



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD BUCAL.
SUS IMPLICANCIAS EN LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS AL
BIOFILM”**

TESISTA:

OD. JULIETA RUBINSTEIN.

DIRECTOR:

PROF. DRA. MARIANA BUTINOF

CÓRDOBA, 2018



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

ESCUELA DE POSGRADO

Trabajo de Tesis para optar al Título de Doctor en Odontología

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD BUCAL

***“Sus implicancias en la prevención y tratamiento de las enfermedades
asociadas al biofilm”.***

Doctorando

Od. Julieta Rubinstein

Directora

Prof. Dra. Mariana Butinof

Co-director

Prof. Dr. Luis Mario Plavnik

2018

COMISIÓN DE TESIS

Prof. Dra. Nora Brasca

Prof. Dra. Patricia Scherman

Prof. Dra. Mariana Butinof

JURADO DE TESIS

Prof. Dra. Nora Brasca

Prof. Dra. Patricia Scherman

Prof. Dra. Silvia Graciela Quesada

A Juan y Emilia por iluminar mi vida.

A mis padres quienes me incentivaron a desarrollar un pensamiento crítico e independiente en todos los aspectos de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba (FO de la UNC), lugar en el que desarrollé los estudios de mi tesis doctoral, institución a la que manifiesto mi más sincero agradecimiento.

Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la colaboración y apoyo de varias personas. En primer lugar debo expresar mi más profundo agradecimiento a la Prof. Dra. Mariana Butinof directora de éste trabajo, guía y maestra, por su infinita paciencia, apoyo, contención y por incentivar-me a mejorar diariamente.

A los pobladores de Villa Candelaria Norte que abrieron sus puertas y compartieron sus relatos con calidez y gentileza.

A la médica Sonia Galván por su colaboración, afecto, apoyo y compañía a lo largo de todo este camino.

A mis amigos que son un pilar fundamental en mi vida, por su apoyo y colaboración.

A la comisión de tesis Prof. Dra. Nora Brasca y Prof. Dra. Patricia Scherman por sus invaluable-s sugerencias y su amabilidad, además agradezco a la Prof. Dra. Silvia Graciela Quesada, evaluadora externa por disponer de su tiempo para la corrección de éste trabajo.

A mi esposo gran compañero de vida por su amor y apoyo.

Por último, doy gracias a toda mi familia por estar siempre a mi lado, a mis hermanos y en especial a mis padres por enseñarme a que puedo realizar mis elecciones con autonomía y a creer en mis elecciones.

CERTIFICADO DEL COMITÉ DE ÉTICA



**Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Odontología**

**INFORME DE EVALUACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION
PARA EL INVESTIGADOR**

Comisión de Ética "Ad Hoc" Res. Dec. 305/12, con aprobación transitoria del COEIS 2013

Título del Trabajo de Investigación de Tesis Doctoral	"Representaciones sociales de la salud bucal: sus implicancias en la prevención y tratamiento de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano".	
Nombre Abreviado N° 52 ODO	No refiere	
Investigador Director	Od. Julieta Rubinstein. Tesis doctoral	
Institución y Sede de la Investigación	Facultad de Odontología, UNC	
Documento Presentados	-Nota dirigida al coordinador	Si
	- Formulario REPIS no patrocinadas :	Si
	-Protocolo de investigación	Si
	-Formulario de consentimiento informado y hoja de información al paciente:	Si
	-Información al paciente sobre la investigación	Si
	- Nota copia declaración de acuerdo de los investigadores	-
	- Declaración del origen institucional del paciente	Si
- Lista y firma de los investigadores participantes	-	
Integrantes del Comité de CIEIS	Dra. Gomez de Ferraris, ME (Coordinadora) Dra. Actis, Adriana Dra- Simbron, Alicia	
Fecha del Informe	10 de Setiembre de 2013	
Resolución	Aprobado	
Documento Aprobados	Título del Protocolo: "Representaciones sociales de la salud bucal: sus implicancias en la prevención y tratamiento de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano". Formulario del consentimiento Aprobado	
Sugerencias	En el formulario REPIS indicar si el carácter del estudio es público o privado. Debe incorporar el sello de la autoridad del establecimiento, como así también el sello del investigador. Debe presentar el formulario por triplicado (falta una copia).	

Dra Ana Finkelberg
Su-Coordinadora Comité de Ética


 Dra Gómez de Ferraris ME
 Coordinadora Comité de Ética
 Prof. Dra. ANA ELSA GÓMEZ DE FERRARIS
 Coordinadora del C.I.E.I.S.
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

ÍNDICE

ABREVIATURAS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
PRIMER CAPÍTULO	13
1. MARCO TEÓRICO	13
1.1. Concepciones de salud y salud bucal	13
1.2. Salud colectiva	16
1.3. Evolución y cambios conceptuales de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano	16
1.3.1. Teorías sobre la etiología de la caries dental. Evolución y cambios conceptuales	18
1.4. Hacia el carácter social de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano	20
1.5. Modelos de atención odontológica en Argentina	22
1.6. El campo de la salud	23
1.7. Representaciones sociales	26
1.8. Representaciones sociales y salud bucal	30
SEGUNDO CAPÍTULO	33
2. LA INVESTIGACIÓN	33
2.1. Preguntas de investigación y objetivos	33
2.2. Objetivos	33
3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
3.1. Sujetos y escenarios de investigación	34
3.2. Estrategia muestral y selección de participantes	37
3.3. Criterios de selección de los participantes. Muestreo teórico	37
3.3.1. Técnicas de recolección de datos	40
3.4. El guión de la entrevista, guía y preguntas estímulo	42
3.5. Consideraciones éticas: Consentimiento informado	43
4. ANÁLISIS METODOLÓGICO	44
4.1. ¿Por qué investigación cualitativa?	44
4.2. Rigurosidad	44

4.3. Teoría fundamentada. Codificación teórica _____	46
4.3.1. Clasificación de las entrevistas y perfiles de las mujeres entrevistadas _____	48
4.3.2. Codificación abierta y axial _____	50
4.3.3. Comparaciones constantes y saturación teórica _____	53
TERCER CAPÍTULO: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN _____	55
5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS _____	55
5.1. El contexto. La comuna _____	55
5.1.1. Un recorrido por Villa Candalaria Norte _____	56
5.1.2. Los nueve parajes rurales _____	59
5.1.3. El campo: Hospital como recurso simbólico. Historia, evolución y funcionamiento actual _____	60
6. LA SALUD BUCAL EN VILLA CANDELARIA NORTE _____	63
6.1. Expresiones del Campo de la salud en Villa Candalaria _____	63
6.2. Proceso Salud/enfermedad/atención. Medicalización _____	65
6.3. Proceso salud/enfermedad/atención desde una dimensión odontológica _____	67
6.4. Concepción en Villa Candalaria sobre etiología de Enfermedades relacionadas al biofilm bacteriano _____	72
6.5. Accesibilidad a los servicios de Salud _____	74
6.6. Discusión _____	76
7. LAS PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL EN VILLA CANDELARIA NORTE _____	83
7.1. Prácticas en relación con la salud bucal _____	83
7.1.1. Medicalización. La exodoncia como práctica _____	83
7.1.1.1. Prácticas relacionadas a la accesibilidad simbólica _____	85
7.1.2. Prácticas en relación con el control mecánico y químico del biofilm bacteriano _____	86
7.1.3. Prácticas en relación con la dieta _____	86
7.1.4. Hábitos bucales que afectan a la infancia en Villa Candalaria _____	88
7.1.4.1. Prácticas que fomentan el autocuidado _____	90
7.2. Discusión sobre las prácticas en salud bucal en Villa Candalaria Norte _____	90
8. COMPONENTES AFECTIVOS Y COGNITIVOS LIGADOS A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD BUCAL. _____	94
8.1. Componentes afectivos: Sentires, sufrimiento, ansiedad y miedo _____	94
8.2. Componentes cognitivos _____	98
8.3. Relatos del equipo de salud y discursos profesionales _____	100

8.4. Discusión sobre componentes afectivos y cognitivos ligados a las representaciones sociales de salud bucal.	103
9. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	106
9.1. Conclusiones	106
9.2. Consideraciones Finales	110
9.3. Propuestas y sugerencias de acción para los distintos niveles, fundamentado en los hallazgos y resultados obtenidos en relación a las representaciones sociales de la salud bucal en Villa Candelaria Norte	110
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
11. INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	120
ANEXOS	122
CONSENTIMIENTO INFORMADO	121
UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI	123
TABLAS DE RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE LA CODIFICACIÓN AXIAL	125

ABREVIATURAS

- **MMH:** Modelo Médico Hegemónico.
- **S/E/A:** Salud/enfermedad/atención.
- **TOGG:** Trabajo, organización, gestión y gobierno.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **OMS, WHO:** Organización Mundial de la Salud, World Health Organization.
- **FDI:** Fédération Dentaire Internationale, Federación Dental Internacional
- **CIEIS:** Comité institucional de ética en investigaciones en salud.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las representaciones sociales de las mujeres adultas de Villa Candelaria Norte e integrantes del equipo de salud local, sobre el proceso salud/enfermedad/atención desde una dimensión odontológica. **Metodología:** El estudio corresponde a una investigación de carácter cualitativo. Estrategia muestral y participantes a través del muestreo intencionado. Se utilizó cuaderno de bitácora para la recolección de datos preliminares. Se realizaron entrevistas exploratorias a 10 mujeres adultas, que concurrían al hospital de la localidad de Villa Candelaria Norte, provincia de Córdoba, y a todos los efectores de salud locales. A través del muestreo teórico se seleccionó, de acuerdo a los criterios necesarios para la investigación, a 4 participantes para realizar entrevistas en profundidad. Se obtuvo el consentimiento informado aprobado por Cieis Res. 384/13. El método de análisis se implementó a través de la teoría fundamentada. Para complementar el análisis de datos se utilizó un demo del software para el análisis creativo ATLAS.ti. **Resultados:** Se obtuvieron 3 grupos: Pobladoras centro, pobladoras paraje e integrantes del equipo de salud. Se identificaron 5 categorías: Dimensiones del campo de la salud, Medicalización del proceso salud/enfermedad/atención, Proceso salud/enfermedad/atención desde una dimensión odontológica con 2 sub-categorías: dolor y pérdida de elementos dentarios. Etiología de enfermedades asociadas al biofilm bacteriano y accesibilidad a los servicios de salud. Se obtuvieron datos relevantes en cuanto a las prácticas que afectan la salud bucal y una descripción de los componentes afectivos y cognitivos ligados a las representaciones sociales de la salud bucal. **Conclusión:** Las representaciones sociales orientan la construcción de conocimientos sobre salud y enfermedad bucal y son necesarias para comprender la relación de la salud bucal, el acceso cultural a los servicios sanitarios y la prevención de enfermedades bucales relacionadas con el biofilm bacteriano. Las representaciones sociales de una comunidad influyen en las prácticas de salud bucal de una población. La construcción de una visión crítica y de saber sobre las representaciones sociales de la salud, en la odontología, puede contribuir a mejorar la formación y las prácticas profesionales fomentando el intercambio de saberes y una práctica en salud orientada desde los determinantes sociales de la salud bucal.

ABSTRACT

Objective: To identify the social representations that adult women have in Villa Candelaria Norte and members of a team of local health, about a process for health/disease/attention from a dental dimension. **Methodology:** The type of study corresponds to a qualitative research. Strategy for sampling and selection of participants through intentional theoretical sampling. Logbook was used for the collection of preliminary data. Exploratory interviews were conducted in 10 adult women, who went to the hospital of Villa Candelaria Norte, town in the province of Córdoba, and all the local effectors of health. Through theoretical sampling, according to the criteria necessary for the investigation, 4 participants were selected for interviews in depth. An informed consent approved by Cieis Res. 384/13 was used. The method of analysis was implemented through the grounded theory. To complement data analysis, a demo Software for creative analysis ATLAS.ti was used. **Results:** 3 groups were obtained: Townspeople Center, Townspeople spot and members of health team. Five categories were identified: Dimensions of the field of health. Medicalizations of the health/disease/attention process. Process health/disease/attention from a dental dimension with 2 sub-categories: pain and loss of dental elements. Etiology of diseases associated with the dental biofilm and accessibility of health services. Relevant data regarding practices that affect oral health were obtained, and a description of the affective and cognitive components linked to social representations of oral health was obtained. **Conclusion:** social representations orient the construction of knowledge about health and oral disease and they are necessary to understand the relationship of the meaning of oral health, the cultural access to health services and prevention of oral diseases related to bacterial biofilm. Social representations of a community influence the practices of oral health of a population. The construction of a critical vision and the knowledge on social representations of health in dentistry, can contribute to improve the training and professional practices by fostering the exchange of knowledge and practice in health oriented from the social determinants of oral health.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades relacionadas con el biofilm bacteriano tales como caries dental y enfermedad periodontal son las enfermedades de la cavidad bucal de mayor prevalencia a nivel mundial, motivo por el cual han sido ampliamente estudiadas (Federación Dental Internacional, FDI, 2015). Numerosos trabajos científicos han comprobado la multifactorialidad de su etiología, lo que señala la importancia de estudiar los diferentes factores asociados a la misma, para poder prevenirlas. La OMS afirma que el 60%-90% de los escolares de todo el mundo tiene caries dental y que las enfermedades periodontales graves afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura (W.H.O, 2012). A pesar de los esfuerzos realizados en la promoción de la salud y en la prevención de estas enfermedades, su incidencia es alarmante, por lo que cabe preguntarse: ¿estamos investigando adecuadamente cada uno de los factores involucrados?

A lo largo del siglo XX se observó una tensión permanente entre los diferentes enfoques de salud, con una discusión acerca de la necesidad de un enfoque sociopolítico y ambiental (González Pérez, 2002).

En diversas investigaciones realizadas en el campo de la odontología comunitaria, existe una tendencia a la simplificación del estudio de los determinantes sociales, que influyen en la etiología de las enfermedades relacionadas al biofilm bacteriano. La problemática social es indivisible del proceso salud/enfermedad/atención, debido a que el cuerpo humano está atravesado por determinaciones de las condiciones, situaciones y estilos de vida. Salud y enfermedad importan por sus efectos no solo sobre el cuerpo, sino también sobre el imaginario. Por ello todas las acciones clínicas, preventivas, asistenciales o de planificación deben estar atentas a valores, actitudes y creencias de las personas a las que se dirige tal acción. El estudio del contexto sociopolítico donde se desarrolla la actividad cotidiana de las personas vale para comprender las distintas interacciones entre los diferentes actores, sus modos de vida, sus costumbres y el valor que los sujetos asignan a las diferentes prácticas en salud (Muñiz et al., 2016).

Surge de esta manera el interés por estudiar las representaciones sociales de la salud bucal en Villa Candelaria Norte, comuna rural ubicada en el límite interprovincial entre Córdoba y Santiago del Estero. Se identifica a Villa Candelaria Norte como una localidad con características de ruralidad tradicional por ser una población centrada en actividades agropecuarias, ubicada en espacios de baja densidad poblacional, aislada y dispersa, con condiciones culturales particulares de la zona, donde se comparten

creencias y costumbres. Esta población tiene particularidades tales como el acceso precario o dificultoso a la salud y la falta de transporte adecuado a centros de mayor población, aspectos comunes a distintas zonas del norte de la provincia de Córdoba y localidades de provincias aledañas como Santiago del Estero, incluyendo otras provincias del norte del país (Ortiz Seguel, 2010). El estudio de los rasgos de las poblaciones rurales del norte de la provincia, como así también en parajes de otras provincias limítrofes, es de gran utilidad para conocer y analizar prácticas relacionadas con la salud de sus habitantes.

Comprender las representaciones sociales de pobladoras permite trabajar una visión de la salud en términos de su complejidad, debido a que la salud abarca no solo el aspecto de la vida individual de los sujetos, sino también su clase social o grupo, la organización política y la cultura a la que pertenecen (Breilh, 2013). Estos aspectos constituyen la determinación social de la salud. Conocer la posición que ocupa la salud bucal con respecto a la salud general y cómo se relaciona con la determinación social de la salud aumenta las posibilidades de generar acciones de cuidado de la salud bucal en concordancia, siendo estas prácticas de construcción integral de la salud.

