables-desfavorables que poseen los pacientes-usuarios, sobre los padecimientos bucodentales.</p> <p>ACTITUD COGNITIVA:</p> <p>Juicios, creencias, conocimiento e información que tienen los pacientes-usuarios, sobre los padecimientos bucodentales.</p> <p>ACTITUD MOTORA:</p> <p>Tendencia a la acción que presentan los pacientes-usuarios con respecto a los padecimientos bucodentales.</p>

5.5.4.4. Codificación abierta profesionales de la salud bucodental

Tabla. Indicadores generados de conceptos identificados en la codificación

Equilibrio	Encía rosada
Prevenir	Apariencia
Lesiones	Alimentación
Enfermedades	Tiempo
Higiene	Gasto
Lesiones	Consulta
Traumatismos	Emergencia
Hábito	Desidia
Tratamiento	Gingivitis
Control de placa	Concientizar
Técnica	Radiografía
Sarro placa dentobacteriana	Detectar la causa
Mal aliento	Cuidado integral del paciente
Sangrado	Confianza
Encías rojas	Cepillado
Caries	Sector publico
Herpes	Sector privado
Candidiasis	Respeto
Educación	Privacidad
Mala y poca información	Niños
Extracción	Profesional
Salud	Responsabilidad

Miedo	Funcionamiento e higiene de la boca
Creencia	Técnica de cepillado
Infección	Sistema inmune diferente
Economía	Padecimientos hipertensión diabetes
Prevención	Atención
Dolor	Masticación
Problema bucal	Perdida de piezas dentales
Sistema de salud de gobierno	Estética
Falta de dinero	Sonreír
Interés	Seguridad
Asistir al odontólogo	Sensibilidad dental
Patologías bucales	Tejido nervioso
Amalgamas	Población
Resinas	Costos
Extracciones	Precios
Diagnosticado	Revisión
Absceso	Operatoria
Dientes manchados	Angina de Ludwig
Situación económica	Incrustación
Escuelas	Corona
Gobierno	Prótesis
Métodos preventivos	Importancia
Estética	Capacidad de entendimiento
Pieza dental	Curación
Sonrisa	Explicación

Amable	Calidad de vida
Organismo	Padecimiento

5.5.4.5. Codificación axial profesionales de la salud bucodental

Tabla. Categorías

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS EMERGENTES DEL ANÁLISIS		
CATEGORÍA	PROPIEDADES	SIGNIFICADO DE LA CATEGORÍA
SALUD BUCODENTAL	Equilibrio Higiene Prevención Educación Salud Estética Funcionamiento Funcionamiento e higiene de la boca Escuela Cepillado dental	La categoría agrupa las acciones que consideran para una adecuada salud bucodental.
ATENCIÓN BUCODENTAL	Respeto Confianza Responsabilidad	La categoría considera los elementos relacionados con los valores y percepción de la salud bucodental.

	<p>Atención</p> <p>Privacidad</p> <p>Miedo</p> <p>Desidia</p> <p>Economía</p> <p>Costo</p> <p>Concientizar</p>	
<p>PRACTICAS BUCODENTALES</p>	<p>Técnica</p> <p>Tratamiento</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Operatoria</p> <p>Amalgama</p> <p>Resina</p> <p>Prótesis</p> <p>Extracciones</p> <p>Revisión</p> <p>Incrustación</p> <p>Control de placa</p> <p>Consulta</p>	<p>La categoría reúne los elementos relacionados con el procedimiento y acciones de la práctica cotidiana de los profesionales de la salud bucodental.</p>
<p>PADECIMIENTOS BUCODENTALES</p>	<p>Mal aliento</p> <p>Dientes manchados</p> <p>Herpes</p> <p>Candidiasis</p> <p>Gingivitis</p> <p>Encías sangrantes y</p>	<p>La categoría muestra los diferentes padecimientos que los profesionales de la salud bucodental identifican y conocen a partir de su práctica.</p>

	rojas Enfermedades Caries Sensibilidad dental Padecimientos Dolor	
--	--	--

5.5.4.6. Codificación selectiva profesionales de la salud bucodental

Tabla. Dimensiones

DIMENSIONES EMERGENTES DE REPRESENTACIÓN SOCIAL	
CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD BUCODENTAL: Esta dimensión se refiere a los conocimientos que tienen los profesionales, sobre la salud bucodental.	INFORMACIÓN INFORMAL: Conjunto de conocimientos que poseen los profesionales y que son adquiridos mediante la experiencia, sobre la salud bucodental. INFORMACIÓN FORMAL: Conjunto de conocimientos que poseen los profesionales y que son adquiridos por formación educativa o por medio de personas que poseen la formación, sobre la salud bucodental.
CAMPO DE REPRESENTACIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN Y PRÁCTICA BUCODENTAL: Esta dimensión corresponde a la imagen de representación social que tienen los profesionales sobre	IMÁGENES: Representaciones mentales que poseen los profesionales sobre atención y la práctica odontológica.

<p>la atención y la práctica estomatológica.</p>	<p>CREENCIAS:</p> <p>Ideas, conceptos o conocimientos que asumen como verdaderos los profesionales, sobre la atención y la práctica odontológica.</p> <p>VALORES:</p> <p>Principios que definen el comportamiento por convicción de los profesionales, relacionados con la atención y práctica odontológica.</p>
<p>ACTITUD RELACIONADA CON LOS PADECIMIENTOS BUCODENTALES:</p> <p>Es el elemento afectivo que posee la representación social y que manifiestan los profesionales, sobre los padecimientos bucodentales.</p>	<p>ACTITUD COGNITIVA:</p> <p>Juicios, creencias, conocimiento e información que poseen los profesionales, sobre los padecimientos bucodentales.</p> <p>ACTITUD AFECTIVA:</p> <p>Sentimientos favorables-desfavorables que poseen los profesionales, sobre los padecimientos bucodentales.</p> <p>ACTITUD MOTORA:</p> <p>Tendencia a la acción que presentan los profesionales con respecto a los padecimientos bucodentales de los pacientes-usuarios.</p>

TERCERA PARTE: LA EXPRESIÓN DE LA REALIDAD

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

Los relatos de los informantes aportan los principales elementos que nos ayudan a comprender y analizar las representaciones sociales que tienen sobre la salud bucodental. Esta investigación muestra la subjetividad y significados que día a día construyen, quienes atienden y solicitan la atención estomatológica, al generar creencias, valores y actitudes e imágenes, en un marco de desigualdad social en torno al acceso a los servicios del ámbito privado.

Existen diferentes universos de opiniones, las cuales dependen de las clases, de la cultura o grupos, donde cada universo mantiene tres dimensiones que son: información, campo de representación y actitud (Moscovici, 1979). Tales dimensiones se presentan y están incluidas en la teoría de las representaciones sociales.

A través del enfoque de la teoría fundamentada se construyeron categorías, que permitieron la generación de tres dimensiones de las representaciones sociales; Información relacionada con la salud bucodental, Campo de representación relacionada con la atención y práctica bucodental, Actitud relacionada con los padecimientos bucodentales.

Las representaciones sociales estudian el pensamiento social o conocimiento del sentido común, sus contenidos y su relación con la construcción mental de la realidad y “se producen sobre la base de intercambios verbales y no verbales, de

interacciones entre acciones, comportamientos y comunicaciones en el espacio público de vida de individuos con una pertenencia social específica... con fundamentos históricos culturales y con características particulares que influye sobre su dinámica social actual, lo cual habla de la huella de una cultura y una sociedad sobre la diversidad de representaciones producidas en la pluralidad de sus espacios sociales ” (Banchs, 2001:15-16).

Las representaciones sociales no se muestran aisladas, sino que responden a estructuras simbólicas que aportan sentido a una realidad, la cual se crea como un objeto representado mentalmente, para hacerlo susceptible de interpretación. Por lo anterior analizar los relatos de profesionales y pacientes-usuarios de la salud bucodental permite considerar y valorar las ideas, creencias, sensaciones, opiniones, emociones con fin de prestar una atención donde se valoren y reconozcan la forma de experimentar y vivir un padecimiento bucodental en el marco de desigualdad social. La salud bucodental no se encuentra separada de los procesos sociales y son consecuencia de la estructura de polarización económica de nuestro país, donde los profesionales y pacientes se ven envueltos en estas determinaciones, que de alguna manera influyen en su calidad de vida.

6.1. Representaciones sociales de pacientes-usuarios:

6.1.1. Dimensión: información relacionada con la salud bucodental

La salud bucodental se encuentra representada por los informantes; por la higiene que realizan, la vinculan con el autocuidado, atención y conocimientos que poseen para llevarla a cabo, esto deja ver que se responsabilizan de su estado de salud bucal. Las acciones realizadas por los pacientes determinan la noción de salud

bucal y se encuentran también definidas información que obtienen de fuentes formales. También los discursos muestran por otro lado que el grado de conocimientos sobre la higiene bucal depende de la educación, la cultura, el grupo social al que pertenecen y el Estado.