La presente tesis se compone de tres partes. La primera parte describe el marco teórico donde se condensan los conocimientos existentes en el área de estudio, y en el cual figura la teoría que sustenta esta investigación. La segunda parte de la investigación detalla los objetivos y preguntas de investigación, diseño, sujetos y escenarios de investigación, estrategias muestral y selección de los participantes, muestreo teórico, consideraciones éticas y análisis metodológico. La tercera y última parte comprende tres capítulos de resultados (capítulo 6, 7 y 8) con el análisis de las categorías investigadas; cada uno finaliza con su discusión. Por último se exponen las conclusiones de este trabajo y las consideraciones finales.

PRIMERA PARTE

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Concepciones de salud y salud bucal

En 1946 se produjo un hito en la definición de salud, a partir de la declaración de la Organización Mundial de la Salud enunciada en el Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. La define como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad clínicamente objetivable o visible.

Muchos criticaron a la OMS por su concepto de “completo estado de bienestar”, ya que este parece un ideal utópico: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino componentes de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción (Canguilhem, 1997; González Martínez et al., 2010; Moreno, 2008).

La salud bucodental y la salud general están íntimamente relacionadas y se consideran de manera integral debido a que poseen una estrecha relación bidireccional. La salud bucal conceptualizada desde una visión integrada a la salud general proporciona una base sólida para un enfoque de integración capaz de generar impacto en la calidad de vida de las poblaciones.

El concepto proceso de salud/enfermedad/atención bucal (S/E/A) implica una serie de consideraciones. La OMS define a la salud bucal como: “Ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial” (WHO, 2012). Esta definición de salud es planteada en función del fenómeno opuesto (la enfermedad), por lo que se describe desde una óptica negativa. Es difícil establecer el momento en que el individuo sano pierde la salud, porque salud y enfermedad son dos estados entre los cuales fluctúa el individuo toda la vida. Es entonces un proceso dinámico de transformación incesante de la realidad (Daly et al., 2013).

Pero como se ha descrito anteriormente el concepto de salud tampoco es estático ni a-histórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconocen en la actualidad diferentes posturas que afirman que en cualquier sociedad la definición del término salud no es estrictamente biológico, sino primariamente social (Quintero, 2007).

Breihl y Granda definen 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). Según el autor (Breilh, 1991) la mayor parte de las personas, incluyendo a muchos profesionales de la salud, piensa por falta de una conciencia integral que la enfermedad se reduce a los problemas que ocurren en un individuo cuando padece alguna molestia, un dolor, u otro signo o síntoma que altera su actividad normal. Las personas reaccionan cuando surgen problemas de este tipo y piensan que debe solucionarse exclusivamente con una atención individual, de buena calidad y oportuna, en los consultorios, hospitales y otros servicios de salud.

Menéndez plantea la determinación del perfil epidemiológico, retomando la necesidad de describir y analizar el proceso salud/enfermedad/atención de los grupos sociales y la relación con sus prácticas diarias en salud, e incorporando el concepto de estilo de vida (Menéndez, 1998). La epidemiología utilizó este concepto eliminando la perspectiva holística, reduciéndolo a conducta de riesgo y limitando o no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas.

Castellanos refiere que las concepciones tradicionales de salud y enfermedad tienen que abrir espacio para la confrontación con el desarrollo de conceptos y metodologías más integrales, con mayor capacidad para aprehender la complejidad real de los determinantes del proceso salud/enfermedad, superar la visión simple y unilateral, y describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad y la salud de los individuos y grupos sociales (Castellanos, 1990). El autor afirma la importancia de la descripción de la situación de salud para comprender por qué predominan determinadas concepciones y cómo se modifican. Sostiene que la situación de salud no puede ser descrita por alguien que no tiene en cuenta el punto de vista de los actores sociales diciendo: "La situación de salud de un determinado grupo de población es así, un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social; es decir, de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha situación" (Castellanos, 1990). Los problemas de salud son hechos que se perciben

como fenómenos de salud y enfermedad que ocurren en diferentes dimensiones y espacios. Estos pueden estar en diferentes espacios según dónde los localicemos: entre individuos o entre grupos de población, entre grupos sociales en una misma sociedad, o en la sociedad en general o global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en alguna o algunas de estas dimensiones. El autor afirma que una situación de salud/enfermedad, desde el punto de vista de un actor social, contiene:

- a) una selección de problemas, fenómenos que conciernen a grupos de población seleccionados;
- b) un detalle de hechos, que en su contenido y forma son asumidos como suficientes y necesarios para describir los problemas seleccionados;
- c) una explicación, es decir la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los problemas.

Los hechos que percibimos como fenómenos de salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones o espacios. Pueden ser espacios singulares que expliquen justamente la singularidad de los fenómenos, de modo que su resolución estará de acuerdo con la tecnología del lugar que permita resolver ese fenómeno. En cambio, si el problema es descrito en un espacio particular, como perfil de un grupo de población, o general, con todo un sistema de leyes y organización, incorporará todo el arsenal de recursos que posibiliten la modificación de dichas condiciones del espacio general (que incluye al singular y particular). Sin embargo, es importante destacar que mientras más amplio es el espacio de definición y explicación de los problemas, mayor es la necesidad de recursos de poder (técnicos, administrativos y políticos) para actuar.

En el espacio singular los problemas de salud/enfermedad aparecen como la frecuencia o gravedad de una patología o accidente en particular, entre personas con determinadas propiedades de tiempo, espacio o caracteres biológicos o sociales individuales. El espacio particular es el espacio de los “problemas” que aparecen definidos como variaciones del perfil de salud/enfermedad a nivel de grupos de población; es decir, la explicación enfatiza entre otros los procesos de reproducción social, estilo de vida, las relaciones entre sujetos, y el tipo de acción en salud. Por último, la descripción del espacio general es el ámbito de las políticas y planes de salud donde existe la necesidad de priorizar entre diferentes grupos de población y de qué manera se insertan en la sociedad los perfiles de salud de la población y del modelo asistencial.

1.2. Salud colectiva

En el campo de la salud se expresa la vivencia de los sujetos, de modo que el área biomédica no puede excluir la problemática social, puesto que el cuerpo humano está atravesado por determinaciones de las condiciones, situaciones y estilos de vida, tal como lo expresa Souza Minayo (De Souza, 2009) en su trabajo sobre salud colectiva. La salud y enfermedad importan por sus efectos no solo sobre el cuerpo, sino también sobre el imaginario. Por ello todas las acciones clínicas, preventivas, asistenciales o planificación, deben estar atentas a valores, actitudes y creencias de las personas a las que se dirige la acción. La autora subraya que es necesario comprender que al ampliar las bases conceptuales incluyendo lo social y lo subjetivo, las ciencias de la salud no se tornan menos “científicas”; por lo contrario, se acercan de mejor manera a contextos reales de los fenómenos que abarcan (De Souza Minayo, 2011).

Botazzo (Botazzo, 2000), apoyándose en los estudios de Foucault y con el objetivo de entender la separación de las prácticas odontológicas de las prácticas médicas, afirma que hay una especie de acuerdo que permite el establecimiento de la profesión, delimitando, literalmente, un área de actuación para el odontólogo. El autor sostiene que esa práctica profesional se centró en elementos dentarios y en procedimientos, en una “odontotécnica exclusiva”, con naturalización de la pérdida dental en favor de la prótesis, de la negación de la estomatología y de la afirmación de la operatoria donde se enfatiza la mirada hacia el diente y no hacia la boca, con total falta de relación con la persona y su contexto.

En las Américas y el Caribe cobra importancia el desarrollo de la salud bucal pensada colectivamente. Pensar la salud desde el desarrollo de las capacidades y afectos de los individuos en sinergia con el grupo social al cual pertenecen exige reconocer los derechos colectivos fundamentales (Suárez and Herrera, 2009). Desde esta perspectiva, al reconocer el rol fundamental de los determinantes sociales en las ciencias de la salud y al comprender el peso que poseen los valores, creencias, conceptos e imaginarios de una sociedad en el desarrollo del proceso S/E/A, surge la necesidad de definir, conocer y comprender las representaciones sociales de la salud que poseen las poblaciones.

1.3. Evolución y cambios conceptuales de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano

La salud bucal de las personas se relaciona con la cantidad y la calidad del biofilm bacteriano, sin restar importancia a los múltiples factores involucrados la etiología de las enfermedades prevalentes de la cavidad bucal (Schwendicke et al., 2015). La caries

dental es una enfermedad infecciosa que tiene el potencial de producir cavitación del esmalte dental, daño a la dentina y a la pulpa, culminando con la destrucción localizada de los tejidos duros del diente si la desmineralización es desenfrenada (Pitts and Stamm, 2004). Se denomina enfermedad periodontal a la periodonciopatías que se caracterizan por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales, con la formación de bolsa periodontal, que lleva a la pérdida de hueso alveolar y eventualmente del elemento dentario, con una fuerte asociación causal al biofilm bacteriano (Carranza FA, 1996). Estas enfermedades son denominadas enfermedades relacionadas al biofilm bacteriano porque, si bien su etiología es multifactorial, es requisito indispensable la presencia de biofilm para el inicio y evolución de las mismas.

El biofilm bacteriano o biopelícula se puede definir como una estructura asociativa de uno o varios tipos de microorganismos, embebidos en una matriz extracelular de polisacáridos autoproducida y que se encuentra adherida a una superficie dental o sustrato (Costerton et al., 1999). Según la OMS, el biofilm se puede definir también como un ecosistema bacteriano proliferante y enzimáticamente activo. Como ya se mencionó, caries dental y enfermedad periodontal son procesos mórbidos de etiología multifactorial, pero tienen en común la presencia de biofilm como factor microbiológico necesario para su aparición. La caries dental es resultado de múltiples factores bio-socio-ambientales mutuamente dependientes, y la probabilidad de resultar afectado dependerá del área de intersección entre los diferentes factores.

A través de la historia, los diferentes índices de caries dental y enfermedad periodontal demostraron que estas enfermedades son las prevalentes del mundo. Las modificaciones en la alimentación de los pueblos luego de la revolución industrial modificaron la incidencia de las mismas. Hay pocos estudios con criterios epidemiológicos unificados sobre la frecuencia de caries dental en el mundo. Los índices odontológicos como el CPO-D (utilizado en estudios odontológicos para cuantificar la prevalencia de caries dental y señalar la experiencia de caries tanto presente como pasada) reflejan mayor prevalencia de esta enfermedad en países en vías de desarrollo, sin embargo la realidad demuestra que los estudios epidemiológicos de caries dental no cuentan con información o datos estadísticos reconocidos (figura 1).

La comercialización creciente de alimentos envasados, procesados y de preparación rápida pone de manifiesto el importante aumento en la ingesta de estos nutrientes. Cabe destacar que las nuevas formas de alimentación tienen relación con el ambiente y los cambios socioculturales. El alimento, muchas veces, es entendido como

una representación de valores, creencias y costumbres. Puede ser que posea significados positivos o negativos con respecto a la salud de los sujetos, o que esté relacionado directamente con un hábito, como lo representa la cultura del “mate” en Argentina.

La gran proliferación de alimentos altamente procesados es un fenómeno reciente en la historia humana; la revolución industrial que tuvo lugar en Europa en el siglo XVIII se sigue dando en la actualidad en muchos países de Latinoamérica (Beardswordi and Keil, 1997). Con la revolución industrial y el desarrollo de la tecnología hubo una mayor disponibilidad y consumo de azúcar refinado, lo cual contribuyó al cambio en el estilo de vida de la civilización, condicionando un aumento en la prevalencia de la caries dental. Se destacan ciertas características de los alimentos azucarados (consistencia, textura, adhesión) y las condiciones en las cuales son ingeridos (Mayor Hernández et al., 2014).

Durante las últimas décadas hubo una transformación en la dieta, caracterizada por un aumento del consumo de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, sacarosa y sodio (Busdiecker B. et al., 2000).

Mapa de índices (CPOD) en niños de doce años de edad (2003)

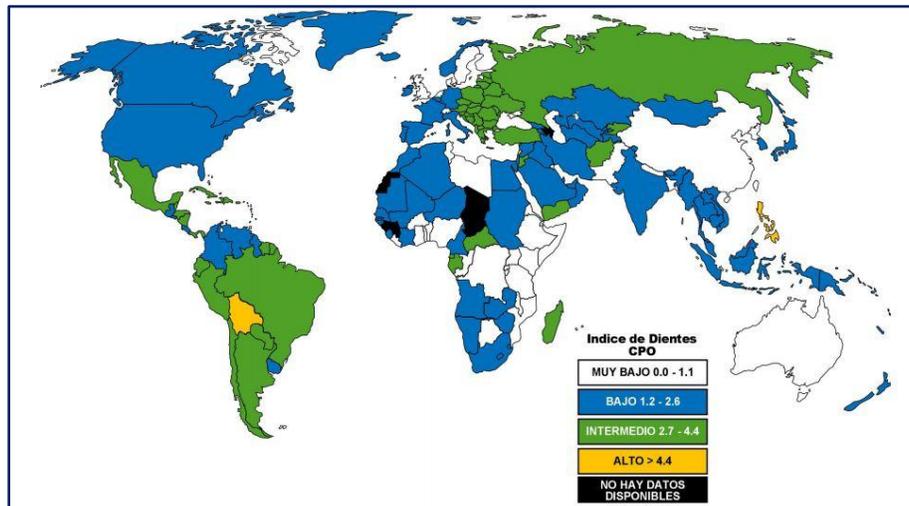


Figura 1: Mapa mundial de frecuencia de caries dental. Fuente: (Naranjo and Díaz, 2012)

1.3.1. Teorías sobre la etiología de la caries dental. Evolución y cambios conceptuales

Existen diferentes corrientes acerca de la etiología de las enfermedades asociadas a biofilm bacteriano (caries y enfermedad periodontal): la biologicista, que sigue el modelo quimio-parasitario propuesto por Miller (García and Liébana, 1995), la clínico-epidemiológica de Keyes, que incorpora algunas características de la visión epidemiológica mediante la tríada epidemiológica y de la ciencia clínica tradicional

(Fitzgerald and Keyes, 1963); la clínico-biologicista de Thylstrup y Fejerskov (Thylstrup and Fejerskov, 1978), que considera las evidencias epidemiológicas pero parte de una visión clínica de la boca en dirección al medio externo; la biopsicosocial, que reúne los factores biológicos, psicológicos y sociales (Louro Bernal, 2004); y la social, que propone formas de abordaje de la enfermedad partiendo de lo general a lo específico (Gift, 1993).

El modelo biologicista desarrollado en el trabajo de Miller, en 1890, propone una teoría quimio-parasitaria de la caries dental, donde las especies de bacterias de la superficie dentaria son capaces de contribuir al ataque ácido sobre el esmalte. Concluye que la cantidad de biofilm de las superficies determina la enfermedad. La teoría reconoce el metabolismo de hidratos de carbono por bacterias con la generación de ácido, siendo el acontecimiento central el proceso de desmineralización de la estructura dental (Costa et al., 2012). Esta teoría considera los microorganismos como el principal agente causal de la enfermedad (factor biológico), ya sea unicausal o multicausal en relación con un microorganismo o con una fusión de estos, y alude a una corriente que parte de trabajos científicos bacteriológicos como el de Koch y Pasteur. Este modelo no responde al nuevo concepto de salud/enfermedad que tiene en cuenta el papel fundamental de otros factores necesarios para la aparición de la enfermedad.

Desde el modelo microbiano aparece la propuesta de Keyes, llamada Tríada Epidemiológica de Keyes, en 1960. Este modelo explica la etiología de la caries dental por la intersección de tres factores primarios: susceptibilidad del huésped, microorganismos (biofilm bacteriano) y sustratos cariogénicos. Newbrum (en 1978) incorpora el factor tiempo, enriqueciendo la teoría de la Tríada Epidemiológica de Keyes para buscar completar ciertos aspectos no reflejados; así comenzaron a sumarse factores tales como la edad (Echevarría, 1990) con lo que la teoría biologicista fue quedando progresivamente en desuso.

Hacia 1997 Fejerskov (Fejerskov, 1997) refiere que la caries puede definirse desde una progresión clínico-epidemiológica, pudiéndose evitar su progresión, es decir, interferir en el proceso antes que la lesión inicial se transforme en un hecho irreversible (la cavidad propiamente dicha).

En la actualidad se reconoce que la caries dental no es una situación aislada; se la considera una enfermedad infecciosa y multifactorial, que resulta de la acumulación de una serie de eventos en el tiempo (Naranjo and Díaz, 2012). Por lo tanto, es obvio que un tratamiento dirigido solamente a los signos y síntomas ataca el efecto pero no la causa, y la simple extirpación de la lesión no implica el fin de la enfermedad.

Thylstrup y Fejerskov incorporaron al estudio de la etiología de caries dental los factores de riesgo. Sus trabajos añadieron contenidos sociales en la evaluación de la salud bucal, los cuales habían sido considerados en un principio como un factor de confusión y no determinantes del proceso de caries dental.

El modelo biopsicosocial reúne los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la etiología de caries dental (Gomes, 2002). Se comenzaron a estudiar situaciones tales como el tipo y horario de alimentación y el acceso a los servicios sanitarios, la educación, la información y la motivación en cuanto a participación social, que fueron temas que se incorporaron lentamente a partir de la década del 90 en odontología. En los textos relacionados con el progreso en la conceptualización de la salud podemos encontrar que el concepto salud describe al ser humano como un ser biopsicosocial (indivisible), siendo esto indispensable para determinar causas y riesgo de enfermedades, como se había señalado en definición de salud de la OMS en 1946, efectiva desde 1948 (“Constitución de la Organización Mundial de la Salud,” 1946).

1.4. Hacia el carácter social de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano

Los modelos de estudio sobre la etiología de caries dental han variado en relación con la evolución del concepto de salud. El modelo reduccionista tradicional biológico sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal, como un agente patógeno, genético o anomalía del desarrollo o lesión (Engel, 1989).

A lo largo del siglo XX se observó una tensión permanente entre los diferentes enfoques de salud, con una discusión de la necesidad de un enfoque sociopolítico y ambiental. En el ámbito científico, la corriente de la multicausalidad biologicista se concebía como *verdad científica*, y actualmente está siendo cuestionada por los defensores de una odontología con carácter social. La enfermedad, la salud y la muerte no se limitan a la evidencia orgánica, natural y objetiva, sino que las experiencias abarcan las necesidades individuales y colectivas de cada sociedad; por lo tanto, se postula que la enfermedad es también una realidad construida por el enfermo y es de carácter social (Lejarraga, 2004). En la actualidad la salud se entiende como una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y ya no puramente en términos biológicos. En este sentido la epidemiología social realizó aportes incorporando un amplio abanico de determinantes de la salud, desde el nivel micro-social en la operación de factores biológicos individuales al nivel macro-social que expresa las condiciones económicas,

sociales, políticas, culturales y ambientales en que las poblaciones se desarrollan. Desde esta perspectiva, existen diferencias entre los términos "causa" y "determinación social" de la enfermedad. La causa (uni- o multifactorial), tal como se presenta en el modelo anterior, requiere la identificación de eventos independientes relatados por una vía y un vínculo necesarios, específicos para generar el resultado de interés, como lo explican Costa et al. en su trabajo sobre modelos explicativos de la caries dental (Costa et al., 2012).

Estos modelos de etiología de caries dental se construyeron a partir de un nuevo concepto de salud, aludiendo a un proceso de carácter dinámico y social que permite explicar la aparición y evolución de las enfermedades relacionadas al biofilm bacteriano. Sin embargo, la permanencia estricta de la concepción biológica en la odontología, tanto en la enseñanza como en la investigación y las actividades clínicas, no avanza con respecto a las nuevas teorías sociales del proceso salud/enfermedad/atención (Glick et al., 2012).

Asimismo, en los trabajos de investigación odontológica se observa una tendencia a la simplificación de las variables sociales, que influyen en la etiología de las enfermedades relacionadas al biofilm bacteriano. La dimensión social que aparece con mayor frecuencia, tanto en la investigación como en la práctica clínica, es "el nivel socio-económico" que utiliza el grado de escolaridad como indicador (Fernández and Díaz, 2010). Los condicionantes sociales no son considerados, y el observador excluye del campo de investigación la posibilidad de un diseño más totalizante. Este colectivo de pensamiento basado en el positivismo puede ser considerado como cientificista, es decir, adopta una postura que afirma la aplicabilidad universal del método y el enfoque científico como única fuente de conocimiento genuino. Como ya se mencionó, existe una visión clínica, individualista y fragmentada del proceso salud/enfermedad/atención, relacionada con la utilización de tecnología avanzada que disocia al sujeto de su contexto, al sujeto de su cuerpo y divide este en fragmentos de estudio. Durante un tiempo considerable la estadística y la epidemiología han considerado al medio social como factor de confusión.

Al observar el progreso a través de los años de los diferentes esquemas sobre etiología de caries dental, queda en evidencia que existe en todos ellos una adaptación hacia un primer modelo etiológico: la Tríada Epidemiológica de Keyes que, aún modificada, parte desde una visión clínica hacia el contexto. A partir de estos esquemas adaptados se elaboran los planes de estudio en la educación superior, adoptando posturas clínico-preventivistas individuales que van desde lo micro a lo macro-social, y

surgen así perfiles profesionales con escaso o ningún énfasis en trabajos realizados conjuntamente con las poblaciones (Menéndez, 2003).

1.5. Modelos de atención odontológica en Argentina

Según Menéndez (Menéndez, 1994), desde la década del 60 y sobre todo en los 70, la biomedicina ha insistido en afirmar que determinados comportamientos, que tienen que ver con los estilos de vida, determinan el estado de salud de las personas. El estilo de vida es muchas veces resumido en acciones individuales puntuales, lo que conduce a que cuando clínicos y epidemiólogos piensan en “estilo de vida” lo refieren exclusivamente a costumbres determinadas, dejando de lado todos los aspectos socioculturales que rodean un hábito, sea o no nocivo para la salud (Menéndez, 1994). En su trabajo, Menéndez afirma que el proceso salud/enfermedad/atención ha sido concebido como de carácter “a-histórico y a-social”; así, la salud pública se ha construido desde la enfermedad, haciendo hincapié básicamente en intervenciones técnicas. Esta conclusión produjo en salud pública-colectiva una modalidad de trabajo de conglomerados de sujetos y no conjuntos sociales: el personal de salud no trabaja con los condicionantes estructurales del proceso salud/enfermedad/atención, como son los factores culturales, ideológicos y políticos. Dicho autor menciona que las acciones en salud se centran en aspectos biológicos y se limitan a los aspectos curativos o preventivos de carácter técnico. Conceptualiza este modelo llamándolo Modelo Médico Hegemónico (MMH), haciendo referencia con ello a un conjunto de disciplinas del área de la salud, entre ellas la odontología.

El MMH planteado por Menéndez refiere que las disciplinas del área de la salud se enfocan desde el biologismo, volviendo a la primera teoría de etiología de caries (Menéndez, 2016). El concepto MMH se entiende como un modelo de atención biomédica que resulta aplicable a cualquier disciplina en salud, contemplando una serie de rasgos considerados como estructurales y las relaciones que existen entre los mismos, a saber: biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, y tendencias inductivas al consumo médico. Dentro estos rasgo, podemos reconocer al *biologismo* como predominante e interpretar cómo influye en la comprensión del proceso S/E/A de la población. El biologismo que impregna al MMH se expresa no solo en la práctica clínica, sino también en la práctica epidemiológica. Desde esta perspectiva, la epidemiología utiliza como principales variables aquellas que más

fácilmente puede referir a procesos biologizados como el sexo y la edad (Menéndez, 1988). Ello no significa que desprecie variables como localización, ocupación, niveles de ingresos, sino que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso respecto de las otras. Existe en la mayoría de los casos sólo una propuesta descriptiva en la cual se pierde el su contenido dinámico social. El biologismo y la a-historicidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la a-sociabilidad (Menéndez, 2003). Los determinantes sociales de la salud son citados sistemáticamente en muchos estudios, pero no debe confundirse la discusión sobre lo “social” con su incorporación real en el aprendizaje y la práctica médica/odontológica. Si bien han existido en América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Aun experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación.

Menéndez (Menéndez, 2003) considera que si el sector salud quisiera implementar un sistema de atención utilizado efectivamente por los usuarios y los grupos sociales, deberían identificarse, describirse y analizarse las distintas formas de atención que estos conjuntos sociales poseen en relación con las dolencias o enfermedades, ya sean reales o imaginarias, reconocidas por ellos mismos como factores que afectan a su propia salud. Es necesario reconocer estos grupos sociales como punto de partida para establecer la existencia de problemas en salud y los sistemas de atención que utilizan los grupos, las estrategias de atención utilizadas del saber biomédico, de curadores regionales y curadores alternativos. Esta descripción facilitaría el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades, y sobre todo de las posibilidades, de los diferentes conjuntos sociales.

1.6. El campo de la salud

Spinelli (Spinelli, 2010) propone un interesante enfoque para concebir los sistemas de atención de la salud en la Argentina desde una perspectiva social, basándose en la descripción de los actores presentes en el proceso S/E/A de una comunidad. En muchos textos este concepto queda limitado a las instituciones de salud y no representa la complejidad del entramado de actores, la relación económica y de poder que involucra la realidad social. El concepto de sistema de salud argentino (público, privado y obras sociales), utilizado para esquematizar y simplificar el sistema de la atención en salud,

generalmente no es suficiente para abordar una situación que resulta considerablemente compleja e involucra la interacción entre sujetos de un contexto determinado.

El concepto *campo de salud* en lugar de sistema de salud es comprendido como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones con autonomía relativa. La naturaleza y las singularidades de este campo determinan la elección de caminos complejos relacionados con el proceso S/E/A. Las políticas en salud implican cambios en procesos sociales que exceden al tipo de gobierno o a la planificación de normativas en salud (Spinelli, 2010). Esta concepción se basa en la planteada por Bourdieu (2008), que describe el campo como compuesto por actores que ponen en juego diferentes capitales: el capital social, el cultural, el económico y el simbólico, donde los diferentes actores involucrados se disputan el predominio de uno o más capitales. Las fronteras del campo sólo pueden ser determinadas por una investigación empírica. Su dinámica está definida por relaciones de fuerza asimétricas que se dan el interior del/los mismo/s. El capital económico es el reconocido socialmente como tal, es decir, como medio para ejercer el poder sobre recursos o personas (apropiación de bienes y servicios), sin necesidad de ocultar esta dominación para que sea legítima; se expresa a través del equivalente dinero, símbolo establecido para su representación. El capital cultural puede presentarse en tres formas: incorporado a las disposiciones mentales y corporales, objetivado en forma de bienes culturales, o institucionalizado, al estar reconocido por las instituciones políticas, como ocurre con los títulos académicos. El capital cultural incorporado es el más intransferible: es la forma de hablar, de andar, de saber hacer uso de las modas o el saber comportarse en distintas situaciones. El capital cultural en estado objetivado posee una serie de propiedades que solo son determinables en relación con el capital cultural incorporado, y depende de las disposiciones y conocimientos que permitan apreciarlos de forma legítima; de lo contrario sería capital puramente económico. El capital cultural institucionalizado se manifiesta en forma de título académico y de objetivación particular.

En cuanto al capital social, se trata de la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo. El capital social que poseen los miembros individuales del grupo les sirve a todos, conjuntamente, como respaldo. Según Bourdieu (Bourdieu, 2008) el capital simbólico es la forma que toman los distintos tipos de capital en tanto que percibidos y reconocidos como legítimos. Como ejemplos de este capital se pueden mencionar el honor, la honradez y el respeto.

En la Argentina, el campo de la salud se caracteriza por una alta concentración de capital económico y problemas de financiación que generan desigualdades y exclusión, producidas dentro del propio campo. La salud y la enfermedad no se reducen a evidencia orgánica y objetiva, sino que su vivencia por parte de las personas y grupos sociales está ligada a las características de cada comunidad. Caracterizar el campo de la salud en la Argentina, según Spinelli (2010), significa la posibilidad de cambiar estructuras del mismo, si los espectadores pasan a ser agentes de su propia historia, pensada en sus propios contextos. Se plantea el concepto de “campo” desde una perspectiva opuesta a la que clásicamente se plantea. El autor aduce que siempre se ha descrito al campo de la salud desde el gobierno, en relación dependiente, la política, la organización y por último los trabajadores. Para Spinelli, la nueva forma de diseñar estos territorios es en sentido inverso. El autor plantea que la transformación depende de un proceso de construcción/reflexión del TOGG (Trabajo, organización, gestión y gobierno) que se basa en la acción, reconociendo a priori que sus logros no son inmediatos y no pueden evaluarse en término de objetivos, sino de procesos (Spinelli, 2010).

El campo de la salud tiene características que le son propias. En él, los *trabajadores* de la salud trabajan con sujetos y como tales establecen relaciones complejas. El trabajador no es un trabajador “de manual”, sino del conocimiento y por ende del lenguaje verbal y no verbal; no es el trabajador que se relaciona con un objeto, sea a través de una maquina o de un sistema. El trabajador puede poseer un empleo o un trabajo, donde la diferencia radica en que la remuneración está siempre presente en el empleo y no siempre en el trabajo. Las condiciones laborales de los trabajadores de la salud pueden producir la perturbación de estos, lo que se expresa de diferentes maneras: en la pérdida de vínculos con la organización (no siente pertenecer, ni que le pertenezca), con el trabajo (pierde el significado y el sentido de lo que hacen), con los equipos (no hay identidad), y con los usuarios (no construye vínculos).

La organización en el campo de la salud se sigue pensando a partir de organigramas y misiones-funciones. Mientras los organigramas no tienen mayor funcionalidad que la dada por la dinámica de expedientes y memorándums, las misiones y funciones claudican diariamente ante los usos y costumbres. Spinelli plantea la organización no como una pirámide de jerarquías, sino como construcciones realizadas por los trabajadores de la salud en lo cotidiano, como un sistema de comunicación informal donde la gente se agrupa con sus pares en función de ciertas afinidades personales y/o profesionales de manera independiente de las jerarquías.

La *gestión*, en el campo de la salud, domina a diario lo urgente desplazando a lo importante, en las instituciones de la salud con bajas responsabilidades, dado que el espacio de la acción está siempre ocupado por las rutinas, las urgencias y la improvisación. Otras dos dificultades centrales en la gestión son el tiempo y la comunicación, pero no se los tienen en cuenta, o se los concibe de manera equivocada. En esta conceptualización de campo de la salud, el autor refiere que no son las concepciones tradicionales de la administración (que se imaginaban administrando objetos) las que se pueden aplicar en las instituciones de salud, dado que no se trata de administrar objetos sino de trabajar con sujetos y a ello llama gestión; para diferenciarnos de los conceptos de administración que aun se utilizan y conllevan la idea del trabajador en tanto objeto. En cuanto a la última G del TOGG, referida a *gobierno*, Spinelli cita a Matus (Romo, 1998) el cual afirma haber encontrado un denominador común en muchos municipios, provincias y países de América Latina: la incapacidad para llevar a cabo la promesa política realizada, producto de una debilidad institucional a la cual se suma la falta de equipos para gobernar y un desconocimiento de técnicas y métodos de gobierno.

1.7. Representaciones sociales

El concepto de representaciones sociales fue introducido por Durkheim (Durkheim and Leal, 1976) como “representaciones colectivas” en tanto compartidas por una misma comunidad. El concepto de representación colectiva se convierte en el punto de partida de la investigación sobre las representaciones sociales con la obra de Sergei Moscovici *La psychanalyse, son image et son public* (1961) (Farr and Castorina, 2003).

Sergei Moscovici (Moscovici, 1984) estudió cómo las personas construyen y son construidas por la realidad. Propuso una teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad. La primera diferencia es que, según Durkheim, las representaciones colectivas son concebidas como formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos. Las representaciones sociales, por el contrario, son generadas por los sujetos sociales. Como señala Ibáñez Gracia (Ibáñez Gracia, 1988), lo colectivo hace referencia a lo que es compartido por una serie de individuos, sea social o no. Lo social hace referencia al carácter significativo y funcional de que disponen ciertos elementos.