“Tengo un amigo que es dentista, más o menos él me puede asesorar y eso es lo que yo le pregunto al nuevo dentista, sobre todo le pregunto cosas que ya sé”. (EP1)

“En muchas de las veces la falta de educación o la falta de cultura en las personas según el medio ambiente donde viven, les falta cultura de la limpieza sobre la boca”. (EP2)

“Hacer una campaña dirigida a esas gentes y llegar a sus lugares donde habitan hacerles llegar información de la higiene bucal (por) las autoridades municipales”. (EP2)

“La salud bucal es para mí, la higiene que tiene la persona y que razonablemente puede y tiene conocimiento de cuáles son las bases o características para que una persona tenga una dentadura saludable, la higiene bucal es importante porque de ello vamos a determinar la importancia que se tiene sobre el cuidado de los dientes”. (EP5)

“Es tener la atención necesaria para a los dientes, la limpieza cuenta mucho para evitar la caries y otras cosas. Lavándome tres veces al día los dientes”. (EP2)

“Pues tener una atención adecuada de nuestros dientes, la atención adecuada para mí en primer lugar sería limpieza, y luego visitar a un médico, con el cepillado de dientes, con la pasta y el y el cepillado diario tres veces al día o mínimo dos”. (EP3)

“A mí me explicaron que una infección mal cuidada por ejemplo en la encía, hasta puedes perder todos los dientes cercanos al área de la infección y además de lo incómodo que es porque es muy difícil que es, dicen que uno de los peores dolores es el de muelas por ejemplo”.(EP1)

“De los noventa al dos mil la gente no se preocupaba mucho por su dentadura, yo creo que ya hay un poco más de información y tratan de cuidarse más los dientes”. (EP5)

6.1.2. Dimensión campo de representación (imagen, creencias y valores) relacionada con la atención y práctica bucodental

6.1.2.1. Imagen

Los pacientes representan al profesional de la odontología con nociones de limpieza, utilizando esta para significar la seguridad que les puedan ofrecer los profesionales, debido al contacto directo que involucra su cuerpo y su integridad.

La cavidad bucodental como elemento orgánico mantiene un “contacto con el medio exterior” que le permite dar una doble significación a la misma, la primera se refiere a la emocional como medio de afecto y la segunda; la funcional que le permite alimentarse y comunicarse. También puede funcionar como una vía de acceso de agentes causales de enfermedad, por tal motivo consideran y representan de primera intención el control de la esterilización que necesariamente involucra su salud en general, por lo tanto, la figura del odontólogo les ofrece la confianza para permitir el contacto íntimo con su cuerpo. Por lo tanto hay una vinculación de la higiene con la salud y el estereotipo del profesional. De lo anterior se establece que en la imagen hay una transmisión de seguridad.

“Desde el lugar, la apariencia del médico, mucho de esto es la apariencia del médico, que nos inspire seguridad, confianza, limpieza y sobre todo conocimiento, sí, la apariencia del médico cuenta mucho”. (EP1)

“Un profesional de odontología se ve en su presencia, su personalidad con su uniforme blanco, todo bien estético, con sus guantes, con su instrumental bien que le hacen asepsia y antisepsia, y procesos de esterilización todo eso, y sobre todo su lugar de trabajo muy limpio”. (EP2)

“Como una persona limpia, preparada, con un buen servicio, pero sobre todo esa calidad humana, como nos tratan para hacernos sentir seguros con ellos”. (EP1)

(Los odontólogos realizan) “una labor magnífica, porque hacen el trabajo de componer lo que nosotros descuidamos”. (EP2)

6.1.2.2. Creencias

Las relaciones sociales se insertan dentro de un marco de referencia, que tiende a enfatizar la diferenciación social, generando con ello un conocimiento empírico que manifiestan los usuarios a través de creencias. Esto permite que los individuos conjunten la realidad bajo su propia mirada e incorporen a ésta el conocimiento adquirido de forma personal o por transferencia, por ende su nivel de percepción con respecto a la salud bucodental dependerá en gran medida de las fuentes que de adquisición de conocimiento, sin dejar de considerar la influencia que ejercen los aspectos culturales, socioeconómicos y políticos sobre las mismas. Como se deja ver en los siguientes relatos. Cuando aparece el síntoma hay reconocimiento de la necesidad de la salud bucodental-profesional igual a alivio y cura, construcciones sociales-individualismo o salud integral.

“Yo creo que sí, yo me he topado con odontólogos que el servicio es demasiado caro y que la gente como la economía de nuestro país y la crisis está muy elevada, yo creo que si la gente piensa mucho antes de gastar demasiado en el arreglo de sus dientes, únicamente va al odontólogo cuando ya siente dolor, mientras no sienta dolor o no sienta alguna molestia en el diente, no tiene la mínima preocupación únicamente vamos cuando nos duele”. (EP5)

“Pues yo digo que son los nervios porque cuando te duele y sabes que te la van a extraer, yo creo que ya estas mentalizado que te va a doler y que te va a doler, yo creo que el dentista tiene una táctica para que entres en confianza, te calmes, te relajes para poder hacer la extracción del diente o la muela”. (EP4)

“Veo la extrema pobreza, que van al día no tienen para comer y mucho menos van a tener para el doctor, para el dentista o para atenderse de las enfermedades”. (EP2)

“Me da miedo, porque de niña sufrí mucho con los dentistas, me tumbaron ocho dientes, cómo no se me caían los de leche me los tuvieron que quitar, me arrancaron ocho dientes, cuatro abajo y cuatro arriba, porque me inyectaban mucho para sacármelos, no estaban sencillitos tenían raíz y sufrí mucho con las inyecciones y los taladros”. (EP1)

“Yo digo que tienen que ser, hacerlo con cuidado que por la gente que comenta que luego hay cosas que realizan los dentistas y que es un poco doloroso, ellos deben darle como seguridad a la gente, porque luego los nervios o contrae que luego no de más dolor”. (EP4)

“Si, yo pienso que si la verdad la gente de ahora tenemos prioridades, así como está ahorita la situación económica, les damos prioridades a los gastos de la familia, la comida, no sé, a los hijos, a los gastos de los hijos, y la verdad dejamos hasta el último cualquier tipo de medicina, o sea damos prioridad a las cosas a la cocina, a los hijos y lo que es todo médico siempre lo dejamos en segundo plano”. (EP4)

“También otra cosa muy importante, el dinero porque por ejemplo yo me he dado cuenta incluso yo antes llevaba a mis hijos al DIF pero yo veía que la atención no era la adecuada, entonces también el dinero influye mucho porque también a veces uno quisiera por ejemplo revisarse dos veces al año con el dentista y a veces no se puede, porque le digo si uno va al DIF es barato pero si no hay la atención adecuada”. (EP3)

“Muchos creen que como son dientes de leche, por ejemplo no importa que los tengan podridos al fin se les van a caer, entonces realmente la comunidad donde yo vivo es de muy bajos recursos y si la gente no considera necesario y mucho menos importante visitar a un médico dentista”. (EP1)

6.1.2.3. Valores

Los valores se constituyen en los distintos procesos sociales y los podemos identificar en los discursos de los informantes. El primer valor que se reconoce es paciencia, ofrecida por el odontólogo, permitiendo así una noción de tolerancia y comprensión percibida por el paciente, otro valor que se considera es el de confianza, permite crear un ambiente de interacción profesional-paciente basado en la seguridad que pueda generar la acción del primero, por último se considera el valor de la responsabilidad y se expresa en los discursos, mediante el mecanismo acción-interacción-cumplimiento, proceso que permite establecer una secuencia de hechos que generan una noción de compromiso. Se muestra una influencia de los valores del profesional en la aceptación del paciente, para recibir la atención estomatológica. Lo anterior muestra que los valores del paciente se encuentran representados en el profesional, por lo tanto existe una introyección de estos valores en los pacientes.

“...Un buen dentista o buen doctor los calma, los enseña, les da confianza, platica y les quita el miedo platicando de otras cosas debe ser muy amigable”. (EP2)

“Si yo digo que uno y el punto principal en un especialista, ese trato, que sepan llegarnos, que les tengamos confianza en el tratamiento”. (EP1)

“La confianza es muy importante porque por ejemplo cuando uno ya le tiene confianza al doctor y cualquier problema ya no va uno a buscar por otro lado, uno dice ya voy con el doctor que me atiende y ya le tengo confianza, porque si luego da miedo”. (EP3)

“Uno le debe tener confianza a su médico, el médico debe demostrar paciencia, porque a mi si me da pendiente que a cada rato le esté llamando pero digo si no puedo venir pues le tengo que llamar, si me duele pues digo con toda la pena tengo que hablarle, porque digo para que busco a otra persona”. (EP3)

“Pues yo digo que son los nervios porque cuando te duele y sabes que te la van a extraer, yo creo que ya estas mentalizado que te va a doler y que te va a doler, yo creo que el dentista tiene una táctica para que entres en confianza, te calmes, te relajes para poder hacer la extracción del diente o la muela”. (EP4)

“Pienso que un odontólogo tiene la responsabilidad de dar una orientación a su paciente y tratarlos lo mejor que se pueda, porque si el médico trata bien al paciente pues el paciente regresa o lo recomienda, incluso la señora de hace rato le decía a otra señora “no el doctor es buenísimo todo mundo habla bien de él” y entonces yo creo que sí es cierto, la confianza es muy importante porque por ejemplo cuando uno ya le tiene confianza al doctor y cualquier problema ya no va uno a buscar por otro lado, uno dice ya voy con el doctor que me atiende y ya le tengo confianza, porque si luego da miedo”. (EP3)

6.1.3. Dimensiones actitud relacionada con los padecimientos bucodentales

6.1.3.1. Actitud cognitiva

Como se muestra en los relatos, esta dimensión se orienta a las percepciones que tienen sobre su apariencia estética de los dientes, permitiendo así reconocer las causas que determinan su estado, y las vinculan de manera desfavorable. Manifiestan una justificación a partir de lo que ignoran y por lo tanto se construye una aceptación por los pacientes. Por lo anterior, ellos significan: responsabilidad igual a atención médica.