Denise Jodelet (Jodelet, 1989), por su parte, define las representaciones sociales como modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la

comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. La teoría de las representaciones sociales se ocupa de un tipo específico de conocimiento; son una forma de conocimiento, elaborado socialmente, compartido por el grupo, que tiene una orientación hacia la práctica, y está por consiguiente orientado a la construcción de una realidad social. Las representaciones sociales constituyen una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad. Este enfoque presenta la gran ventaja de situarse en un punto que conjuga, por igual, las dimensiones cognitivas y las dimensiones sociales. Las representaciones sociales suelen interpretarse en la forma de categorías que permiten clasificar tanto a los fenómenos como a los individuos, o bien como imágenes que condensan un conjunto de significados. En general se consideran un producto tanto como un proceso, de forma tal que comprenden toda la gama de fenómenos arriba indicados (Lacolla, 2005).

Para caracterizar una representación social no alcanza con hacer referencia a los contenidos o los procesos de representación, sino que también hay que hacer mención de las condiciones y los contextos en los que surgen las representaciones, de las comunicaciones mediante las que circulan, y de las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás. Se torna indispensable el estudio de los contextos para la comprensión de las representaciones, las interacciones que se producen entre los sujetos y los factores socio-culturales implicados. Las representaciones sociales se configuran a partir de un fondo cultural que circula en la sociedad y proporciona las categorías básicas a partir de las cuales se constituyen, es decir, provienen de fuentes de determinación que incluyen condiciones económicas, sociales, históricas y el sistema de creencias y valores de una sociedad dada.

Las representaciones sociales refieren a formas de conocimiento elaboradas y compartidas en el interior de un grupo que participa de prácticas sociales comunes y que tiene una determinada inserción en la estructura social (Moscovici et al., 2003). Estas representaciones orientarían la acción de los miembros de un colectivo, determinando comportamientos y condicionando adhesiones, y permitiendo la construcción de la identidad de los mismos.

Las representaciones sociales no son una opinión momentánea y fragmentaria, sino una construcción en torno a determinados aspectos del mundo próximo que estructura una amplia gama de informaciones, percepciones, imágenes, creencias y actitudes vigentes en un sistema social determinado. Dicha representación permite captar las

estructuras internalizadas de creencias, valores y normas de un grupo social sobre múltiples aspectos de la vida cotidiana (Sirvent, 1999).

Se construyen a partir de una serie de diversos materiales de muy diversos orígenes:

1) El *fondo cultural acumulado* en la sociedad a lo largo de su historia, el cual está constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores considerados como básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad. Todo ello se plasma en las diversas instituciones sociales. 2) Los *mecanismos de anclaje y objetivación*, que provienen de la propia dinámica de las representaciones sociales. El primero corresponde a la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las representaciones sociales de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas. El segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones. 3) El *conjunto de prácticas sociales* que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de la *comunicación social*. Es, en efecto, en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las representaciones. Tanto los medios masivos de comunicación que tienen un alcance general (por ejemplo, la televisión) como los que se dirigen a categorías sociales específicas (como las revistas de divulgación científica) desempeñan un papel fundamental en la conformación de la visión de la realidad que tienen las personas sometidas a su influencia. La comunicación interpersonal y en particular la de las innumerables conversaciones en las que participa toda persona durante el transcurso de un día cualquiera de su vida cotidiana, es otra modalidad de la comunicación social cuya influencia es igualmente significativa.

Según Abric (Abric J, 2001) las representaciones sociales desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales; responden a cuatro funciones esenciales:

1) Funciones de saber: permiten entender y explicar la realidad.

El saber práctico de sentido común permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren. Por otro lado facilita la comunicación social; más aun, es condición necesaria de la misma.

- 2) Funciones identitarias: definen la identidad y sostiene la especificidad de los grupos.

Además de la función cognitiva de entender y explicar, las representaciones tienen también por función situar a los individuos y a los grupos en el campo social. Permiten elaborar una identidad social y personal gratificante, es decir, compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados (Mugny and Doise, 1983). Esta función identitaria de las representaciones les da un lugar primordial en los procesos de comparación social.

Así, la representación de su propio grupo está siempre marcada por una sobrevaluación de algunas de sus características, cuyo objetivo es preservar una imagen positiva de su grupo de pertenencia. La referencia a representaciones que definen la identidad de un grupo va a desempeñar por otro lado un papel importante en el control social ejercido por la colectividad sobre cada uno de sus miembros.

- 3) Funciones de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas.

El sistema de pre-decodificación de la realidad que constituye la representación social es una guía para la acción. Este proceso de orientación de las conductas por las representaciones resulta de factores esenciales. La representación de la tarea determina directamente el tipo de gestión cognitiva adoptado por el grupo, así como la forma en que se estructura y comunica, y eso independientemente de la realidad objetiva.

- 4) Funciones justificadoras: permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos.

Intervienen luego de la acción, y permiten así a los actores explicar y justificar sus conductas en una situación en la consideración de sus pares. Desde este punto de vista, aparece un nuevo papel de las representaciones: el de la persistencia de la posición social del grupo involucrado. La representación tiene por función perpetuar y justificar la diferenciación social. Puede, como los estereotipos, tender a la discriminación al mantener una distancia social entre los grupos respectivos.

Cárdenas (Cárdenas, 2007) señala que una representación social es una forma de pensamiento construida comunitariamente mediante procesos de comunicación grupal, refiriéndose al denominado pensamiento del sentido común. Sostiene que las

representaciones sociales determinan comportamientos de los miembros del grupo y por tanto permiten que sus integrantes encuentren en esas prácticas un soporte de su identidad. Una representación integra la información que circula en el medio social y permite hacer inteligible el entorno en que tiene lugar la convivencia entre grupos.

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 estos incorporen la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud/enfermedad y las necesidades de los pobladores en su formación, para superar el carácter meramente instrumental de la educación en salud. Contribuye también al reconocimiento de los pobladores como responsables y partícipes necesarios en la toma de decisiones respecto al proceso salud/enfermedad/atención (Gazzinelli et al., 2005).

1.8. Representaciones sociales y salud bucal

Numerosos estudios realizados sobre salud bucal en poblaciones rurales de Latinoamérica trabajaron sobre modelos de investigación que no tienen en cuenta la educación que han recibido los sujetos, sus condiciones económicas y culturales. Sin embargo, cabe destacar que estudios como el trabajo realizado por González Martínez (González Martínez et al., 2010) sobre las representaciones sociales de la salud bucal en familias de La Boquilla, Colombia, proponen describir las representaciones sociales que orientan la construcción de conocimientos sobre salud y enfermedad bucal con el fin de incorporarlas en las prácticas de higiene oral que promueven los profesionales de la odontología. Se describen las representaciones sociales sobre salud y enfermedad de una comunidad, obtenidas desde el campo, analizadas desde las creencias, valores, percepciones e interpretaciones de los sujetos dentro de un contexto dado. Según el autor, la salud y la enfermedad bucal pueden describirse desde lo biológico o desde lo estético; imágenes estereotipadas construidas desde la interpretación del mensaje de algunos medios de comunicación y el efecto publicitario del mercantilismo comercial, en la cual se trata de colocar a la salud bucal dentro de la perfección. Las representaciones sobre la etiología de la enfermedad bucal son consideraciones desde lo exógeno y endógeno; la explicación se fundamenta en elementos multifactoriales tales como alimentación y prácticas de autocuidado. Con respecto a las representaciones sobre la prevención de la enfermedad bucal, describen herramientas preventivas: las de mayor

conocimiento en las diferentes poblaciones rurales estudiadas son el cepillo dental, la pasta dental, en algunos casos el enjuague bucal y en muy pocas ocasiones el hilo dental.

La salud bucal frecuentemente es asociada a la presencia de elementos dentarios hasta la adultez. En un estudio, en México, sobre la pérdida de elementos dentarios en personas de diferentes edades y la relación de este acontecimiento con las condiciones socioeconómicas, se observaron relaciones positivas entre la posición socioeconómica y el edentulismo total y parcial. Además, se constató la existencia de un mayor riesgo de haber perdido elementos dentarios entre individuos de posiciones socioeconómicas más bajas (Navarrete Hernández, 2013). La pérdida de dientes a través de la exodoncia dentaria se trata como un tema de relevancia evaluada por la salud pública, como el resultado de las enfermedades bucales más prevalentes. Los estudios, bajo el paradigma biologicista, sobre la relación numérica que existe entre la ausencia y presencia de elementos dentarios (ausencia dentaria, desdentado parcial o total) mencionan la caries dental y la enfermedad periodontal como determinantes en la alta incidencia de exodoncias, pero ninguno fundamenta esta pérdida de elementos dentarios en la ausencia de políticas públicas en salud bucal. Un estudio realizado en Brasil plantea que las causas de la pérdida de elementos dentarios no son solo biológicas y remiten a causas culturales, pero subrayan la existencia de razones no estudiadas que responden a los motivos por los cuales las personas para buscar instancias de la salud bucal limitan sus opciones de tratamiento a la exodoncia (Mendonça, 2001). Los tratamientos alternativos para la resolución de enfermedades asociadas al biofilm bacteriano no son reconocidos y en la mayoría de los casos se consideran inaccesibles desde el punto de vista económico. Para el autor, las exodoncias como primera elección de tratamiento para erradicar la caries dental y sus complicaciones tienen estrecha relación con políticas sanitarias que utilizan los servicios de salud bucal.

La salud bucal como un proceso social puede ser abordada desde la teoría de las representaciones sociales. La odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas. Su práctica puede considerarse de carácter social y adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas. El pensar la salud desde el desarrollo de las capacidades y afectos de los individuos en sinergia con el grupo social al cual pertenecen exige reconocer los derechos colectivos fundamentales (Suárez and Herrera, 2009). El estudio de las representaciones sociales de la salud bucal tiene como objetivo adquirir conocimientos necesarios para comprender la relación entre el significado de la salud bucal, el acceso cultural a los servicios

sanitarios y la prevención de enfermedades bucales relacionadas con el biofilm bacteriano. La producción de estos nuevos conocimientos sirve de base para plantear una nueva forma de intervención profesional educativa más enriquecedora a futuro.

Al ejercer la odontología comunitaria y comprender que esta rama de la salud se encuentra en una posición intermedia entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas y biomédicas (y participa de ambas), cabe preguntarse qué significado asignan las personas a su salud bucal, como parte de un proceso de comprensión de la influencia de la determinación social de la salud.

SEGUNDO CAPÍTULO

2. LA INVESTIGACIÓN

2.1. Preguntas de investigación y objetivos

El interés por investigar las representaciones sociales de la salud bucal de un grupo de mujeres adultas residentes y su equipo de salud, en Villa Candelaria Norte, localidad rural del norte de la provincia de Córdoba, perteneciente al departamento de Río Seco, Córdoba, Argentina, surge de conocer que las enfermedades bucales asociadas al biofilm bacteriano tienen una alta prevalencia en la zona, así como en la totalidad de la población de nuestro país. A pesar de que los factores etiológicos de las mismas son ampliamente conocidos, las evidencias demuestran que aun siendo prevenibles no se ha logrado implementar programas preventivos adecuados que disminuyan la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal.

Al tener en cuenta los posibles motivos del avance de las enfermedades relacionadas con el biofilm bacteriano, la alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, surgen interrogantes como estos: ¿Conocen los pobladores de Villa Candelaria las causas de las enfermedades bucales? ¿Las personas realizan prácticas compatibles con la salud bucal? ¿Qué sienten y piensan los pobladores acerca de la salud bucal? ¿A cuáles eventos relacionados con la salud bucal asignan los pobladores significación y a cuáles no? ¿Qué elementos del contexto es necesario conocer para poder lograr acciones en salud con resultados positivos?

2.2. Objetivos

Objetivo General

Analizar las representaciones sociales sobre la salud bucal que tiene un grupo de mujeres adultas residentes y los integrantes del equipo de salud de la localidad de Villa Candelaria Norte, provincia de Córdoba, y cómo aquellas afectan sus prácticas de salud bucal.

Objetivos Específicos

- Identificar las representaciones que tienen las mujeres adultas de Villa Candelaria Norte e integrantes del equipo de salud local sobre el proceso salud/enfermedad/atención desde una dimensión odontológica.

- Conocer cómo las representaciones sociales pueden afectar las prácticas en relación con la salud bucal de las mujeres adultas residentes en Villa Candelaria.
- Describir los componentes afectivos y cognitivos ligados a la representación social de la salud bucal.

3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación de carácter cualitativo. La selección del tipo de estudio se considera apropiada debido a que, en este tipo de investigación, el investigador enfoca su mirada sobre los problemas de salud en su dimensión social o cultural. La metodología cualitativa en investigaciones en salud busca conocer dimensiones complejas de la realidad. Para ello se observa a los individuos en su propio territorio. La relación entre el investigador y el investigado es una relación de sujeto a sujeto y no de sujeto a objeto investigado, ya que estos dos actores son de la misma naturaleza, con lo cual esta interacción se lleva a cabo de manera natural y del modo menos intrusivo posible. Con esta metodología se producen y se analizan datos descriptivos a partir de las narraciones y los comportamientos de las personas sujetos de la investigación. Según Taylor y Bogdan (Taylor et al., 2015) la investigación cualitativa es aquella investigación que produce y analiza los datos descriptivos, tales como las palabras escritas o dichas, y el comportamiento observable de las personas, lo que refleja un método interesado en primer lugar en el sentido y en la observación de un fenómeno social en el medio natural.

3.1. Sujetos y escenarios de investigación

Villa Candelaria Norte es una localidad situada en el departamento Río Seco, provincia de Córdoba, Argentina (figura 2). Tiene una población de 594¹ personas aproximadamente; divididas en área urbana el 33,04% y rural el 66,95%. El área rural corresponde a los siguientes parajes pertenecientes a la comuna: La Rotonda, San Antonio, Santa Isabel, El Eje, El Guanaco, San Luis, Pozo del Simbol, Pozo de las Ollas y La Angelita (figura 3, 4). La zona urbana, comúnmente denominada el pueblo de Villa Candelaria, consta de una escuela primaria, un jardín de infantes, y una escuela secundaria en la cual existe la modalidad de internado tanto para mujeres como para varones. También posee registro civil, dos salones comunales, una iglesia, un

¹ Según el Censo del INDEC (2010).

destacamento policial, y las oficinas de gestión de la comuna que funcionan en el domicilio particular de la presidente comunal. Existe una cabina telefónica donde el Correo Argentino deja la correspondencia del pueblo y los parajes. El hospital regional funciona como unidad de atención primaria de salud, debido a que está equipado con algunas camas de internación pero no cuenta con ningún método complementario de diagnóstico y actualmente no cuenta con ningún profesional de la salud permanente (médico, odontólogo, enfermeros profesionales). Una vez a la semana presta servicios un odontólogo por la tarde pero de manera privada, y un fin de semana cada quince días una médica.

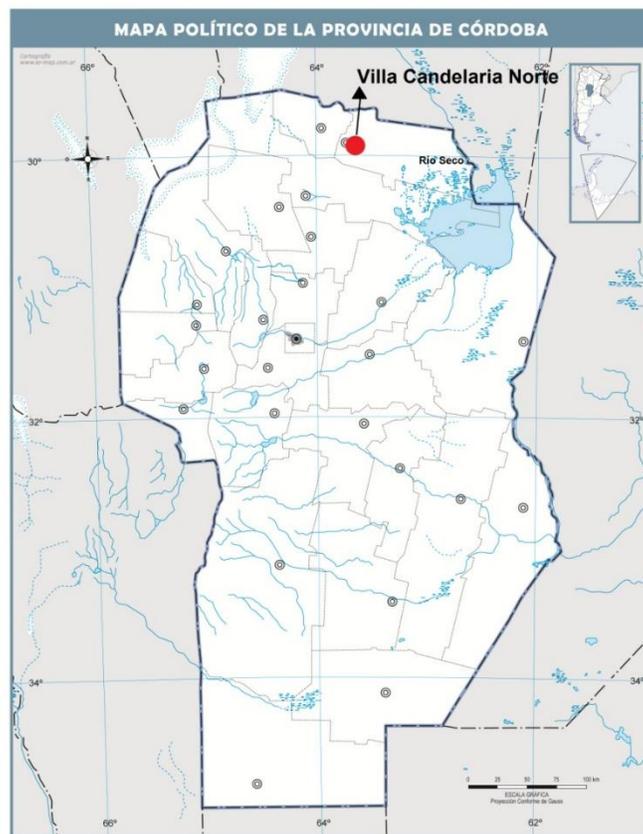


Figura 2. Ubicación de Villa Candelaria Norte en mapa de la provincia de Córdoba.