“La apariencia de mis dientes, es mala ahorita, porque descuido, en parte porque antes salía mucho a la sierra, al campo, por el trabajo que era de la cartografía que yo hacía”. (EP2)

“¡Ay! lo tengo mal, desde los dientes que tengo amarillos, yo creo que es porque fumo, se me acumula mucho de vez en cuando el sarro, y no llevo a cabo consultas cotidianas con el dentista”. (EP4)

“Porque fui muy goloso con los dulces y en realidad fue lo que me hizo picar más los dientes y aparte perderlos en un accidente los otros”. (EP2)

“Considero que sería cada tres meses que etaria bien ir a ver al dentista, depende de a veces cuando se ve uno cuando fuman las personas, se les ponen amarillos los dientes, cuando se tienen los dientes chuecos, abiertos y todo”. (EP2)

6.1.3.2. Actitud afectiva

En los discursos se logran identificar sentimientos desfavorables, relacionados con la frecuencia de consulta al odontólogo, para atender sus padecimientos y se interpretan como; descuido, irresponsabilidad, desinterés, lo anterior permite establecer estados emocionales que interiorizan la culpa.

“Luego es uno tan indeciso que va cuando el dolor ya es muy fuerte, vuelvo a comentar, no sufro mucho de dolor de muelas ni de dientes, pero yo creo que cuando llega a pasar eso, la verdad uno busca cualquier medicamento o algo casero que recomiendan equis para calmar el dolor”. (EP4)

“Únicamente va al odontólogo cuando ya siente dolor, mientras no sienta dolor o no sienta alguna molestia en el órgano dentario no tiene la mínima preocupación únicamente vamos cuando nos duele”. (EP5)

“La gente no le gusta gastar en el órgano dentario, dos se les hace súper caro el servicio que se le puede dar, y de verdad que es tan fácil a veces mantenerlos, la buena higiene bucal no saldría tan cara si no lo descuidáramos tanto”. (EP5)

“No llevo a cabo consultas cotidianas con el dentista, yo creo que es por indecisión de que uno no lo acostumbra”. (EP4)

(Los dentistas) “hacen el trabajo de componer lo que nosotros descuidamos”. (E2)

“Porque descuido, en parte porque antes salía mucho a la sierra, al campo, por el trabajo que era de la cartografía que yo hacía... Ah por el traumatismo directo que sufrí estaban rotos, estaban a la mitad”. (EP2)

“...la educación, porque también en casa y si no hay motivación en casa, en caso que hablamos de menores de edad los padres no les interesa el cepillado de sus hijos yo pienso qué desde ahí tenemos un gran problema y después van a ser las consecuencias en un futuro para esta persona”. (EP5)

6.1.3.3. Actitud motora

Los pacientes muestran en sus relatos, como enfrentan sus problemas dentales, lo hacen mediante prácticas comunes que aprenden en la vida cotidiana y que les permite tomar acciones que son necesarias para resolver o buscar atención bucodental, sin tener la posibilidad y capacidad de elección de los servicios de salud, debido a la condición económica y de inserción laboral.

“En el 2014, si fue una molestia en una muela, fui precisamente a una Institución pública y me dijeron que no sabían, así me dijeron que podía pasar solito, me dieron un enjuague dental y me hicieron una limpieza de sarro nada más y pues que a ver si seguía presentando molestias que regresara, porque ellos no podían sacarme ni una radiografía. No me dieron diagnóstico, de mi problema, pues no supe que lo que pasa es que era problema de mi encía, estaba inflamada pero eso fue por deducción aparte, no me ayudaron en nada”. (EP1)

“Pues enseguida acudo al dentista porque ya sé que el dolor es terrible, me han dicho por ejemplo que hay enjuagues, que hay hierbas, pero yo no he ocupado eso solamente el paracetamol, el naproxeno, cuando me duele mucho”. (EP3)

“Bueno, cepillarme, a veces uso bicarbonato, no sé si sea bueno o malo, incluso tengo (a veces que ya no lo he hecho) preparo una pasta dental y le pongo bicarbonato, goma arábica, bueno de memoria no se me todos los ingredientes, pero de lo que si me acuerdo bien es el bicarbonato, eso también nos ayuda”. (EP3)

“Lo primero que hago acudo al odontólogo, que me diga o que me explique cuál es la causa quizás del problema que pueda tener y que de ello me dé un buen tratamiento para que yo en un futuro pueda salvar mi pieza dental”. (EP5)

“Por mis problemas que yo he pasado, que no me han tocado buenos médicos y cuando voy es porque ya voy con dolor y si no me tocan buenos médicos se complica todo, en cambio con mis hijos yo siento que si los he traído a tiempo, te digo aunque ya son

jóvenes, pero ellos por si solos nunca dicen hay voy, ósea no tenemos la cultura más que nada no tenemos la cultura de asistir al médico por lo menos una vez al año”. (EP3)

6.2. Representaciones sociales de profesionales de la salud bucodental:

6.2.1. Dimensión información relacionada con la salud bucodental:

Los profesionales, en los discursos muestran que los pacientes usuarios no cuentan con la suficiente información relacionada con la salud bucodental, motivo por el cual su estado de salud bucal se encuentra determinado. Y manifiestan que la educación escolar y los medios de comunicación, serían los conductos por los cuales se puede ofrecer la información señalada.

“La gente regularmente no está informada, piensan que un diente es solamente un diente sin tomar en cuenta todas las enfermedades que pueden adquirir al no tener una adecuada salud en esta parte. Regularmente porque no la hay, existe información sobre todas las enfermedades del organismo, pero la enfermedad bucal la información que se les da es muy baja incluso en los centros de salud y en las escuelas es muy básica la información, como cepillar los dientes que va desde arriba hacia abajo y eso es todo lo que les informan. Desde casa, escuela, centros de salud, por ejemplo el seguro popular que ahora está muy relacionado con la educación y con la escuela, tener citas para pláticas podría ser por ese lado”. (EPO1)

“hay poca información yo creo que ahí las escuelas deberían meter información dental, en este caso pues hay mucha gente que no se informa, ahorita ya está el internet, puedes informarte ahí, hay libros y hay muchas cosas ahorita si, si tú quieres aprender algo, en internet es más hasta hay tutoriales de como poder tener una buena higiene dental”. (EPO4)

“Información, porque si lo anunciaran en la tele y los bombardearan con todos esos elementos de cuida tu salud, así como nos dicen que vayamos cada año a revisarnos a chearnos lo de la presión, yo siento que si nos bombardearan también con eso de cada seis meses a revisión o que pusieran ejemplos de un diente dañado y un diente pequeño que no tenga tanta caries y que tantas dificultades si nos dieran la explicación en la tele yo creo que las gente acudiría más. Yo pienso que el gobierno, ya que le pagamos su salario deberían de aunque sea bombardearnos con eso a la gente más que nada, porque uno como dentista lo sabe”. (EPO4)

Los relatos anteriores muestran que los profesionales consideran dos actores principales que influyen en la obtención de la información, por un lado, el gobierno y por el otro, el propio paciente como responsables de su estado de salud bucodental. Sin embargo, en el marco de desigualdad social sabemos que un porcentaje alto de la población no tiene acceso a los medios de comunicación e información. Lo anterior, permite mencionar que; la enfermedad y el cuidado de la salud, es una responsabilidad del Estado, como derecho humano. Por lo tanto, la salud bucodental debería de considerarse como un derecho que posee el ciudadano, derecho a la atención, el cual está contenido en casi todas las constituciones de los países y se encuentra especificado en las leyes, que regulan la prestación de los servicios de salud, prestación que debería ofrecer a toda la población el Estado.

La salud bucal desde la perspectiva del derecho como responsabilidad del Estado, debería ser atendida en cualquier etapa de vida y sin importar el padecimiento e incluso la región donde se encuentre cada grupo social. Preservar, mejorar y mantener la salud en sus distintos aspectos corresponde al Estado y se vería reflejado en el goce de los derechos en salud, que se vinculan con la calidad de vida y el bienestar de una población.

Por otro lado, los informantes toman acciones en su práctica cotidiana para contrarrestar falta de información y lo hacen mediante la explicación. Sin embargo, la información que ofrecen a sus pacientes la orientan hacia las principales consecuencias que se pueden generar, al no atender su problema de salud bucodental.

“Informarle, explicarle, tal problema se puede resolver con tal cosa, podemos hacer esto, y darle varias opciones porque hay muchas personas que no tienen dinero y decirles mira te puedo hacer esto y decirle cuáles son sus pros y sus contras”. (EPO4)

“una plática de que una caries pequeñita lo que puede provocar o como se puede quitar tan fácil y que no llegue a la pulpa que sería que sería infección, dolor y todo lo que conlleva, entonces yo siento que una explicación así rápido de unos cinco minutos, yo siento que ayudaría mucho a la gente”. (EPO4)

“Les explico la situación real de su boca y trato de mostrarles con el espejo que ellos vean directamente porque muchas veces no se revisan, nada más dicen me duele pero no tienen la curiosidad de revisarse directamente, entonces lo que yo hago es que ellos vean que tan afectadas están sus piezas y el grado o los riesgos que tienes al no atenderte”. (EPO3)

“Explicarles que un diente puede conllevar una infección o a otras enfermedades, y hacerles ver que es así y que si no atienden la salud bucal o las enfermedades que ya pueden haber padecido, pueden tener otra complicación en el organismo, platicárselos y ya ellos toman la decisión”. (EPO1)

6.2.2. Dimensión campo de representación (imagen, creencias y valores) relacionada con la atención y práctica bucodental

6.2.2.1. Imagen

Entre los distintos relatos que refieren los informantes, se pueden identificar imágenes, respecto de sí mismos y con base en lo que expresan sus pacientes, las más significativas son las siguientes:

“Los pacientes le tienen miedo a un odontólogo, y esa es otra de las cosas por las que no asisten porque nos tienen miedo y nos ven simplemente como los ayudamos nada más a su problema pero no saben que podemos ayudarles antes de que se presente una enfermedad bucal, nos ven como médicos o doctores de la boca”. (EPO2)

“La mayoría siente miedo de los profesionales de la odontología, métodos de anestesia, regularmente se piensa que es muy doloroso el procedimiento, entonces los pacientes van

con la idea de que va a ser doloroso y tienes que darles la plena confianza de saber que no lo va a ser". (EPO1)

"Los consideran como, te voy a decir una expresión vulgar como "tapa hoyos". Pues se les explica que no somos tapa hoyos, somos profesionales de la salud ya que su boca es tan importante como una mano, como un pie y es la atención que se les debe dar con profesionalismo a su salud bucal". (EPO3)

"Los pacientes esperan no sentir dolor, estética, que sus dientes vuelvan a ser bonitos; que no sientan dolor, que sean duraderos". (EPO1)

"Pues yo siento que somos los que sabemos, porque eso estudiamos". (EPO4)

Los discursos anteriores muestran la principal imagen, expresada por los profesionales de sí mismos y es representada por la sensación denominada "miedo", la cual se relaciona con su práctica y atención. Por lo tanto, un profesional de la odontología es representado no solo por el miedo, sino también por el dolor. Ellos mismos se introyectan en los pacientes para significar su propia imagen. Por lo tanto, las condiciones bucodentales son resultado de la falta de atención estomatológica oportuna, determinada por la dificultad en el acceso de los servicios de salud y las creencias relacionadas con los servicios de salud.

"Un centro de atención odontológica debe presentar higiene como primera vista, que llame la atención de los niños. Cuadros que expliquen la salud o la enfermedad bucal". (EPO1)

"Lo que caracteriza a un centro de atención estomatológica es que haya algún cartel, alguna información de cuidados bucales". (EPO2)

(Un centro de atención odontológico) "Que prometen una sonrisa impecable, eso es lo que promocionan, pero no promocionan los costos". (EPO3)

"Puede ser la atención adecuada y oportuna del paciente con problemas dentales... Pues por lo regular los pacientes lo que quieren es que se les quite el dolor, esperan no tener dolor, el mayor temor del paciente es el dolor". (EPO3)

Por otro lado, el centro de atención y práctica odontológica es representado con elementos informativos tanto de salud, enfermedad, cuidados bucodentales y

tratamientos basados en la estética. Una dificultad que persiste es la falta de una interpretación sobre las determinantes de la salud-enfermedad bucodental, el predominio del enfoque biologicista e individualista en el área de la odontología interviene directamente en la consideración de la problemática sociocultural y psicológica que determina el estado de salud bucodental de los pacientes.

“Pues porque lo van dejando, si a lo mejor tienen un gasto dicen esto lo invierto en este gasto, y posteriormente voy y así es como se van los pacientes”. (EPO2)

“Pues también a la desidia y como es un padecimiento que no causa dolor, no le toman la suficiente atención a esto, por la mala información difusión que tiene lo que es la mala salud bucal”. (EPO3)

La prevención y la misma atención como se muestra, se han centrado en modificar conductas y hábitos, partiendo del supuesto que el conocimiento técnico, lo detenta el profesional de la salud, aunque en el análisis histórico se considera que lo anterior es producto de la imposición de la medicina hegemónica y de las desigualdades sociales en salud.

“La población que manejo es de medianos recursos, y son familias con pequeños en el área escolar, donde le dan prioridad a lo que es la educación, pero dejan de lado la educación en la salud y sobre todo bucal...Porque los costos son elevados, aunque uno quiera trabajar o dar precios accesibles, pues no es posible y a la población se le hace muy caro”. (EPO3)

“Es difícil porque tampoco el área del sector salud le da la importancia real al problema de lo que es la atención bucal. Porque al sector salud se le elevan los costos para la atención general del paciente pues con la atención odontológica se elevan más porque el material dental es sumamente caro”. (EPO3)

“Dinero más que nada, y miedo, también miedo porque algunos a lo mejor tienen dinero pero por miedo no van, y yo pienso que se debe informarles, vuelvo a lo mismo hay que informar para que no se complique su tratamiento”. (EPO4)

“Porque están por perder su pieza o seguimos con lo mismo ya hasta que les duele se atienden, si no les duele dejan otro día y van dejando pasar el tiempo, el tiempo y como sabemos en este proceso el tejido se va debilitando y se va contaminando. Pues tal vez porque no tienen los medios económicos, porque la consulta es cara, los materiales son caros, y pues a veces le dan preferencia a otras necesidades”. (EPO3)

“Igual de repente la falta de dinero es lo que hace que dejen de ir, ya gastaron suficiente ya no sienten dolor y entonces pierden el interés”. (EPO1)

Los discursos anteriores muestran que la práctica odontológica privada actúa frente a la demanda de la población a partir de necesidades sentidas, es principalmente curativa y mutilatoria dejando en segundo término a la promoción y protección específica, a la vez no es accesible para toda la población por sus altos costos y por los salarios bajos que se presentan en el país. Por la anterior la atención es determinada, por el factor económico, ignorando que los enfermos son sujetos históricos-sociales, es decir, individuos que poseen distintas características de conformidad, con el grupo social al que se encuentran insertos y según el territorio al que pertenecen.

6.2.2.2. Creencias

Los siguientes discursos dejan ver las distintas creencias que tienen los profesionales, con respecto a la atención, práctica odontológica y su relación con sus pacientes.

“La consulta es deficiente, yo tengo la idea de que el paciente requeriría mayor atención, debería tener mayor auge como la atención del médico familiar, debería haber médicos odontólogos, porque de esta población tan grande que ahí se le da el 1% de atención bucal en el sector salud”. (EPO3)

“Yo creo que desde casa los papás a los hijos, y yo creo que en la escuela, en la escuela educar acerca de tener ese cuidado bucal y prevenirlo”. (EPO2)

“Porque pues hay muchas personas que pues si quieren cuidar su apariencia física, o a lo mejor el trabajo lo demanda. O simplemente los que no tienen algún interés porque desde pequeños no se les educa esa parte de tener la higiene bucal”. (EPO2)

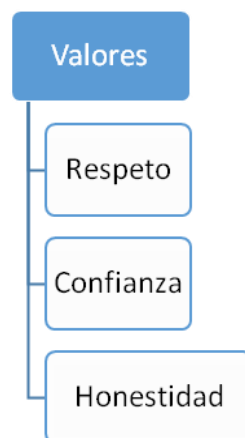
“Mucha gente no asiste porque se tiene la creencia de que el dentista es carísimo, y también el miedo”. (EPO1)

“Pues yo a mi pensar es que es la situación económica, porque se dice mucho que el dentista es caro, y pues solamente le dan una pastilla al paciente si hay alguna molestia y esperan a ir a una semana, pasan dos semanas y se van dejando, yo siento que es más la situación económica”. (EPO2)

“Yo creo porque muchas personas no saben, o creen una enfermedad por ejemplo si la gingivitis es propia ya de una persona adulta, o que ya los pacientes adultos ya se les caen los dientes, o que de todas maneras se les van a caer entonces es lo que piensa la población”. (EPO2)

Las distintas creencias se orientan hacia los elementos económicos, conocimiento e interés. Lo anterior muestra que el profesional de la salud a pesar de considerar el aspecto económico, no considera de forma integral problemática sociocultural y psicológica de los pacientes, relacionada con su experiencia y vivencia en la atención que recibe.

6.2.2.3. Valores



Campo de representación: valores relacionados con la atención odontológica.

Los valores que se identificaron en los distintos relatos fueron: respeto, confianza y honestidad. Por un lado el respeto lo vinculan con la confidencialidad y seriedad para generar un estado de confianza. Mientras este último valor se orienta a la capacidad del odontólogo u odontóloga para resolver los problemas de salud del

paciente y el trato, para que este último manifieste el motivo de su estado de salud bucodental. El último valor que se reconoce es la honestidad, para los profesionales significa proveer al paciente de información sobre costos y riesgos basados en el cumplimiento de tratamientos con base en la situación bucodental del paciente sin prometer tratamientos que no se logaran.

Respeto:

“Pues debe ser atendido primeramente con mucho respeto, debemos de tener cierta privacidad si el paciente nos comenta alguna situación y mostrarnos de alguna manera serios y que nos tenga confianza”. (EPO2)

Confianza:

“Pues ser un tanto amigable y tratar de que el paciente nos de confianza para que nos exprese porque es que no se cepilla a lo mejor, o porque es que no acude a tiempo, más bien eso que se cree una confianza entre el paciente y el odontólogo”. (EPO2)

“La gente piensa que confían en nosotros, de hecho y siento que nos los dicen, en usted confío si usted dice que es extracción es extracción, si usted dice que es endodoncia endodoncia, usted es el profesionista, nos creen porque nosotros sabemos acerca de los órganos dentales“. (EPO4)

Honestidad:

“Que durante la consulta trato de que se le hable con honestidad al paciente sobre los costos y los riesgos de los tratamientos que se pueden manejar con ellos”. (EPO3)

“Debe ser con ética y no hacer tratamientos o prometer al paciente tratamientos milagrosos, sino hablarles de la realidad y ser honestos con el paciente y con nosotros mismos como odontólogos no prometer un tratamiento, cobrar y finalmente realizar un tratamiento extra”. (EPO3)

6.2.3. Dimensión actitud relacionada con los padecimientos bucodentales

6.2.3.1. Actitud cognitiva

“Porque no le dan la importancia que tiene, es decir no le dan importancia a su boca, porque le pueden dar más importancia hasta a una uña o al cabello, no le dan la importancia que tiene a lo que es la boca que es con lo que comemos”. (EPO3)

“Pues no le dan la importancia, simplemente lo dejan pasar si no tienen los medios para atenderse, pues no les importa perder una, dos, tres piezas dentales”. (EPO3)

“Pues porque es una parte de nuestro cuerpo con la que no se dan cuenta pero nos expresamos, es con la que comemos y que si no tenemos un buen funcionamiento pues no tenemos una buena calidad de vida, por ejemplo si no hablamos ¿cómo nos expresamos?, y si no comemos bien pues no tenemos una salud adecuada, entonces es una parte yo creo que de las más importantes de nuestro organismo y no se le da esta importancia como tal”. (EPO3)

En los relatos anteriores, podemos identificar que los profesionales atribuyen que los padecimientos bucodentales se encuentran determinados por la falta de importancia que los pacientes les otorgan. Es decir, los profesionales no consideran la determinación sociocultural y emocional de la salud, por tanto los problemas odontológicos son vistos de manera individual y no como una situación de acción social.