Los parajes Pozo del Simbol y Pozo de las Ollas están ubicados a 45 km y 55 km respectivamente de la zona urbana. Cuentan con postas sanitarias, las cuales no tienen agentes sanitarios de manera permanente pero reciben de manera esporádica la visita de una médica. La economía del lugar está dada por actividades ligadas a la cría de ganado (principalmente vacuno/caprino) y el cultivo de las tierras, ambas llevadas a cabo en

grandes estancias, principal fuente de empleo de los habitantes de la zona. El resto de la economía está relacionado con el empleo en la comuna, los planes sociales (asignación universal por hijo y pensión no contributiva a madres de 7 o más²), la quema de carbón en hornos de barro, y trabajo golondrina en localidades alejadas de la provincia y fuera de ellas, ligada a las cosechas de papa principalmente.

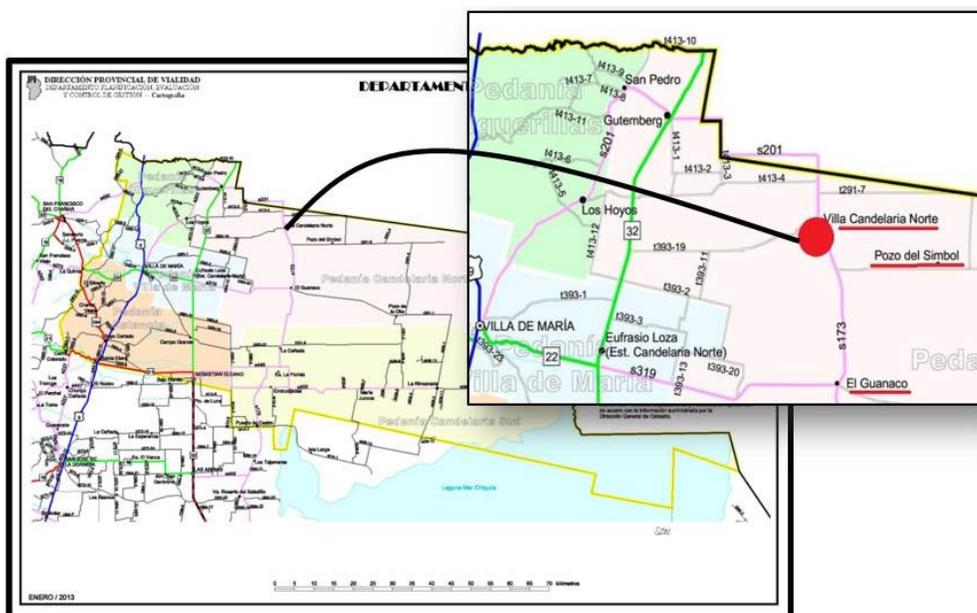


Figura 3: Mapa con detalle del departamento de Río Seco. Norte provincia de Córdoba. Se destacan los siguientes parajes: Pozo del Símbol y el Guanaco.

La población cuenta con los servicios de luz eléctrica las 24hs., y una red domiciliar de agua potable desde hace tres años aproximadamente. La mayoría de la población rural de los parajes habita en casa tipo rancho de paredes de paja y barro, y en algunos casos de ladrillo revocadas con barro, piso de tierra, techo de paja y barro, y en pocos casos de chapa, todas con letrinas. Se está llevando a cabo en el paraje de La Rotonda y en los alrededores más cercanos al pueblo el programa de erradicación de ranchos, reemplazando los mismos con viviendas de ladrillo y cemento, contrapiso, techo de chapa y baño instalado³.

² Pensión no contributiva a madres de 7 o más hijos, Ministerio de desarrollo social, Presidencia de la Nación. Asignación universal por hijo, ley 24.714 Decreto 1602/09.

³ Programa Provincial de Chagas (PPCH). Ministerio de Salud de Córdoba Ley nacional N° 22.581. Convenios de transferencia de la actividad operativa del Programa Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas-Mazza.



Figura 4: Fotografías de Villa Candelaria Norte. Arriba izquierda: vivienda paraje San Antonio. Arriba derecha: vivienda de paraje la Rotonda. Abajo izquierda: camino de tierra. Abajo derecha: Vivienda ubicada camino al límite interprovincial.

3.2. Estrategia muestral y selección de participantes

La muestra incluyó: a) Mujeres adultas, que concurren al hospital de Villa Candelaria, de 18 a 50 años de edad, residentes en la localidad, b) Efectores de Salud locales.

3.3. Criterios de selección de los participantes. Muestreo teórico

Para seleccionar participantes se utilizaron muestras intencionadas, es decir, con un propósito. Se eligió a personas que poseían las características que se desean estudiar. Se buscó identificar la variabilidad de los datos y lograr la saturación de datos.

Si un grupo es demasiado homogéneo en cuanto a características específicas tales como edad, estrato o posición ocupacional, como plantea, puede suceder que las diversas opiniones y experiencias no generen ninguna contradicción resultando en una variabilidad insuficiente de los datos Krueger (Krueger y Casey, 2014). Sin embargo, si el grupo es demasiado heterogéneo, los datos recabados pueden ser demasiado dispersos y de esta manera no se obtendrían datos significativos, dificultando la saturación de datos. Por estas razones se optó por seleccionar un grupo heterogéneo con respecto a características como edad, ocupación y estado civil, con características en común como la disposición a participar plenamente de las entrevistas, y la concurrencia habitual al hospital de Villa Candelaria. La selección de participantes se estableció en un primer término realizando una articulación entre los profesionales de la salud de la comunidad, la jefa comunal y los referentes comunitarios de Villa Candelaria, para lograr una muestra representativa con las características mencionadas.

Las entrevistas a referentes comunitarios surgieron de los primeros contactos en la comunidad. Se realizó articulación con un referente comunitario mencionado para esta investigación con nombre de fantasía como: "Don Juan", encargado de conducir la ambulancia del hospital, ligado a muchas actividades de gestión de la comunidad por su función de secretario de la jefa comunal. Juan fue el responsable de conducir el recorrido por Villa Candelaria y todos sus parajes, y creó los contactos con los integrantes del equipo de salud del hospital y con pobladoras de distintos parajes. Juan asumió el rol de guía del lugar, se puso a disposición, y organizó un recorrido en su automóvil por los diferentes parajes de la comuna. A medida que íbamos conociendo los parajes, él describía las obras realizadas en los mismos, nos contaba sobre los pobladores y sobre las dificultades de cada paraje.

Según el criterio de selección, el lugar de procedencia de las entrevistadas debió incluir pobladoras de la zona centro o urbana, de parajes rurales de la comuna y provenientes de una provincia limítrofe. Este criterio respeta la heterogeneidad mencionada con anterioridad. Se realizaron entrevistas exploratorias a los integrantes del equipo de salud y trabajadores del hospital: cinco entrevistas (una médica que trabaja esporádicamente en la localidad, y cuatro enfermeras empíricas). Las pobladoras a las que se le realizaron entrevistas exploratorias surgieron de los relatos del equipo de salud, y fueron cuatro (4) pobladoras dispuestas a realizar las entrevistas en su casa, aprovechando la comodidad que les representa dialogar en su propio hogar. Se realizaron registros de carácter audiovisual, sobre 9 entrevistas exploratorias.

A través del muestreo teórico se procedió a reajustar preguntas y redefinir el contenido de las entrevistas en profundidad. Se definió qué personas serían entrevistadas nuevamente, seleccionadas de acuerdo con los criterios necesarios para la investigación. Primero se pre-analizaron los datos obtenidos hasta ese momento. Se desgrabaron manualmente las entrevistas (a medida que se fueron realizando), se observaron datos referentes a dimensiones del campo de la salud en varios agentes, y se procedió a efectuar una pre-selección según la relevancia de los casos o individuos a estudiar. Cabe recordar que la representatividad de estas muestras no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones) de los sujetos. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron preguntas que, según hace referencia Valles (Valles, 2014) son útiles como guía de criterios prácticos:

- ▶ ¿Quiénes tienen la información relevante?
- ▶ ¿Quiénes son más accesibles física y socialmente? (entre los informados)
- ▶ ¿Quiénes están más dispuestos a informar? (entre los informados y accesibles)
- ▶ ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión? (entre los informados, accesibles y dispuestos)

Por lo antes mencionado se incluyó en la muestra solo a mujeres, las cuales, según los entrevistados, están a cargo de la salud de sus familias debido a que en la zona existe el trabajo llamado golondrina, donde los padres de familia pasan períodos prolongados fuera de sus hogares, dejando a sus esposas a cargo del cuidado de los niños. Otro motivo fue que en el discurso de las entrevistadas surgió el delego de responsabilidades a la mujer como un patrón cultural indiscutible: la asignación de roles socialmente impuestos delega en la mujer el cuidado de la casa, los animales de cría para alimentación y la educación y salud de los hijos.

Las entrevistas en profundidad se realizaron a dos integrantes del equipo de salud: una enfermera seleccionada por su trayectoria en el hospital de Villa Candelaria, por haber atravesado por la evolución política, de organización y gestión de este, y una médica que trabajó y tuvo residencia durante tiempo prolongado en Villa Candelaria, oriunda de Santiago de Estero. Para la selección de las pobladoras a las que se les realizaron las entrevistas en profundidad, se consideró el criterio de participación dinámica y que respondiesen a las preguntas mencionadas como guía de criterio. Dentro de las pobladoras se seleccionó una pobladora de la zona urbana y una pobladora de un paraje (San Antonio).

3.3.1. Técnicas de recolección de datos

- a) Cuaderno de bitácora: Durante todo el trabajo de campo se llevó a cabo un registro en cuaderno de bitácora. La bitácora es un cuaderno en el que se reportan los avances y resultados preliminares de un proyecto de investigación. En él se incluyen con detalle, entre otras cosas, las observaciones, ideas y datos de las acciones que se llevan a cabo para el desarrollo de un experimento o un trabajo de campo (Alva, 2013).
- b) Articulación con el equipo de salud: Las primeras visitas a Villa Candelaria Norte, en el año 2013, se programaron junto con la médica encargada del hospital de la comuna. Las visitas incluyeron pernoctar en la localidad; la casa ofrecida para ello colinda con el hospital, por lo que al momento de llegar los integrantes del equipo de salud estaban en conocimiento de la visita. La presentación a cargo de la médica encargada incluyó conversaciones y diálogos de utilidad para conocer la conformación del equipo de salud.
- c) Primeros contactos con pobladores: En visitas posteriores y en articulación con referentes comunitarios trabajadores del hospital se realizó un recorrido por los diferentes parajes rurales de Villa Candelaria. En este recorrido se procedió a realizar presentaciones sociales, favoreciendo el diálogo con pobladores de los parajes.
- d) Entrevistas a referentes comunitarios: Se entiende como referente comunitario aquellas personas que aluden o reflejan relación con la comunidad, es decir, aquellas personas que por una situación o circunstancia sobresale en algún lugar y por ello se convierte en el mejor o el mayor exponente del mismo. En este estudio, las entrevistas a referentes comunitarios incluyeron al chofer de la ambulancia y secretario de la jefa comunal, el cual se ofreció voluntario para mostrarnos en detalle la comuna, y los parajes, haciendo un recorrido con relato histórico-político desde su óptica como poblador nativo de la comuna.
- e) Entrevistas exploratorias: Denominamos aquí entrevistas exploratorias a aquellas que se realizaron en un primer momento con un primer guión, que apuntan a la pregunta de investigación. Se realizaron a mujeres integrantes tanto del equipo de salud como a pobladoras de la zona urbana/céntrica y de los parajes. Estas entrevistas permitieron la selección de las participantes

para realizar entrevistas en profundidad, es decir que los resultados de las entrevistas exploratorias arrojaron datos necesarios para el muestro intencionado y la selección de las entrevistadas más representativas de la comunidad. Este tipo de entrevista se realizó de manera semi-estructurada. El objetivo de estas entrevistas es la identificación de aspectos relevantes y característicos de una situación para poder tener una primera impresión y visualización de la misma; de ese modo brindan la oportunidad de elaborar un marco para actuaciones futuras. También son importantes cuando se accede al escenario a estudiar si el investigador no está familiarizado con el mismo (Torrecilla, 1999)

- f) Entrevistas en profundidad: Como se mencionó, se seleccionaron 2 participantes correspondientes al equipo de salud y 2 pobladoras; de estas últimas, una perteneciente a la zona urbana y la otra a un paraje rural. Ruiz Olabuénaga (Olabuénaga, 2001) habla de la entrevista no estructurada como entrevista en profundidad. Sus objetivos son comprender más que explicar, maximizar el significado, alcanzar una respuesta subjetivamente sincera más que objetivamente verdadera y captar emociones pasando por alto la racionalidad. El entrevistador lleva el control absoluto de la entrevista aunque parezca que el protagonista sea el entrevistado por sus libres intervenciones.

Hay una larga lista de tareas que se llevaron a cabo en este estudio:

- 1) Formulación preguntas sin esquema fijo de categorías de respuestas.
- 2) Control del ritmo de la entrevista en función de las respuestas del entrevistado.
- 3) Explicación del objetivo y motivación del estudio.
- 4) Alterar el orden y forma de las preguntas, añadiendo nuevas si fuese preciso.
- 5) Contemplar el permiso de interrupciones e intervenciones de terceros si se producen.
- 6) Tener en cuenta el requisito de no ocultar sus sentimientos o juicios de valor.
- 7) Explicar cuando sea necesario el sentido de las preguntas.
- 8) Con frecuencia improvisar el contenido y la forma de las preguntas.
- 9) Establecimiento de una relación equilibrada entre familiaridad y profesionalidad.

- 10) Adoptar el estilo de oyente interesado pero no evaluar las respuestas, que deben ser abiertas por definición.
- 11) Grabaciones y registros de las respuestas conforme a un sistema de codificación flexible y abierta a cambios en todo momento (tomado de Perpiñá, 2014)

Luis E. Alonso (Alonso and Benito, 1998) señala la pertinencia de la entrevista en profundidad en algunos campos específicos, tales como la reconstrucción de acciones pasadas (enfoques biográficos, archivos orales o análisis retrospectivos de la acción), o estudios sobre representaciones sociales personalizadas (sistemas de normas y valores asumidos, imágenes y creencias prejuiciales).

A partir de los datos aportados por la entrevista en profundidad, se reestructuró el guión de las primeras entrevistas alrededor de las primeras dimensiones o categorías obtenidas.

- a) Entrevistas semi-estructuradas de desarrollo o seguimiento: Tuvieron como objetivo describir la evolución o el proceso de la situación, o un aspecto determinado dentro del contexto de estudio, como así también profundizar y conocer más exhaustivamente la forma de vida, relaciones, acontecimientos y percepciones de las mujeres seleccionadas, profundizar la codificación y producir la saturación teórica.
- b) Registro de fotografías: En cada una de las visitas a la comuna se llevo a cabo un registro fotográfico de la comuna. Se tomaron en cuenta las instituciones, los parajes rurales, los caminos, actividades, trabajo y paisajes.

3.4. El guión de la entrevista, guía y preguntas estímulo

Se diseñó el primer guión de las entrevistas exploratorias, lo cual permitió obtener datos preliminares y una aproximación a las categorías de la investigación. También sirvió de guía para reformular las preguntas para las entrevistas en profundidad, de seguimiento y desarrollo. Con los primeros datos conocimos a los integrantes del equipo de salud y se seleccionó a participantes de acuerdo con los criterios mencionados en el muestreo teórico.

El guión utilizado en la entrevista que sirvió de marco de la situación se realizó a todas las entrevistadas.

Pauta de chequeo y evaluación: Se realizó un instrumento para evaluar la ejecución de las entrevistas. Se tuvieron en cuenta las pautas recolectadas en la bibliografía referente a entrevistas en profundidad de Taylor y Bogan (Taylor et al., 2015) y se procedió a readaptarlas. Este instrumento permitió analizar posteriormente si el lugar de la entrevista facilitaba un ambiente propicio y si las entrevistas se desarrollaron en un ambiente facilitador. Esta grilla de pautas se llevó a cabo por un observador en las primeras entrevistas y luego se aplicó en las transcripciones de las grabaciones (Tabla I).

Tabla I. Guía de pautas.