6.2.3.2. Actitud afectiva

“Pues por lo que he visto en la práctica que llevo aunque es poca, los pacientes le tienen miedo a un odontólogo, y esa es otra de las cosas por las que no asisten porque nos tienen miedo y nos ven simplemente como... los ayudamos nada más a su problema pero no saben que podemos ayudarles antes de que se presente una enfermedad bucal, nos ven como médicos o doctores de la boca”. (EPO2)

“Lo van dejando por la economía, me refieren que no les alcanza y la otra parte también es que mucha gente tiene miedo de es que el dentista me da miedo, ahora siento mucho dolor por eso vine hasta hoy”. (EPO1)

“Por la experiencia que he tenido con los pacientes, yo considero que es mala porque si nos ha tocado que llegan los pacientes y nos dicen que a los niños los trataron mal, les gritaron mal o desde ahí los niños empiezan a tenerle miedo al odontólogo por la visita que tuvieron previa en el sector público”. (EPO2)

“Sería lo contrario a lo mejor una persona apática, insegura, inclusive a lo mejor hasta sus facas cambiarían un poco si quizás trajera una molestia, pero no, no lo ha tratado, puede cambiar mucho la apariencia de su rostro, tan simple en un paciente desdentado que aparentaría verse de más edad, y nada más”. (EPO2)

Con base en los relatos, podemos identificar diversos factores que intervienen en la percepción relacionada con el odontólogo, entre las que destacan las experiencias vividas al recibir un tratamiento odontológico, la situación económica para acceder a los servicios y la consideración de los elementos en materia de políticas de salud. A partir de lo anterior, podemos distinguir que existe una construcción social y cultural del papel del odontólogo y lo significan mediante el miedo.

6.2.3.3. Actitud motora

Tendencia a la acción que presentan los profesionales, con respecto a los padecimientos bucodentales de los pacientes y lo hacen por medio de su práctica, en su quehacer cotidiano, empoderándose de su actividad que les permite desarrollar y emplear sus conocimientos y técnicas orientadas hacia el individualismo y biologicismo. Además, se identifica el comportamiento relacionado con el trato, el cual le permite interactuar en un proceso de orientación dado por el profesional y colaboración por el paciente. También se considera, la explicación, la cual le confiere manejo de las decisiones tomadas para el tratamiento y proceso de atención, por último se distingue el confortamiento, que se realiza por los profesionales, en situaciones donde el paciente expresa sensaciones como miedo y algún tipo de molestia, esto último permite establecer

un rol de dominio por el profesional hacia el paciente, que proveen de explicaciones basadas en consecuencias.

“Tener una buena atención, este, médica y orientación más que nada para prevenir y cuando ya aparecen, pues lo que es ya la enfermedad, pues tener ya una atención odontológica, ofrecida por el personal de salud, médico, médico generales dentistas, en general todo lo que es las personas de salud”. (EPO3)

“Con un trato amable, un trato oportuno y que se le explique de manera adecuada lo que tiene”. (EPO3)

“Pues a manera de concientizar al paciente pues si le comento acerca de que si no se cuida que le puede pasar, y lo más grave que pierda la dentadura y no va a poder alimentarse adecuadamente a la edad adulta, más bien eso concientizarlo”. (EPO2)

“El cuidado integral del paciente, no nada más tratar al paciente como una boca aislada sino de una manera integral ya que si tiene un problema en boca pues le va a afectar en general”. (EPO2)

“Siempre hay que tratarlo con amabilidad, evitándole la situación del miedo, y siempre cuidando la integridad del paciente no hablándole de dolor o estas cosas, siempre tratar de tranquilizarlo y explicarle lo más sutil posible el procedimiento que se le va a realizar y tratando de apaciguar el miedo que sienten”. (EPO1)

“Pues el paciente normalmente si expresa a la hora de sentarlo en el sillón y pues tratamos de hablar con él decirle que es lo que vamos a utilizar para atenderlo que no va a pasar nada que si siente alguna molestia nos tiene que hacer saber y pues si comentarle todo lo que vamos a realizar y que vamos a utilizar”. (EPO2)

“Primeramente detectar la causa, solicitar una radiografía si lo requiere y medicar. Una vez que tengo la causa, ya realizo el tratamiento adecuado a la situación”. (EPO2)

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La medicina social se ocupa del estudio y análisis del proceso salud-enfermedad y como se determina en los distintos grupos sociales; considera las respuestas sociales para afrontar sus problemas de salud y las representaciones que surgen de dicho proceso, por lo tanto, es importante conocer la distribución y las determinantes del mismo. Para entender lo anterior, se deben tomar en cuenta los factores socioeconómico, político e ideológico, que inciden directamente en las condiciones de vida de las personas, por tal motivo la salud y la enfermedad tiene que ser vista desde lo social-biológico-psicoemocional. Esta mirada nos permite generar ambientes sanitarios emocionalmente viables, que ayuden a cambiar la forma de atender, pensar y planear la atención para la salud, donde el paciente sea el protagonista.

Reflexionar sobre la práctica estomatológica, permitirá una transformación social, para que los profesionales integren cada uno de los elementos necesarios, para resolver los problemas de salud, donde se incorporen otras nociones sociales y no sólo las biológicas. El propósito principal, es generar una postura crítica y analítica, que permita la transformación de la realidad social sobre la salud y la enfermedad que afecta la forma de vida de los grupos sociales. Esta investigación pretende generar distintas reflexiones sobre la atención y práctica odontológica, a partir de la consideración de la subjetividad de las personas que solicitan los servicios de salud.

Considerar la salud bucodental como un derecho donde el Estado es el responsable del financiamiento en el ámbito público de salud y de la cobertura de la misma, permite conocer acerca de las determinantes socioeconómicas que influyen de manera significativa en las condiciones actuales de salud bucodental y

que nos llevan a pensar en aspectos que se articulan con la equidad y la desigualdad en salud, que repercuten en la calidad de vida y el bienestar de una población. Los elementos antes mencionados se pueden utilizar para transformar la manera de interpretar la salud donde se culpabiliza a la persona enferma.

Estudiar la salud-enfermedad odontológica a partir de las representaciones sociales, permitió entender que la atención y práctica odontológica está basada en solución al padecimiento y no intervención a la salud, donde se considere la prevención, evaluación y seguimiento de la misma, lo último que se plantea, se cree es resultado de las condiciones de desigualdad social que surgen de la polarización económica y las políticas de salud de nuestro país. También permitió identificar que la realidad social no es considerada por los profesionales de la salud bucodental, porque en sus discursos se deja ver por un lado, que existe dificultad en relación a la capacidad económica de los pacientes para acceder a los servicios de salud odontológica y por el otro lado, mencionan que dan prioridades a otras atenciones o que no asisten por aspectos culturales vinculados con la prevención y por la falta de información y cuidado.

Un elemento que consideran ambos grupos es el miedo, como determinante para solicitar la atención odontológica, eso nos remite a la construcción social en torno a la representación relacionada con la imagen del odontólogo (a) y la etiqueta que se le atribuye a este tipo de profesional, y no solo a este mismo sino a la atención bucodental en general, esto influye de forma significativa en su forma de vivir y experimentar los padecimientos bucodentales. Generando tensiones emocionales que deben considerarse durante la intervención odontológica, no sólo en los procedimientos técnicos estomatológicos como tal, sino en el proceso de construcción de la relación odontólogo-paciente.

Para la relación de los elementos teóricos con los datos recolectados, la utilización de la teoría fundamentada, ayudó a explicar y entender el problema social planteado, por lo tanto la teoría fundamentada como herramienta metodológica y analítica en la investigación cualitativa, permite establecer el elemento nuclear de las representaciones sociales entorno a la salud bucodental.

El análisis cualitativo permitió identificar conceptos y temas en los datos obtenidos, un elemento esencial, además de obtención los datos y transcripciones es la codificación, proceso por el cual se conjuntan ideas, conceptos o temas relacionados con la salud bucodental, por último se integró la información, lo cual permite vincular las categorías generadas con los fundamentos teóricos empleados en el proceso de investigación.

A continuación se presentan las conclusiones que resultan de la presente investigación, primero encontramos las relacionadas con las dimensiones de representación social, comenzando por la de información, continuando con el campo de representación: imagen, creencias y valores, y finalizando con la actitud: actitud cognitiva, afectiva y motora.