Chequear elementos presentes en la entrevista (evaluación)	
Lugar adecuado en tamaño y acústica.	x
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos de la entrevista.	✓
Entrevistador respeta tiempo para que el participante desarrolle el tema	✓
Entrevistador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.	✓
Se cumplen los objetivos planteados para la entrevista.	✓
Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes	✓
Reunión entre 60 y 120 minutos.	x
Registro de la información (grabadora o filmadora)	✓
Refrigerios adecuados que no interrumpen el desarrollo de la actividad.	✓
Escarapelas con identificación de asistentes.	x

3.5. Consideraciones éticas: Consentimiento informado

Previo a la realización de entrevistas se brindó información a los participantes acerca de los objetivos de la investigación y los procedimientos a seguir, a través de la lectura de la hoja de información y del consentimiento informado (Anexo 1), aprobado por Comité de Ética Res. 305/12, con aprobación del COIES 2013, el cual permite garantizar la participación voluntaria, el no perjuicio en caso de negarse a participar, la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier etapa de la investigación, así como hacer explicitaciones respecto de los beneficios directos e indirectos del estudio. Respetando los principios expuestos en la declaración de Helsinki, ley 9694/09 y la ley 25326 *Habeas data*, garantizando a través de estas leyes la autonomía, beneficencia y no maleficencia, y justicia de los sujetos de investigación mediante la protección de datos personales.

Para respetar el principio de intimidad y confidencialidad de la información provista por las personas que participan en la investigación se modificaron los nombres reales por nombres de fantasía para preservar su anonimato y privacidad.

4. ANÁLISIS METODOLÓGICO

4.1. ¿Por qué investigación cualitativa?

La elección de una metodología de investigación cualitativa se basa en la creación colectiva de condiciones para la construcción de la salud de las personas, la cual no puede descansar únicamente en el conocimiento de la distribución de las enfermedades y los factores de riesgo, debe necesariamente que partir del conocimiento de la representación simbólica que las diferentes comunidades tienen de su salud (Hernandez, 2005). Esta situación apunta a lograr la obtención de patrones que expliquen el sentido que las comunidades le atribuyen a sus comportamientos, con base en las interacciones que se desarrollan en sus espacios cotidianos, a los que se accede por el análisis e interpretación de los discursos y la observación participante en su vida cotidiana, bajo condiciones que garanticen su expresión más genuina, en ausencia de juicios de valor por parte del investigador. También permite el diseño de intervenciones con base en dichas representaciones y no en la perspectiva de los prestadores en salud (Díaz Llanes, 2010). La utilización de la metodología de la investigación cualitativa no es frecuente en investigaciones dentro de la odontología, ya que en esta disciplina predomina una visión metodológica basada en causantes biológicos y desórdenes funcionales del sistema estomatognático, orientando su accionar hacia el control de la patología o complicación clínica y no hacia la promoción y conservación de la salud como objetivo principal de su praxis (Caridad, 2008). La investigación cualitativa en odontología posee un desarrollo aún incipiente, con un número limitado de publicaciones al respecto (Oliva et al., 2014). Esta metodología permite una reflexión detallada sobre diversos aspectos relacionados con la salud bucal, incorporando la perspectiva de los actores en cuanto permite la identificación y estudio de los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad/atención bucal en los diferentes contextos.

4.2. Rigurosidad

La rigurosidad, sistematicidad y relación que plantean los procesos de generación de datos, registro de los mismos, codificación, análisis e interpretación a lo largo de toda

la investigación proporciona al analista social perspectivas y herramientas de trabajo novedosas para el trabajo investigativo. El concepto de saturación teórica y su aplicación en la investigación social permite al analista tener un cierto grado de seguridad y fijarse criterios sobre en qué momento el análisis adicional ya no contribuye al descubrimiento de algo nuevo sobre la teoría que construye.

En cuanto a las limitaciones que se atribuyen a la investigación cualitativa, podemos mencionar que varios críticos hacen referencia a que los resultados no son extrapolables o generalizables a otros conceptos. Para ubicarnos en una postura con respecto a este debate actual de la investigación cualitativa se plantea el concepto de **transferibilidad** de los hallazgos (Guba y Lincoln, 1994) como más adecuado a las características de este tipo de trabajo. Este criterio está referido a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Para ello se requiere la descripción detallada del lugar y las características de los sujetos donde el fenómeno fue estudiado. Para Laura Hidalgo el grado de transferibilidad es la acción de establecer similitudes entre los contextos. En la investigación se logró reconocer el campo mediante la realización de diferentes viajes a la localidad, donde se elaboraron múltiples registros obtenidos durante estancias de varios días en el lugar (Hidalgo, 2016). Se observaron características de ruralidad tradicional: población centrada en actividades agropecuarias, ubicada en espacios de baja densidad poblacional, aislada y dispersa, con condiciones culturales particulares a la zona, donde se comparten creencias y costumbres, que pueden encontrar múltiples similitudes con diferentes zonas rurales dispersas del norte de la provincia de Córdoba, zonas rurales del sur de la provincia de Santiago del Estero y otras poblaciones del norte del país.

La **fiabilidad** en este trabajo se ha logrado delimitar mediante el guión de las entrevistas. Aun siendo entrevistas abiertas, las preguntas estímulo fueron variando de acuerdo con los datos primarios obtenidos en las entrevistas exploratorias, las cuales permitieron un ajuste y calibración de los contenidos adaptándolos a las temáticas y problemáticas abordadas por las entrevistadas. También aportaron sustento a la fiabilidad la generación de datos a través de las transcripciones literales de las entrevistas y el manejo de los datos mediante el procesador informático ATLAS.ti. Otro elemento valioso fue el uso de la tabla de pautas de chequeo para la evaluación de las entrevistas en profundidad.

En cuanto a la **validez** en el contexto de la investigación cualitativa, está referida a “la precisión con que los hallazgos obtenidos reproducen efectivamente la realidad empírica y los constructos concebidos caracterizan realmente la experiencia humana”

citado por Pérez Serrano (1998, p. 80). En este estudio se trataron con máxima transparencia y rigor ciertos aspectos relacionados con el control de sesgos: 1) En cuanto a la elección de la muestra, se justificó cada entrevistada y se controló que fuera pertinente y que se utilizara el criterio de selección descrito con anterioridad. 2) El primer análisis de los datos obtenidos de los informantes claves sirvió para validar la selección de las entrevistadas, reforzando los criterios utilizados. 3) En cuanto a la interpretación de los datos, en esta investigación se realizó la revisión de la codificación y de los resultados por investigadores calificados para tal fin: directora, co-director y tutores de pasantía CIECS-CONICET.

4.3. Teoría fundamentada. Codificación teórica

Existen aspectos claves en el proceso de investigación cualitativa como el registro y la sistematización de información; estas tareas se cumplen en el período entre la recolección y generación de información y la comprensión o interpretación de ella, recogidos a través de notas de campo, documentos, fotografías y grabaciones. Schutz (Schutz y Luckmann, 1973) plantea el análisis de la temática a investigar desde la necesidad que tiene el investigador de establecer con rigor las ideas esenciales que guiarán su trabajo de investigación, así como una planificación de los procedimientos metodológicos y atención al fenómeno bajo estudio. La codificación tiene como objetivo las descripciones y la identificación de temas y estructuras para organizar primariamente los datos.

Para entender de mejor manera cómo se realiza el manejo inicial de los datos obtenidos, se explican a continuación las seis fases a través de las cuales se desarrolla este proceso con rigor científico (Braun y Clarke, 2006). Estas fases son:

- Fase 1: Familiarización con los datos: Consiste en la transcripción, lectura y relectura del material y observaciones de ideas generales. Se trata de leer repetidamente la información buscando estructuras y significados.
- Fase 2: Generación de categorías o códigos iniciales. El proceso de codificación consiste en organizar la información en grupos de un mismo significado. Se codifica la mayor cantidad posible de patrones en la información, y se incorpora en cada código la información necesaria para no perder la perspectiva del contexto. Se considera que un mismo extracto de datos puede codificarse más de una vez.

- Fase 3: Búsqueda de temas. Se considera como tema aquel que contiene alguna cuestión importante de la información en relación con la pregunta de investigación.
- Fase 4: Revisión de temas. Se realiza la recodificación y el descubrimiento de nuevos temas, estableciendo una delimitación de los temas para no extenderse.
- Fase 5: Definición y denominación de temas. Se identifican de manera definitiva los temas, se establece lo primordial del tema y se elabora la escala o jerarquía.
- Fase 6: Producción del informe final: Se construye una narrativa sostenida en la argumentación que se deriva de la comprensión e interpretación de la información almacenada.

Si bien estas fases se presentan en un orden secuencial en el reporte escrito, en la práctica los pasos no se siguen estrictamente en un orden lineal. Las distintas fases del tratamiento de la información se pueden superponer con otras etapas del estudio, y existe un movimiento de ida y vuelta entre distintas fases a medida que el análisis va avanzando. El análisis temático puede combinarse con la codificación teórica que dará lugar a la teoría fundamentada, como procesamiento central de datos de esta investigación.

En esta investigación, durante la Fase 1 se realizó la transcripción de las entrevistas, se leyó el material y se revisó cada grabación para interpretar no solo las palabras sino también los gestos, el énfasis puesto en las oraciones y las distintas maneras de comunicación personal no verbal presentes en las entrevistas. Se interpretaron las anotaciones en el cuaderno de bitácoras y se observaron las fotografías de la comuna, alrededores y sus pobladores.

Con respecto a la Fase 2, se buscó la generación de códigos iniciales. El proceso de codificación consistió en organizar la información en grupos de un mismo significado; se entiende por código el segmento o elemento más básico de información en crudo que se pueda considerar como significativa en relación con el tema bajo estudio (Boyatzis, 2008).

De los registros obtenidos se procedió a desgravar las entrevistas y a transcribirlas en formato digital. Luego se realizó la segmentación en elementos singulares, o unidades,

que resultan relevantes y significativas desde el punto de vista del interés investigativo, con la finalidad de realizar la reducción de datos cualitativos (Fases 3 y 4).

Cabe destacar que los códigos sustantivos surgen directamente de los datos empíricos originales del campo de estudio, mientras que los códigos teóricos se generan a partir de la clasificación, ordenamiento e integración de ideas teóricas sobre códigos llamado *memos* por algunos autores como Glaser. Estos códigos son más abstractos que los códigos sustantivos y ayudan a ordenar e integrar los códigos sustantivos en torno a aspectos de mayor significado (Glaser, 1978). Los códigos “*in vivo*” provienen directamente del lenguaje utilizado por las entrevistadas e informantes. Estos códigos tiene la característica de que las personas que las utilizan les asignan un significado preciso, por lo que tienen alta significación interpretativa en el área investigativa, como por ejemplo “diente picado” (Tabla II).

Tabla II: Tabla de palabras seleccionadas para la conformación de códigos sustantivos y códigos “*in vivo*”.

Cuaderno de Bitácoras	Entrevistas informales	Entrevistas formales
Salud	Control de niños	Dolor de muelas
Hospital y médicos	Dentista	Ambulancia
Ambulancia	Dolor	Hospital de Río Seco
Remedios	Fiebre	Dientes picados
Doctora	Flemón	Dentista
Diente picado		Médico
		Alimentos

4.3.1. Clasificación de las entrevistas y perfiles de las mujeres entrevistadas

Se realizaron cinco (5) entrevistas exploratorias a los integrantes del equipo de salud, y cuatro (4) entrevistas a mujeres pobladoras.

Se seleccionaron dos (2) participantes correspondientes al equipo y dos (2) pobladoras, una procedente de la zona céntrica y la otra de un paraje rural, para hacer entrevistas en profundidad y de seguimiento (tantos encuentros como fueron necesarios para saturación de datos, Figura 5).

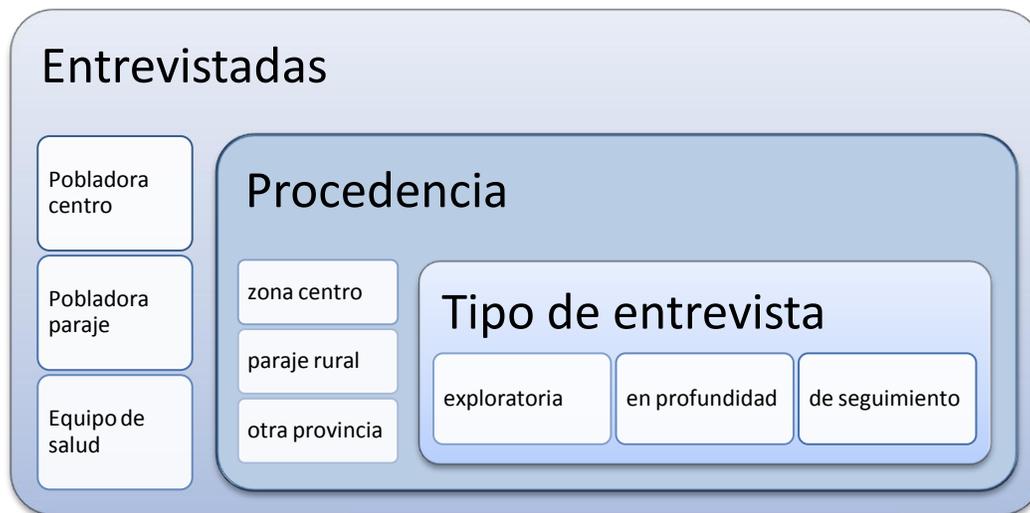


Figura 5: Clasificación de las entrevistas según lugar de procedencia y tipología

Las edades de las mujeres entrevistadas estuvieron entre los 25 y los 50 años. Se tuvo en cuenta la procedencia en cuanto a diferentes lugares geográficos: todas las mujeres habían nacido en Villa Candelaria Norte y alrededores, a excepción de la médica del equipo de salud, que procedía de la provincia de Santiago del Estero. La misma había residido cuatro años en la comuna, y al momento de realizar esta investigación solo realizaba guardias que consistían en estar presente en el hospital de la comuna un fin de semana al mes. De las entrevistadas nacidas en los alrededores de Villa Candelaria, una (1) provenía del paraje San Antonio, una (1) del paraje Pozo de Simbol, (1) procedía de la zona céntrica y (1) una de un paraje cercano a Campo del Cisne (provincia de Santiago del Estero).

Tabla III: Perfiles de las entrevistadas

Participantes (nombre fantasía)	Técnica de recolección de datos	Edad	Ocupación	Procedencia	Selección entrevista profundidad
Claudia	entrevista	50	Enfermera	Centro	X
Isabel	entrevista	40	Médica	Santiago de Estero	X
Nancy	bitácora	32	Enfermera	Paraje	
Magali	entrevista	35	Enfermera	Centro	
Juan	bitácora	43	Chofer / secretario	Centro	
Lourdes	entrevista	50	Enfermera	Centro	
Ana	entrevista	23	Ama de casa	Centro	
Carolina	entrevista	30	Ama de casa	Paraje	
Jessica	entrevista	31	Limpieza	Centro	X
Rosa	entrevista	34	Ama de casa	Paraje	X

Las situaciones contempladas en cuanto a la maternidad fueron: mujeres madres múltiples a excepción de tres (3) del total que no poseían hijos. De las cuatro (4) mujeres seleccionadas para realizar entrevistas formales, solo una tenía estudios universitarios completos, dos estudios secundarios completos y el resto estudios primarios completos. En cuanto a las ocupaciones se encuentran: ama de casa, enfermera de índole empírica, médica y trabajo no formal como empleada doméstica (Tabla III).

4.3.2. Codificación abierta y axial

El proceso de codificación de los datos lleva a la localización de las palabras y frases que forman parte de los códigos. Se procedió a agrupar las frases en unidades de significado en torno a cada una de las categorías y subcategorías, que después se trabajaron incluyendo una descripción de ellas, es decir, incorporando ejemplos verbales. Finalizado este proceso, quedó elaborada una descripción sobre el significado de las categorías. Analizar los datos recogidos para una investigación cualitativa basada en las opiniones de sus protagonistas implica profundizar, interpretar y comprender. En este

caso se trabajó contrastando los datos procedentes de las entrevistas informantes y los relatos de las entrevistadas con los recogidos en los textos.