Dimensiones de las representaciones sociales:

A) Información

Para esta dimensión se concluye que la salud bucodental es representada por los pacientes por la higiene que realizan, la relacionan con el autocuidado, atención y conocimientos que poseen para realizarla, esto puede interpretarse de la siguiente manera: los pacientes aceptan su estado de salud bucal y asumen que ellos son

los únicos responsables de padecimiento. Las acciones realizadas por los pacientes definen la noción de salud bucal, también por la información que obtienen de fuentes formales. Además, se logró identificar que el grado de conocimientos sobre la higiene bucal depende de la educación, la cultura, el grupo social al que pertenecen y el Estado, donde reconocen que este último no provee de la información necesaria sobre salud bucal, esto permite entender que las principales vías para promover y proveer la salud bucodental es la familia, escuela y Estado.

Los profesionales por otro lado, mostraron en sus relatos, que los pacientes no cuentan con la suficiente información relacionada con la salud bucodental, motivo por el cual su estado de salud bucal se encuentra determinado. Y manifiestan que la educación y los medios de comunicación sería la mejor vía por la cual se puede ofrecer la información señalada. Consideran dos actores principales que inciden sobre en la obtención de la información, el primero corresponde al Estado y el otro se refiere al propio paciente, que asume un papel de responsable de su estado de salud bucodental. Lo anterior, permite mencionar que la enfermedad y el cuidado de la salud es responsabilidad del Estado, como derecho humano. Por lo tanto, la salud bucodental debería de considerarse como un derecho que posee el ciudadano, derecho a la atención, el cual está contenido en casi todas las constituciones de los países y se encuentra especificado en las leyes que regulan la prestación de los servicios de salud, prestación que debería ofrecer a toda la población el Estado.

Los profesionales realizan acciones a sus pacientes, incluida la información y lo hacen mediante la explicación. Sin embargo la información que ofrecen a sus pacientes la orientan hacia las principales consecuencias y sólo se enfocan en el padecimiento por el cual acuden y no hay información que promuevan métodos preventivos o de seguimiento.

B) Campo de representación

Imagen

Los pacientes representan al profesional de la odontología con limpieza y seguridad que proveen los profesionales, por la relación con la intimidad y contacto que se involucra con la cavidad bucal. En este punto, es importante señalar que los profesionales de la salud bucodental ven a sus pacientes de forma parcial, su cuerpo enfocándose en dicha cavidad y no consideran otros elementos o nociones socioemocionales.

La cavidad bucodental como elemento orgánico mantiene un “contacto con el medio exterior” motivo por el cual los pacientes vinculan con asepsia y antisepsia, por lo tanto, la imagen del odontólogo la construyen a partir de la confianza, una vez que se encuentra establecida la anterior, se permite el contacto íntimo con su cuerpo. Por lo tanto, en la imagen hay una transmisión de seguridad.

Por lo tanto, un profesional de la odontología es representado con miedo y dolor. Ellos mismos representan al paciente con dolor. Por lo anterior, se propone reflexionar y considerar los elementos que provocan las situaciones antes mencionadas y de esta manera influir mediante consideraciones como tolerancia, comprensión y paciencia, dejando a un lado la forma mecánica de la atención odontológica.

Los profesionales representan el centro de atención y práctica odontológica mediante elementos informativos relacionados con salud, enfermedad, cuidados bucodentales y tratamientos basados en la estética. Mientras los pacientes ven

más allá de esos elementos, observan panorámicamente el centro de atención, agregan colores, materiales y la figura e imagen del odontólogo.

La práctica odontológica privada interviene ante la demanda de los grupos sociales, a través de necesidades sentidas y sólo aplica sus acciones para resolver padecimientos que dejan otros sin atender, por lo tanto, la promoción y prevención para la salud, no juegan un papel relevante en la atención cotidiana, de nuevo se consideran las desigualdades sociales respecto de la salud bucodental, como un elemento que determina dicha problemática.

Creencias

Se logra identificar que los pacientes buscan la atención bucodental una vez que aparecen y experimentan algún tipo de sintomatología. Por lo tanto, se puede considerar la siguiente relación: salud bucodental-profesional igual a alivio y cura, construcciones sociales-individualismo o salud integral.

Las relaciones sociales se incluyen en un marco de referencia que se orienta a enfatizar la diferenciación social, creando así un conocimiento de tipo empírico que expresan los pacientes por medio de creencias, lo anterior permite que los informantes relacionen la realidad bajo su propia mirada e incorporen a ésta el conocimiento adquirido de forma personal o por transferencia, por ende su nivel de percepción con respecto a la salud bucodental dependerá en gran medida de las fuentes que de adquisición de conocimiento, sin dejar de considerar la influencia que ejercen los aspectos culturales, socioeconómicos y políticos sobre las mismas.

Valores

Los valores que se logran identificar en ambos grupos de informantes sólo se refieren a los profesionales, esto quiere decir que los pacientes en la búsqueda de la atención odontológica representan los valores transmitidos por los profesionales, lo cual evidencia la necesidad de identificar valores de los pacientes en la consulta estomatológica.

Se identifica el valor de paciencia, ofrecida por el odontólogo, permitiendo así una noción de tolerancia y comprensión percibida por el paciente, le continúa el valor de confianza, éste permite generar un proceso de interacción, que corresponde a profesional-paciente basado en la seguridad, que pueda generar la acción del primero, finalmente se considera el valor de la responsabilidad, mediante el mecanismo acción-interacción-cumplimiento, proceso que permite establecer acciones que crean una noción de compromiso.

En relación a los profesionales se distingue la confidencialidad y seriedad para generar un valor denominado como confianza. El último valor que se reconoce es la honestidad, para los profesionales significa proveer al paciente de información sobre costos y riesgos basados en el cumplimiento del tratamiento.

C) Actitud

Actitud cognitiva

En esta dimensión se identificaron las percepciones que tienen sobre su apariencia estética de los dientes, permitiendo así reconocer las causas que determinan su estado y las vinculan de manera desfavorable. Por lo anterior, se presenta un complejo justificación-ignorancia-aceptación de sus condiciones de salud bucodental y de esta manera incorporan la noción de apariencia dental.

Los profesionales atribuyen que los padecimientos bucodentales se encuentran determinados por la falta de importancia que los pacientes les otorgan. Esto quiere decir que los profesionales no consideran la determinación sociocultural y emocional de la salud, por tanto los problemas odontológicos son vistos de manera individual y no como una situación de acción social.

Entonces se deja ver en ambos grupos la siguiente noción: los pacientes asumen sus consecuencias, a partir de responsabilizarse de su estado de salud bucodental, mientras los profesionales responsabilizan a los pacientes de sus características odontológicas, por lo tanto, existe sólo una dirección de determinación de la problemática social entorno a la salud-enfermedad estomatológica y es mediante la consideración del paciente como un ser aislado de su vida social, esto quiere decir que sólo se considera el elemento biológico del paciente.

Actitud afectiva

En relación a esta dimensión se identifican sentimientos desfavorables sobre la falta de frecuencia de consulta al odontólogo (a) para atender sus padecimientos y se reconoce el descuido, irresponsabilidad, desinterés, lo anterior se vincula con culpa e irresponsabilidad por parte del paciente, por lo que existe una interiorización de culpa.

Actitud motora

Los pacientes mostraron que enfrentan sus problemas dentales mediante prácticas comunes que aprenden en la vida cotidiana y que les permite tomar acciones que son necesarias para resolver o buscar atención bucodental, sin tener la posibilidad y capacidad de elección de los servicios de salud, debido a la condición económica y de inserción laboral.

Se identifica en los profesionales un elemento relevante en relación a la tendencia a la acción y corresponde a el trato, el cual le permite interactuar en un proceso de orientación dado por el profesional y la colaboración del paciente, por otro lado, se considera la explicación, la cual le confiere el manejo de las decisiones tomadas para el tratamiento y proceso de atención, por último se distingue el confortamiento que se realiza por los profesionales, en situaciones donde el paciente expresa sensaciones como miedo y algún tipo de molestia, esto último permite establecer un rol de dominio dado por el profesional hacia el paciente, donde sólo provee de explicaciones basadas en consecuencias.

El aporte más significativo de este estudio, que es considerado a partir de las representaciones sociales y en un espacio discursivo de los informantes, es la posibilidad de evidenciar las necesidades relacionadas con la interacción profesional-paciente, donde éste último sea escuchado, entendido, valorado y mirado como una persona integral que posee; miedos, angustias, desinformación, desconfianza, entre otras. Por otro lado, se identifica que los pacientes son muy visuales al llegar a un centro de atención odontológica y significan cada uno de los elementos que se les permite observar, esto influye necesariamente en el proceso de adaptación emocional al recibir un tratamiento odontológico. Lo anterior hace referencia a un problema social, que interfiere en las condiciones actuales de salud bucodental, el cual debe seguirse estudiando y atendiendo para reorganizar la práctica de los profesionales de salud bucodental y dar respuesta a los padecimientos y necesidades que experimentan los pacientes, situaciones que se encuentran vinculadas y determinadas por factores sociales, económicos y políticos, que dependen en gran medida del Estado.

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA A PACIENTES-USUARIOS

1. ¿Qué es salud bucal?
2. ¿Qué piensa de su estado buco dental?
3. ¿A qué se debe que hayan problemas de salud bucodental?
4. ¿Qué hace cuándo se presenta un problema bucodental?
5. ¿Si no se resuelve que hace?
6. ¿Quién debe vigilar la salud bucal?
7. ¿Por qué asiste al odontólogo?
8. ¿De qué depende que decida consultar a un odontólogo?
9. ¿Cuándo solicita la intervención de un profesional de la odontología?
10. ¿por qué?
11. ¿Todos los problemas de salud bucodental los atiende con un odontólogo? ¿Por qué?
12. Para usted ¿Cómo es la atención que proporcionan los profesionales de la salud bucal?
13. ¿Ha recibido algún tratamiento bucodental en el último año?
14. ¿Cuándo fue la última vez que visito a un odontólogo?
15. ¿por qué motivo?
16. ¿Qué piensa de la apariencia de sus dientes?
17. ¿Cuáles son las funciones de los dientes?
18. ¿Qué piensa cuando entra a un consultorio dental?
19. ¿Cómo define a un profesional de la odontología?
20. ¿Para usted que es un odontólogo/a?
21. ¿Cómo cuida su higiene bucodental?
22. ¿Qué tan importante considera su salud bucal?
23. ¿Por qué se debe mantener en buen estado la boca?
24. ¿Cómo considera lo que hacen los odontólogos?
25. ¿Cómo considera la relación odontólogo-paciente?
26. ¿De su dinero para atenderse de su salud, en que lugar pone a la odontología? (medicina, odontología, nutrición, psicología)?
27. ¿Considera necesario acudir al odontólogo regularmente?
28. ¿Por qué?
29. ¿Cada cuándo?

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFESIONALES

I. Datos personales

1. ¿Hace cuánto se graduó de odontólogo/a?
2. ¿Hace cuánto ejerce en consultorio privado?
3. ¿y en este consultorio?
4. ¿Ha trabajado como odontólogo/a en alguna institución pública?

II. Categoría: Representaciones sociales

1. ¿Para usted qué es salud bucal?
2. ¿Cuándo percibe que una persona se encuentra sana o enferma de la boca?
3. ¿A qué atribuye (explica) la buena/mala salud bucal de las personas?
4. ¿De qué depende la salud bucodental?
5. ¿Por qué hay personas con salud bucal diferente?
6. ¿Qué deben hacer las personas para mantener una buena salud bucal?
7. ¿Cuáles son los elementos que expresan adecuada salud bucodental?
8. ¿Cuáles son los elementos que expresan mala salud bucodental?
9. ¿Cuál es la importancia de mantener “óptima” la salud bucodental?
10. ¿Cómo valora la situación de salud bucodental de la población en general?
11. ¿Cuáles son las necesidades de atención más frecuentes de los pacientes que Ud., atiende?
12. ¿A qué atribuye que las personas con problemas bucodentales se atiendan cuándo su problema es avanzado?
13. ¿Cómo considera la frecuencia de consulta odontológica de la población?
14. ¿A qué atribuye que la gente consulte tan poco al odontólogo/a?
15. ¿Para usted qué deben hacer las personas para mantener una vigilancia estomatológica?
16. ¿A qué atribuye que las personas tengan poco acceso a servicios estomatológicos?
17. ¿Por qué las personas no realizan métodos preventivos para su salud bucodental?
18. ¿Usted qué hace para transmitir formas preventivas de salud bucodental?
19. ¿Cuáles son los tratamientos que más realiza?
20. ¿Qué hace cuando le duele un órgano dentario a alguien que lo consulta?
21. ¿Qué es lo que caracteriza a un centro de atención estomatológica?
22. ¿Qué es lo que define la profesión de odontología?
23. Según usted, ¿Qué esperan los pacientes de un tratamiento bucodental?
24. Según usted ¿cuál es la interpretación que tienen los pacientes de los profesionales de la odontología?
25. ¿En la relación odontólogo-paciente, qué hace para mejorar la salud bucal de ellos?
26. ¿Son necesarios más profesionales de la odontología, de que tipo, por qué?

27. ¿Cómo debe ser atendido un paciente que asiste a solicitar atención?
28. ¿Por qué es importante tener cuidado odontológico por medio de un profesional?
29. ¿Cómo es la atención bucodental en el sector público o de la seguridad social?

BIBLIOGRAFÍA

Abadía, C. E. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioethica*, 12 (1), 9-22.

Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.

Adriano, P. y Caudillo T. (2006). Quehacer odontológico privado en el Distrito Federal. *Rev. Salud Problema, Nueva Época /año 11 Jul. Dic. UAM-X*, 7-13.

Agudelo, A. y Martínez, A. (2009). La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8 (16), 91-105.

Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cuadernos de Salud Pública*, (18), 7-12.

Almeida, F. N. y Silva, P.J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Centro de estudios sanitarios y sociales. *Cuadernos Médicos*, (75), 5-30.

Álvarez, R. (1996). El método científico en las ciencias de la salud. *Las Bases de la Investigación biomédica*. Madrid: Díaz de Santos.

Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76 (5), 423-436.

Antones, J.L.F., Narvai, P.C, & Nugent Z.J. (2004). Measuring inequalities in the distribution of dental caries, *Community Dent Oral Epidemiol*. 32(1):41-8.

Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de ciencias sociales*. San José Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales.

Arnosó, A. (2005). *Cárcel y trayectorias psicosociales: Actores y representaciones sociales*. Donostia San Sebastian: Alberdania.

Arredondo, A. y Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34 (1), 36-49.

Azcona, M. S. (2007). La relación práctica profesional institucional / población en la atención pública odontológica: su derivación en los grupos domésticos tobasqom- asentados en el barrio "los pumitas" de la ciudad de rosario. *Papeles de Trabajo*, (15), 111-134.

Banchs, M. A. (2001). Jugando con las ideas en torno a las representaciones sociales desde Venezuela. *FERMENTUM* (30). 11-32.

- Banchs, M. A. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En T. Rodríguez & M. García (Coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (pp. 219–254). México: Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara.
- Banchs, R. (2001). Jugando con las ideas en torno a las representaciones sociales. *11* (30), 11-32.
- Barajas, G. y Fernández, J. A. (2008). Competencias profesionales. *Nuevas Perspectivas en la formación del Odontólogo*. 3 (39), 115-137.
- Benach, J. (1997). La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11 (6), 255-8.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1968). *La Construcción Social de la Realidad*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Breckler, S.J. (1984). Empirical Validations of affect, behavior and cognition as distinct componet of attitude. *Journal of personality and soc. Psychology*, 47, 1191-1205.
- Brehil, J. y Granda, E. (1982). *Investigación de la salud en la sociedad*. Quito: CEAS.
- Castorina, J.A. y Barreiro. A. (2006). Las representaciones sociales y su horizonte ideológico una relación problemática. *Boletín de Psicología*, (86), 7-25.
- Castro, R. (2000). *La vida en la diversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Centro regional de investigaciones multidisciplinarias UNAM.
- Correa, A. M., *et al.* (2003). *Notas para una psicología social: como crítica a la vida cotidiana*. Córdoba Argentina: Brujas.
- Cortés, N. (2001). La práctica odontológica y la subjetividad. *Rev Fac Odont Univ Ant*, (13), 70-72.
- Couto, C., y María D. (2008). Estado del Arte de la Investigación Cualitativa en los Estudios Odontológicos. Universidad de Carabobo. Venezuela. 9 (1), 53-64.
- De la Fuente, H. J. (2007). Una Odontología 1. Latinoamericana, ¿quimera? *Revista Odontológica Mexicana*, 11 (1), 53-54.
- De la Garza, E. (2000). *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. Sección de Obras de Sociología. México: Fondo de cultura económico.
- Dederich, D.N., Lloyd, P.M., Dixon-Farmer, Ch., Geurink, K.V., Nadershahi, N.A., Robinson, F.G. & Scannapieco, F.A. (2004). Perceptions of dental schools from within and outside the university. *Journal of Dental Education*, 68 (11), 99-70.

Durkheim, E. (1898). Représentations Individuelles et représentations collectives, París: PUF.

Escobar, A. (2001). ¿Ha cambiado la odontología desde la época del colegio dental de Baltimore? Revista CES odontología, 14 (1), 80-81.

Escobar, G., Sosa, C. y Burgos, L. M. (2010). Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia, Salud Pública México, 52 (1), 46-51.

Farr, R. (1984). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. Psicología social II. Barcelona: Paidós.

Farr, R. (2003). De las representaciones colectivas a las representaciones sociales. En Castorina, J. (Comp.). Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles. Barcelona: Gedisa.

Fernández, P. (1994). La psicología colectiva: un fin de siglo más tarde. México: Anthropos.

Freidson, E. (1978). La profesión médica (M.I. Hirsch, Trad.). Barcelona España: Península.

García, Y. (2005). Aspectos metodológicos en los estudios de representaciones sociales Revista Investigación Bolivariana, 8 (8) ,197-214.

Glaser, B. G. (1992). Basics of grounded theory analysis. Emergence vs. Forcing. Mill Valley, CA. California. Sociology Press.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). The Discovery of grounded Theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing company.

Glaser, B.G. (1978). Theoretical Sensitivity Mill Valley. CA. California. Sociology Press.

Gómez, L. (2000). Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson.

Gómez, O., Sesma, S. Becerril, V.M., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011) Sistema de salud de México Salud Pública México, 53(2), 220-232.

González, F. (2010). Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. Revista clínica médica familiar, 3 (1), 3.

González, F. L. (2002) Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico cultural: Thomson México.