Retomando las fases de la codificación teórica, las fases 3 y 4 corresponden a la búsqueda y revisión de temas se realizaron en varias etapas de la investigación, y una de ellas es durante la codificación abierta. El proceso de codificación de los datos llevó a la localización de las palabras y frases que formaban parte de los códigos. Posteriormente, se agrupó en unidades de significado en torno a cada una de las categorías y subcategorías, que después se trabajaron incluyendo una descripción de ellas, es decir, incluyendo ejemplos verbales. Finalizado este proceso, quedó elaborada una descripción sobre el significado de las categorías, es decir, se realizó la categorización para trabajar con comparaciones constantes.

En esta investigación se trabajó contrastando los datos procedentes de las entrevistas con los recogidos en el marco teórico.

En cuanto a la codificación axial, se pretendió establecer relaciones entre las categorías y sus respectivas sub-categorías, así como con otras categorías identificadas dentro de la investigación en la fase de codificación abierta, tomando en consideración para establecer estas relaciones entre categorías las propiedades y dimensiones que describen cada una de las categorías identificadas (Valles, 2014); (Charmaz, 2000); (Strauss and Corbin, 1967).

Durante la fase 5 (definición y denominación de temas) se obtuvieron las categorías y subcategorías representadas en la Tabla IV.

Tabla IV: Resultado de la categorización. Codificación abierta y axial.

Categorías (reagrupación de códigos)	
a. Dimensiones del Campo de la Salud	
b. Proceso salud/enfermedad/atención. Medicalización	
c. Proceso salud/enfermedad/atención desde una dimensión odontológica:	Subcategorías
	I. Dolor II. Pérdida de elementos dentarios
d. Etiología de enfermedades asociadas al biofilm bacteriano	
e. Accesibilidad a los servicios de Salud	

Para complementar la codificación abierta se utilizó el software para el análisis creativo ATLAS.ti⁴. El objetivo de utilizar este programa como complemento del análisis manual fue facilitar el manejo de grandes volúmenes de datos y realizar la codificación de los mismos. ATLAS.ti es un paquete de software especializado que permite extraer, categorizar e inter-vincular segmentos de datos desde una gran variedad y volumen de documentos. Basándose en su análisis, el software ayuda a descubrir o reafirmar patrones. Esta aplicación supone una contrastación de categorías y subcategorías en sucesivos marcos o contextos. También se utilizó para el conteo de palabras, lo que complementó la selección de los códigos sustantivos y los códigos “*in vivo*”. Este procedimiento se desarrolló en varias etapas. La primera implicó la comprensión de los datos y la segunda una integración de cada categoría con sus propiedades. Estos pasos pueden llevarse a cabo en comparación con la codificación manual y la definición de cada una de las categorías (Anexo 2).

En la Tabla V se establecen ejemplos de las relaciones entre las categorías y sub-categorías, y se han anexado otras tablas (Anexo 3). De acuerdo con Strauss y Corbin, la codificación axial se relaciona con "el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta" (Strauss y Corbin, 2002). Para lograr lo anterior, es necesario relacionar las categorías y sub-categorías mediante oraciones que denotan su vínculo, siendo importante además intentar encontrar claves en los textos que permitan relacionar las categorías principales entre sí. Las sub-categorías aportan una mayor fuerza explicativa del fenómeno con el cual se encuentran asociadas.

Tabla de comparaciones entre categorías de tipo inductivo y deductivo según la codificación axial:

⁴ ATLAS.ti es una marca registrada de ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.

Tabla V: Nexos entre categorías y sub-categorías

Categorías y sub-categorías		Nexo o relación		Categorías
Dimensiones del Campo de la Salud		<i>“Porque acá no hay para hacer análisis, no hay para hacer ningún estudio de ningún tipo.”</i>	<i>“Acá los casos de primeros auxilios, se podrían solucionar acá si hubiera médico.”</i>	Proceso S/E/A. Medicalización
Proceso S/E/A. Medicalización		<i>“Yo creo que cuando estás enferma, no estás bien, tal vez ni sonreír podés. No podés trabajar, no podés comer, no podés reírte, no podés hacer nada, para mí.”</i>	<i>Porque no se la cuidan, no van al odontólogo, porque no... qué se yo a mi me explicaron que cuando vos tenés un problema en un diente, se te joden todos después...”</i>	Proceso S/E/A desde una dimensión odontológica
Proceso S/E/A desde una dimensión odontológica	Dolor	<i>“Tiene mal la dentadura, sufre un montón, porque le duele.”</i>	<i>“Hay chicas mas allá al norte, chicas jóvenes, yo no sé porque, que no les importa estar bien, que no tiene buenas condiciones los dientes, pero bueno eso es ya cada uno.”</i>	Dimensiones del Campo de la Salud
	Desdentamiento			
Etiología de enfermedades asociadas al biofilm dentario.		<i>“La chinita mía la mas chica... ella es mucho de comer caramelos, pero me dijo la dentista que no era tanto por los caramelos sino por la tetina, o era porque ha estado tomando teta dice, o a veces se va a dormir con la mamadera y no se lava los dientes.”</i>		Proceso S/E/A desde una dimensión odontológica:
Accesibilidad a los servicios de Salud		<i>“Sí, yo fui y pregunté en el centro odontológico, que le dicen, en Río Seco y me cobraban muchísimo, para ponerme los dos dientes estos nomás.”</i>	<i>“Para mí un dentista tendría que estar siempre, tendría que estar por lo menos una vez a la semana, o si no puede qué se yo, una vez al mes... o dos veces al mes.”</i>	Proceso S/E/A Medicalización

4.3.3. Comparaciones constantes y saturación teórica

Por medio de las comparaciones teóricas se comenzó a percibir que no surgían nuevas variaciones entre los datos y que los nuevos códigos que pertenecían a las mismas categorías explicaban relaciones ya desarrolladas (Strauss and Corbin, 2002). En este momento se alcanzó la saturación y se detuvo el muestreo teórico, debido a que no aparecieron nuevos datos sobre las categorías analizadas y los datos que se recogían

eran reiterados y confirmaban las interpretaciones realizadas a través de la teoría fundamentada. Así se consiguió alcanzar los objetivos de esta investigación.

TERCER CAPÍTULO: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

5.1. El contexto. La comuna

Villa Candelaria Norte es una pequeña localidad situada en el departamento Río Seco, provincia de Córdoba, Argentina. Tiene una población total de 594 personas, distribuidas en área urbana el 33,04% y rural el 66,95%, dispersa en 9 parajes rurales llamados La Rotonda, San Antonio, Santa Isabel, El Eje, El Guanaco, San Luis, Pozo del Simbol, Pozo de las Ollas y La Angelita. Los habitantes de Villa Candelaria denominan “el pueblo” a la zona urbana de la localidad, que consta de una escuela primaria, un jardín de infantes, y una escuela secundaria con internado tanto para mujeres como para varones. También posee un registro civil, dos salones comunales, una iglesia, un destacamento policial, y las oficinas de la comuna que funcionan en el domicilio particular de la presidente comunal. En la zona céntrica se puede encontrar una cabina telefónica donde el Correo Argentino deja la correspondencia del pueblo y los parajes. El hospital regional funciona como unidad de atención primaria de salud, a pesar de que está equipado con algunas camas de internación, ya que no cuenta con ningún método complementario de diagnóstico y actualmente tampoco cuenta con profesionales de la salud como médico, odontólogo o enfermeras profesionales que trabajen allí de manera permanente. Un fin de semana al mes una médica realiza guardias en el hospital. Los parajes Pozo del Simbol y Pozo de las Ollas están ubicados a 45 km y 55 km respectivamente de la zona urbana. Cuentan con postas sanitarias, las cuales no tienen agentes sanitarios asignados de manera permanente pero reciben esporádicamente la visita de una médica.

La economía del lugar está dada por actividades ligadas a la cría de animales, principalmente vacuno en las grandes haciendas, y caprino, como cría de animales domésticos para autosustención (figura 6), y al cultivo de las tierras, ambas llevadas a cabo en grandes estancias, principal fuente de empleo de los habitantes de la zona. El resto de la economía está relacionada con el empleo en la comuna y los planes sociales como asignación universal por hijo y pensión no contributiva a madres de 7 o más. Otra actividad significativa es la quema de carbón en hornos de barro, y trabajo golondrina en localidades alejadas de la provincia y fuera de ellas, ligada a las cosechas de papa principalmente. La población cuenta con los servicios de luz eléctrica las 24 hs., y una red domiciliaria de agua potable desde el año 2009 aproximadamente. La mayoría de la

población rural de los parajes habita en casa tipo rancho de paredes de paja y barro, y en algunos casos de ladrillo revocadas con barro, piso de tierra, techo de paja y barro, y en pocos casos de chapa, todas con letrinas. En el año 2001 se realizó en el paraje de La Rotonda y en los alrededores más cercanos al pueblo el Programa Provincial de Chagas (PPCH) dependiente del Ministerio de Salud de Córdoba Ley nacional N° 22.581, convenios de transferencia de la actividad operativa del Programa Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas-Mazza. Este reemplaza los ranchos por viviendas de ladrillo y cemento, contrapiso, techo de chapa y baño instalado.



Figura 6: Principal actividad económica de autosustentación. Cría de animales.

5.1.1. Un recorrido por Villa Candelaria Norte

Cuando se accede a la zona céntrica de Villa Candelaria Norte nos encontramos con la única estación de servicio del pueblo, que cuenta con un solo surtidor de combustible. Colindantes se encuentran la comisaria y el juzgado de paz. Al avanzar se

puede divisar el salón de usos múltiples, comúnmente llamado “predio de la doma” por sus habitantes, ya que en el mismo se realizan actividades culturales importantes de la zona, entre ellas la doma de caballos. Durante las fiestas patronales del pueblo, los 17 de agosto (día del fallecimiento del general San Martín), se realizan durante todo un fin de semana actividades diversas en torno a la doma, la jineteada y los bailes en el salón de usos múltiples. Al frente del mismo podemos ver una pequeña y pintoresca iglesia, en la cual se celebran las misas los fines de semanas (figura 7).



**Figura 7: Fotografía tomada desde el salón de usos múltiples hacia la iglesia.
Zona urbana. Villa Candelaria Norte.**

El colegio secundario IPEM (Instituto Provincial de Enseñanza Media) tiene una modalidad de internado. Los niños del ciclo básico de lugares rurales distantes, parajes de la misma Villa Candelaria y muchos niños pertenecientes a parajes de la provincia de Santiago del Estero concurren a clases bajo esta modalidad de internado de lunes a viernes, logrando de esta manera salvar las grandes distancias que los separan del centro.

A medida que se avanza por la calle principal, se divisa el Hospital Regional y al frente el jardín de infantes Cornelio Saavedra. En cada paraje de Villa Candelaria hay una escuela primaria que posee una pantalla de energía solar que la abastece.

Las instituciones presentes en la zona urbana se resumen en el siguiente listado:

- Jardín de infantes y escuela primaria Cornelio Saavedra.
- IPEM (Instituto Provincial de Enseñanza Media).
- Juzgado de Paz.
- Comisaria.
- Salón de usos múltiples (Predio de Doma).
- Iglesia.
- Hospital.
- Zona comercial.

En cuanto al transporte utilizado en la localidad, presta servicios la empresa Ciudad de Córdoba, que posee dos horarios diarios que llegan a Villa Candelaria desde Villa de María de Río Seco. Dentro de la comuna no existe ningún transporte público que opere como servicio urbano uniendo los parajes a la zona urbana. Los pobladores se movilizan en bicicleta, caballo o automóvil (Figura 8). En los casos de necesidad sanitaria el hospital regional cuenta con una ambulancia que realiza traslados desde los parajes a la zona urbana. En épocas de precipitaciones, debido a la composición del suelo con alto contenido de salitre, algunos de los parajes quedan incomunicados por la formación de barro, pudiendo pasar más de 48 hs. sin comunicación con la zona urbana.



Figura 8: Método de transporte desde parajes rurales a zona céntrica de Villa Candelaria Norte.

La zona céntrica cuenta con comercios variados, entre los cuales se incluye una verdulería. La misma cuenta con poca disponibilidad de frutas y verduras que dependen del transporte particular que provee abastecimiento desde Río Seco.

En cuanto a la ayuda relacionada con la alimentación, existe el programa P.A.I.Cor⁵ en la escuela primaria. También existe la entrega, por parte de la jefa comunal, de alimentos no perecederos para familias cuyo jefe de hogar trabaja por temporada en la cosecha de papa.

5.1.2. Los nueve parajes rurales

La mayor parte de la población de Villa Candelaria Norte se encuentra dispersa en los nueve parajes rurales que colindan con la zona céntrica. Accediendo desde el camino que proviene de Villa de María de Río Seco, el primer paraje que se encuentra es El Guanaco. A primera vista solo se reconoce la escuela primaria “Mariano Moreno” con su panel solar fotovoltaico, que capta la energía de la radiación solar para su aprovechamiento. Se encuentra a unos 20 kilómetros de la zona urbana. Los parajes más alejados del centro son Pozo de la Olla y Pozo del Simbol, de difícil acceso; en épocas de lluvias quedan incomunicados con la zona urbana por la formación del suelo jabonoso con alto contenido de salitre. Con dirección sur-norte el próximo paraje es El Eje y posteriormente se encuentra la salida para el paraje San Luis que dista unos 5 km de la zona céntrica. Los parajes pueden pasar desapercibidos como pequeñas viviendas precarias en su construcción dispersas en el campo. Al traspasar el centro se encuentra el paraje La Rotonda, donde habitan 30 personas aproximadamente; adquiere ese nombre debido a que es ese sector se encuentra la división para rotar hacia el límite interprovincial y de allí a La Angelita, o seguir 9 km hacia el paraje San Antonio y a Santa Isabel (figura 9). Este camino desemboca en las localidades de Gutemberg, Sol de Mayo y Sumampa (Santiago del Estero).

⁴ Programa de Asistencia Integral de Córdoba, destinado a niños y jóvenes carenciados que asisten a establecimientos educativos. Brinda asistencia alimentaria y propone mejorar hábitos vinculados a una alimentación saludable.



Figura 9: Fotografía paraje La Rotonda.

5.1.3. El campo: Hospital como recurso simbólico. Historia, evolución y funcionamiento actual

Villa Candelaria cuenta con un hospital regional que en la actualidad funciona según los prestadores del servicio como unidad de atención primaria de salud.

Cuando se inauguró en la década del 90, dependía de la Provincia de Córdoba, y contaba con un nivel de complejidad intermedia, es decir internación y sala de partos.

Hacia el año 1995, durante el mandato del gobernador Dr. Ramón Mestre, ocurrió el pase de los hospitales provinciales a los municipios, absorbiendo su financiamiento el municipio de la comuna.

En cuanto al servicio odontológico, el hospital cerca del año 2000 realizó un convenio con un odontólogo que prestó atención del tipo del segundo nivel de prevención, y tuvo una durabilidad de menos de 2 años. Sin embargo, la atención nunca fue continua: se recibieron servicios odontológicos de campañas solidarias esporádicas, pero no existieron políticas sanitarias concretas que incluyeran servicios de salud bucal. Las diferentes disciplinas que alguna vez trabajaron en la comuna se reducen en la actualidad a medicina y enfermería empírica: los relatos de atenciones odontológicas esporádicas indican una ausencia total de profesionales de la odontología. En Villa Candelaria Norte y alrededores se realizan campañas solidarias por un grupo denominado “Grupo solidario”, dirigido por un odontólogo que proviene de Córdoba Capital con otros profesionales

voluntarios a realizar atenciones odontológicas. Las prestaciones realizadas son de resolución de urgencias, atención según necesidad como exodoncias y operatorias mediante técnicas restaurativas atraumáticas.

El hospital actualmente posee un funcionamiento de 24 hs basado en una guardia de 12 hs por personal de enfermería de formación empírica. El personal mantiene abierto el hospital día y noche. Cuentan con una ambulancia que realiza los traslados a los centros de mayor complejidad, pero también es utilizada para trasladar a personas con diferentes dolencias que residen a grandes distancias de la zona céntrica y se ven imposibilitadas de trasladarse en caballo o por sus propios medios.