- González, F., Redondo, A. y Díaz, K. (2009). Representaciones sociales sobre la higiene oral de los niños menores de cinco años que asisten a la clínica Cartagena de Indias Universidad del Sinú y Universidad de Cartagena. 6 (1), 38-47.
- Guada, N. (2013). La salud bucal como un derecho humano. Anuario, 36, 304-331.
- Gurdián, A. (2007). El paradigma educativo en la investigación socio-educativa. San José, Costa Rica: Colección IDER.
- Gutiérrez, J. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública*, 10 (4), 211-219.
- Hermosillo, G. y López, V. (1978). Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México. *Educación médica y salud*, 12 (4), 457- 501.
- Herzlich, C. (1969). *La representación social. Sentido del concepto*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Herzlich, C. (1973). *Santé et Maladie*. Paris: PUF.
- Herzlich, C. (1995). *The meaning of illness. Anthropology, history and sociology*. Luxemburgo, Harwood: Academic publishers.
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana. Psicología de las representaciones sociales*. Barcelona: Sendai.
- Irigoyen, M.E., Zepeda, M. A, Sánchez, L., y Molina, N. (2001). Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: estudio de seguimiento longitudinal. *Rev ADM*, 58 (3), 37-47.
- Jácome, S., Morales, C. y Estrada J. H. (2000). Consideraciones para la construcción de un discurso y praxis pedagógica en la formación del odontólogo: Asociación Colombiana de Facultades de Odontología.
- Jamenson, F. (1996). Sobre los estudios culturales. En *Cultura y tercer mundo. Cambios en el saber académico*. González, B. (Comp.). Caracas: Nueva Sociedad.
- Jarillo, E. C, Arroyave, M. G. (1995). El conocimiento de la salud y las ciencias sociales. *Revista Espanola de Salud Pública*, 69 (3-4), 265-276.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En *Psicología II*, En Serge Moscovici, 476, Barcelona, España: Paidós.
- Jodelet, D. (1986). “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”. En Serge Moscovici, *Psicología social II Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología Social. II. Pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós.

- Jodelet, D. (1997). Seminario de Representaciones Sociales. México: Centro de Estudios de la Universidad de Guadalajara.
- Kornblit, A., Beltramino, F. (2007). Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires: Biblios.
- Lara, N. y López, V. (2002). Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. 100. Revisión, 59 (3), 100-109.
- Laurell, C. (1994). La salud de derecho social a mercancía. En Laurel, C. (coordinadora). Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: UAMX Fundación Friedrich Ebert.
- Locke, K. (2001). Grounded theory in Management Research: California: SAGE Publications.
- López, J. B. (1991). Perspectivas de la formación de odontólogos en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000. Educ. Med. Salud, 25, (4), 378-386.
- López, O., Escudero J.C. y Carmona L.D. (2008). Las determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES. Medicina social. 3 (4), 323-335.
- López, V y Lara N. (2003). Los procesos de evaluación para los programas de licenciatura en odontología. México: UAM-X.
- López, V. & Lara, N. (1992). El trabajo odontológico en la ciudad de México. México: UAM-X.
- López, V. & Lara, N. (2001). Paradigmas en la práctica y la formación odontológica en México. Revista el Ateneo Argentino de Odontología, 40 (1) 34-39.
- López, V. (1988). Contexto de la educación odontológica. 22 (2), 180-190.
- López, V. (2010). La práctica privada de odontólogos ubicados en las zonas aledañas a las clínicas de la UAM-X. México, 68 (3), 123-126.
- Luengas, I. (2004). Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud. Área de Ciencias Clínicas Departamento de Atención a la Salud UAM-X.
- Luengas, I. (2004). Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización 1986-2001: una lectura ética. Tesis para obtener el grado de doctora en Sociología. UNAM.
- Malagón, R. (1999). La boca como representación. Segunda parte: Los límites y las negociaciones. En: Viveros M y Garay A. Cuerpos, diferencias y desigualdades. Santa fe de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Maupomé, G, y Díez de Bonilla J. (1995) La disyuntiva en la formación de recursos humanos en odontología en México. *Educ Med Salud*, 29 (2),153-163.

Maupomé, G. (2001). An introspective qualitative report on dietary patterns and elevated levels of dental decay in a deprived urban population in northern México. *ASDC J Dent Child* 1998Thomson WM. Use of dental services by 26-yearold New Zealanders.

Maupomé, G., Avila, L., Pérez, R., Pelcastre, B. y Pontigo A.P. (2006). Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed*, 17, 269-286.

Medina, A. y Martín C. (2009). La Profesionalización en la formación de odontólogos: una visión desde la didáctica. *Rev haban cienc méd*, 8 (3), 28-30.

Medina, C. (2004). Utilización de los servicios odontológicos de salud por niños menores de cinco años con seguridad social. *Revista mexicana de pediatría*, 71 (5), 222-228.

Medina, C. E. (2006) Desigualdades socioeconómicas en salud bucal. Caries dental en niños de seis a doce años de edad. *Rev. invest. clín.* 58 (4), 296-304.

Meira. M. E., Marca, M. A. L., Adas, N y Adas, S. (2007). Representación social del paciente que se beneficia de la interacción universidad pública y hospitales generales, 44 (4).

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*. 4 (7), 71-83.

Montero, J. (2006). Calidad de vida oral en población general. [Tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada, Facultad de Odontología.

Mora, M. (2002) La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici Universidad de Guadalajara, México. *Athenea Digital*, (2), 1-25.

Morales, O., Marín, E. y Camejo, D. (2004). Programa de Autodesarrollo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes: una experiencia de formación integral en el área de la salud. Ediciones Postgrado de Lectura, Postgrado de Lectura y Escritura. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Memorias del VI simposio Internacional de Lectura y Escritura: investigación y didáctica, 15.

Moscovici, S. (1961). *El Psicoanálisis su imagen y su Público*. Buenos aires: Colección temas básicos.

Moscovici, S. (1979). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Planeta.

Moscovici, S. y M. Hewstone (1988). De la ciencia al sentido común. En *Psicología social II*. Barcelona: Paidós.

- Murrieta, J. F. (2006). Índices epidemiológicos de morbilidad bucal. México: UNAM FES Zaragoza.
- Nieva, B.C., Jácome, S, y Cendales, L. (1999). Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. *Rev Fed Odontol Colomb*, 57 (195), 9-56.
- Páez, D. (1987). Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social, Editorial Fundamentos. Para obtener el grado de doctora en Sociología, Madrid España: UNAM.
- Payares, C (1990). Salud Oral o las Paradojas de la Práctica Odontológica. *Acta Odontológica*. 28 (3), 15- 23.
- Payares, C. (1997). Es la Práctica Odontológica un Trabajo Social descontextualizado. *Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia*. Medellín, Colombia, 8 (1), 6-102.
- Paz, E. (2003). Investigación cualitativa en investigación: Fundamentos y tradiciones. España: Mc Graw Hill.
- Perera, M. (1999). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Informe de investigación. La Habana: CIPS.
- Petracci, M. y Kornblit, A. (2007). Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista. En Kornblit, A. (comp.) metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires: Biblos.
- Pine, C.M., Adair, P.M., Petersen, P.E., Douglass, C., Burnside, G., & Nicoll, A.D. (2004). Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health*.
- Ramírez, G. y García L. I. (2008). Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales, 3 (1), 121-130.
- Reid, T. (1998). La filosofía del sentido común. Breve antología de textos de Thomas Reid. Traducción de José Hernández Prado. México: UAM- A.
- Requena, A., Carrero, V. y Soriano, R.M. (2006). Teoría fundamentada."Grounded Theory. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid. CIS. Colección cuadernos metodológicos, (37).
- Restrepo, D. A. (2013). La teoría fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las representaciones sociales. *Revista CES psicología*, 6, (1). 122-133.
- Rocha, A. (2008). Representación social del odontólogo. *Rev. CES Odontología*, 21(2), 79-84.

Rodríguez, D. (1996). Salud Bucal. [www.bus.sld.cu/revista/esl/vol 33 1 96](http://www.bus.sld.cu/revista/esl/vol33_1_96)

Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la Psicología Social. Vol. 24 Núm. 93 Michoacán México, 53-80.

Rodríguez, T., García, María. L. (2007). Representaciones sociales. Teoría e investigación: Universidad de Guadalajara.

Rojas, R. (1990). Crisis, salud-enfermedad y práctica médica. México, D.F: Plaza y Valdés.

Romero, Y. (2007). Representaciones sociales del profesional de la salud bucal, *odous científica*, 2(8), 21-32.

Rouquette, M. L. (1994). Sur la connaissance des masses. Grenoble: PUG.

Sacchi M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007), "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta". En *Salud Colectiva*, 3, (003), 271-283.

Sáenz, L., Sánchez. L., Luengas, I. y Jarillo E. C. (2007). Actitudes de los Estudiantes de Odontología Frente a su Formación Profesional. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 15 (17), 1-16.

Sanders, A.E. y Spencer, A.J. (2004). Social inequality in perceived oral health among adults in Australia: *Aust N Z J Public Health*.

Spiegelberg, H. (1994). Analysis and interpretation of qualitative data in consumer research. *Journal of consumer research*. 21, 491-503.

Stainton, W. (2002). Los estudios acerca de las representaciones de la salud y la enfermedad en Inglaterra, En Álvarez J. Estudio de las creencias de salud y enfermedad (p.p.111- 118). México: Trillas.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.

Thomsom W.M. (2001). Use of dental services by 26-year-old New Zealanders. *New Zealand Dental Journal*. 97, 44-8.

Torres, T. M. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara*, 23, 35-44.

Vázquez, D., Cuevas L. y Crocker R. C. (2005). La formación de profesional de la salud en México. México, D.F., Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud.

Vera, G. (2003). Perspectivas en la formación de orientadores. Un estudio cualitativo según la teoría fundamentada, Maracaibo: postgrado de humanidades.

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista hacia la promoción de la salud*, 12, 41-50.

Zurita, B., y Ramírez, T. (2000). Desempeño del sector privado de la salud en México. *Sistemas de salud, caleidoscopio de la salud*, 153-160.