En el hospital funciona el Programa de medicamentos REMEDIAR⁶ (Tobar, 2004), es un programa de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios. Fue formulado como estrategia central del Ministerio de Salud de la Nación Argentina para enfrentar la emergencia social y sanitaria en 2002, garantizando el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales. Los destinatarios de REMEDIAR son aquellos ciudadanos que están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura de obra social. Una condición ineludible es efectuar la consulta médica en el centro de atención primaria de la salud. Si el médico prescribe un medicamento, el mismo es suministrado directamente en el mismo lugar, de manera gratuita. Es en este punto donde se produce la falencia del programa en Villa Candelaria Norte, debido a que el profesional solo puede recetar durante el fin de semana que se encuentra realizando guardia mensual (figura 10).

Las postas sanitarias que se ubicaban en los parajes rurales (Pozo del Simbol y Pozo de la Olla) dejaron de funcionar y no hay personal que realice actividades de promoción y prevención de la salud como en otros períodos.

⁶ Programa dependiente del Ministerio de Salud de la República Argentina. Comenzó su funcionamiento en el año 2002.



Figura 10: Fotografías tomadas en el hospital de Villa Candelaria Norte durante la confección del cuaderno de bitácoras 2014.

Para los trabajadores de la salud de Villa Candelaria, el hospital representa un capital simbólico. El funcionamiento del hospital es el eje fundamental de la dimensión salud, por más costo económico que produzca a la comuna sostener su funcionamiento las 24hs. Toda actividad relacionada con la salud se organiza desde el hospital: recaudación de fondos, campañas, reuniones informativas, entre otras. Podemos definir la organización en salud en la comuna como “redes de conversaciones” (Alazraqui et al., 2005), un sistema de comunicación informal donde la gente se agrupa con sus pares en función de ciertas afinidades personales y/o profesionales, donde se naturaliza la ausencia del gobierno rector y se conforman estrategias informales para dar solución a una demanda en salud. Un ejemplo de lo antes mencionado es la contratación de una médica proveniente de la provincia de Santiago del Estero para efectuar guardias un fin de semana al mes, siendo las actividades que realiza la atención de enfermedades emergentes y controles de salud que les permiten a los pobladores acceder a planes o subsidios del gobierno. La guardia médica mensual surge de la organización de referentes comunales y jefa comunal para dar solución a dos problemas: control de enfermedades, pero por sobre todo al acceso a los planes sociales.

6. LA SALUD BUCAL EN VILLA CANDELARIA NORTE

6.1. Expresiones del Campo de la salud en Villa Candelaria

Por campo de la salud en Argentina entendemos a la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en la que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el dominio de uno o más capitales (Spinelli, 2010). Para analizar el campo de la salud en Villa Candelaria Norte se toman las dimensiones propuestas por Hugo Spinelli, como forma de organización: trabajo, organización, gestión y gobierno (el TOGG).

Según el autor, el trabajador de la salud es un trabajador del conocimiento, que hace cosas con palabras. Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad. Los *trabajadores* en Villa Candelaria provienen del sector informal. Las enfermeras de formación empírica son las que mantienen el funcionamiento del Hospital con guardias de 12 hs rotativas, realizando tareas administrativas de mantenimiento físico, primeros auxilios y recepción de urgencias. Los trabajadores profesionales son externos a la comunidad y contratados de manera esporádica. Esta modalidad ha variado a lo largo de los últimos 20 años: si bien profesionales de la salud residieron en otro momento en la comuna, en la actualidad no hay profesional de la salud con domicilio en Villa Candelaria. Según el relato de las entrevistadas, se asigna un rol de vital importancia a los profesionales que trabajan en la comunidad, pero se valoriza con mayor énfasis a los profesionales que residieron durante períodos prologados en la comuna, otorgándole un sentido de apropiación al mismo, validando el conocimiento del campo que estos adquirieron por residir en Villa Candelaria, como así también de los problemas locales, de la cultura y de la identidad de sus habitantes.

“Antes venía el grupo solidario, el doctor venía una vez a la semana, ese doctor me gustaba, atendía bien y era bueno con los chicos. Él tenía muchísima gente. También venían de campañas a la escuela.”

-Entrevista en profundidad a Rosa, 34 años, pobladora paraje.

Con respecto a la *organización*, la salud se sostiene desde la atención, es decir que para los pobladores la salud es sinónimo de atención. Los pobladores junto con los trabajadores de la salud organizan actividades de recaudación de fondos tales como

bingos, rifas y sorteos. A través del tiempo se organizaron para recaudar fondos que permitieron iniciar la farmacia del hospital con medicamentos no incluidos en el Programa REMEDIAR. La farmacia se sostuvo desde el bono contribución de quienes utilizaban sus beneficios, mientras estuvo la médica residiendo en la comuna. En la actualidad la farmacia expende los medicamentos en las guardias médicas, debido a que no pueden entregar medicamentos sin la prescripción médica. En los diferentes relatos obtenidos de las entrevistas al equipo de salud, se pudo corroborar que las enfermeras otorgan los medicamentos de venta libre cuando los pobladores lo solicitan.

Otra forma de organización es a través de la ambulancia que posee el hospital, que es conducida por un chofer que a su vez trabaja como secretario de la Jefa comunal. La ambulancia funciona para traslados a centros de mayor complejidad, pero también es utilizada como medio de transporte desde los parajes hasta el hospital ubicado en la zona urbana de Villa Candelaria Norte.

La organización de la comuna no se establece desde organigramas o misiones y visiones, sino en función de la realidad vivida y desde la capacidad de los actores de sacar adelante un sistema de salud carente de recursos humanos y materiales. La organización del campo de la salud funciona sin embargo bajo un modelo de atención autoritario, donde el profesional es el poseedor del saber y es quien cuenta con el conocimiento de las prioridades en salud. El habitante toma la posición pasiva y colabora en la organización de las actividades. Esto explica por qué, al dejar de tener un profesional médico, ciertos avances como la farmacia o programas preventivos se discontinúan y perecen.

En lo referente a la *gestión* y/o el *gobierno* –las dos G del TOGG– no aparece en el discurso de los sujetos a cargo de la gestión una preocupación por modificar las carencias en recursos humanos y económicos vinculados al campo de la salud. En Villa Candelaria, no hay una gestión que implique utilizar estrategias plantadas desde la identificación de los problemas, debido a su falta de identificación y reflexión, y a décadas de naturalización de carencias sobre servicios de salud integral. Se puede observar esta naturalización de la falta de recursos y servicios de salud con mayor énfasis desde una dimensión odontológica. Spinelli sugiere que las concepciones tradicionales de la administración –que se imaginaban administrando objetos– no pueden ser aplicadas en las instituciones de salud, dado que, según el autor, no se trata de administrar objetos sino de trabajar con sujetos, razón por la cual la llamamos “gestión” y la diferenciamos de “administración”. En la comuna podrían emplearse como sinónimos, debido a que las

actividades tecno-políticas se desarrollan desde la economía como eje fundamental (Spinelli, 2010).

En cuanto al *gobierno*, el quiebre que se produce en la prestación de servicios en salud es atribuido por los prestadores en salud al pase del hospital desde la provincia al municipio en la década del 90. La comuna no cuenta con la capacidad económica para mantener en funcionamiento el hospital y sus recursos humanos. Se produce el olvido de la comunidad y se atribuye la responsabilidad a un gobierno incapaz de gestionar la salud de la población desde ninguno de sus niveles.

“Acá se necesita médico permanente no una vez al mes ni una vez a la semana. Para cualquier urgencia está Río Seco, 60 km lo más cerca que tenemos...”

“Antes, cuando era de la provincia, iban doctores a las postas sanitarias, una vez por semana. O sea había médico permanente acá, iba los martes a Pozo de la Olla y los jueves a Pozo del Simbol. Hace mucho... todo cambio cuando dejo de ser provincial.”

-Entrevista en profundidad a Claudia, 50 años, integrante equipo de salud.

6.2. Proceso Salud/enfermedad/atención. Medicalización

Esta categoría abarca dos conceptos, el de proceso salud/enfermedad/atención (S/E/A), entendido como un proceso dinámico e indivisible, y el de medicalización de la salud descrito por Menéndez y expuesto en el marco teórico (Menéndez, 1994). En Villa Candelaria la concepción de salud está limitada a la ausencia de la enfermedad. El concepto de salud corresponde al utilizado antes de la declaración de la Organización Mundial de la Salud en 1946, y no se involucran los factores sociales como determinantes de dicho proceso; es más, el mismo no es visualizado como proceso, sino como una asociación directa a la ausencia de síntomas (World Health Organization, 1975). Aparece en el discurso de los sujetos la atención médica u odontológica necesaria cuando existe la enfermedad objetivable: la salud se equipara con la atención sanitaria ante la enfermedad. El equipo de salud local, de formación empírica y oriundo de la comuna, fundamenta sus conocimientos en el reconocimiento de la sintomatología y por ende busca soluciones posibles desde la medicación, técnicas reparativas y tecnología disponible. La profesional médica que trabaja y residió en la comuna tiene una concepción con bases en la salud comunitaria, pero observa las dificultades para trabajar bajo este paradigma. Las acciones

de promoción de la salud, como la educación para la salud, se implementaron mediante campañas organizadas por profesionales de origen externo a la comuna, como así también actividades relacionadas con la prevención específica de enfermedades prevalentes, las cuales dejaron de realizarse cuando la localidad quedó sin médico residente en la zona.

El relato de las pobladoras de los parajes refiere la solución de sus problemas al programa nacional de entrega de medicamentos REMEDIAR y da por sentado que todas las enfermedades tienen cura en la medicación y en el tratamiento. Asegura que la falta de complejidad del hospital es el motivo por el cual los profesionales de la salud no pueden elaborar soluciones a todos los problemas relacionados al proceso S/E/A. Este modo de percibir la salud es coincidente con la representación de que la salud se basa en la asistencia de la enfermedad, y el modelo médico hegemónico se encuentra presente en el discurso de los trabajadores de la salud y en las pobladoras.

La Salud se vincula con el concepto de medicalización en salud: se buscan posibles soluciones desde el consumo de medicamentos, posiblemente a partir de los aprendizajes logrados por los sujetos a lo largo del tiempo donde se reemplazaron remedios tradicionales por otros medicamentos según las indicaciones de los diferentes profesionales de la salud que han trabajado en Villa Candelaria a lo largo del tiempo.

“Nosotros como auxiliares de enfermería no podemos dar un antibiótico, eso solamente lo puede dar un médico, siempre viene la gente e insiste, insiste, como que te obliga a que le des antibiótico.”

-Entrevista exploratoria a Magalí, 35 años, equipo de salud.

“Para la tos se toma un té que se hace con un árbol que se llama sombra de toro, arroje de chañar para el romerillo que sería como un catarro... Para el dolor de muela usan la aspirina directamente en la muela y les quema todo (...) Antes había una viejita para Santiago, en Taco Pozo, que curaba el dolor de muela y el empacho de palabra.”

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, equipo de salud.

En los discursos de las entrevistadas surge la temática del cuidado de la salud y la atención de la enfermedad de la familia. Esta tarea es asumida y adjudicada a la mujer. La mujer tiene la responsabilidad de cuidar a los hijos, la casa y los animales de cría.

Durante generaciones, los hombres de la comuna han realizado trabajo golondrina en cultivos de papa y en la actualidad de soja, delegando la tarea doméstica e hijos a la mujer. Cuando el hombre no se encuentra trabajando y se encuentra en el hogar no participa en esas tareas, sino que su salud también pasa a ser responsabilidad de la mujer. Esta percepción de las obligaciones cotidianas ligadas al género femenino se basa en tradiciones de muchas generaciones en poblaciones rurales dispersas. La subordinación de género se construye desde la infancia y empieza por la importancia determinante que se otorga a la maternidad y al cuidado del hogar como el destino esencial de las mujeres (Lamas, 2007). Existe la concepción de que el hombre es menos tolerante al dolor relacionado con la enfermedad. En el caso de las odontalgias, los discursos coinciden en que los hombres tienen menos poder de tolerancia al que las mujeres, que aseguran que se quejan con más frecuencia y sufren cambios de humor, y cuando la odontalgia le sucede a la mujer ella debe seguir con su trabajo doméstico, el cuidado de los hijos y los animales.

“Se quejan por el dolor y no pueden ni andar, cuando yo sufrí de las muelas tenía que atender a los seis (refiriéndose a sus hijos) y después a los animales... ni tiempo para quejarme.”

-Entrevista en profundidad a Rosa, 34 años, pobladora paraje.

6.3. Proceso salud/enfermedad/atención desde una dimensión odontológica

En cuanto al proceso salud/enfermedad/atención desde la dimensión odontológica, la concepción general se refiere a la salud y a la enfermedad como dos estados diferentes, al igual que la salud general no corresponde a un proceso sino que coincide también con la ausencia de la enfermedad. La enfermedad bucal se describe como signos y síntomas relacionados con la pérdida de tejidos dentarios, la conformación de cavidades y el dolor derivado de la sintomatología avanzada de caries dental. Otra enfermedad detectada es la enfermedad periodontal cuando se encuentra avanzada en un estadio tardío o grave y produce la pérdida de los elementos dentarios.

La enfermedad periodontal es reconocida por el equipo de salud cuando ocasiona la pérdida dentaria. En las pobladoras no hay relatos que coincidan con esta enfermedad: la pérdida de elementos dentarios sin la intervención de un odontólogo es considerada un proceso natural e inevitable y es vinculada con problemas de características similares en familiares directos responsabilizando su causa a la herencia genética.

“Mi suegra perdió los dientes enteros, sin dolor eso sí, se le cayeron, por eso sé que a Carlos (refiriéndose a su marido) se le pueden caer también así.”

-Entrevista a Jessica, 31 años, pobladora centro.

Los pobladores encuentran en la medicalización la solución a sus problemas, y comprenden que la atención médica y odontológica se basa en el conocimiento del profesional para quitar los síntomas mediante el empleo de medicamentos, de donde surge la problemática de la falta de disponibilidad de los mismos.

La medicalización como concepto (Menéndez, 2016) no incluye solo la farmacología. Si la extrapolamos hacia la odontología, podemos observar que las técnicas reparativas, que incluyen las extracciones de las piezas dentarias, son la solución de elección a los problemas de índole bucal. Las causas de la enfermedad no son estudiadas ni tratadas. Los pobladores de Villa Candelaria reconocen la extracción dentaria como una prestación destinada a limitar un daño mayor, y es percibida como “la cura” de la enfermedad. El consumo de medicamentos representa una solución transitoria al dolor de origen dentario, y esta acción se repite durante diferentes episodios dolorosos. Los pobladores solicitan la exodoncia como tratamiento definitivo cuando el dolor limita sus actividades cotidianas. En algunos casos podemos remarcar el anhelo de los pobladores de recibir tratamientos que recuperen la estética o la funcionalidad de la cavidad bucal, reconociendo el costo económico de los mismos, y limitando así la reparación para sectores económicamente acomodados.

“Lloraba del dolor pero me la bancaba. Sufrí mucho hasta que me animé. Y bueno gracias a Dios me las hice sacar toda las muelas, y ahora creo que tengo la boca sana.”

-Entrevista exploratoria a Ana, 23 años, pobladora centro.

En cuanto al equipo de salud local de formación empírica, sus miembros reconocen la falta de la atención odontológica en la comuna, pero aducen la responsabilidad de la salud bucal a los pobladores, por su falta de interés en la búsqueda de acceso a los servicios de salud de zonas aledañas como el hospital de Río Seco. También reconocen que los pobladores encuentran soluciones no definitivas en la medicación, pero la utilizan como herramienta necesaria en la solución de problemas a nivel odontológico.

“Porque no se cuidan, no van al odontólogo, porque no... qué se yo, a mí me explicaron que cuando vos tenés un problema en un diente, se te joden todos después...”

-Entrevista en profundidad a Jessica, 31 años, pobladora centro.

Durante el análisis de los datos clasificados dentro de la categoría proceso S/E/A desde una dimensión odontológica surgieron dos subcategorías relacionadas: El **dolor** y la **pérdida de elementos dentarios o desdentamiento**.

Luc Boltanski afirma que en las clases populares no prestan mucha atención al cuerpo, que lo utilizan principalmente como una herramienta, y que, sobre todo, le piden que funcione (Boltanski, 1975). En estos casos la enfermedad se manifiesta brutalmente porque no han observado sus signos precursores o porque se han negado a percibirlos, y la mayor parte de las veces consideran la enfermedad un accidente imprevisible y repentino. Esta afirmación del autor se encuentra presente en el relato de las mujeres. Como se expresó con anterioridad, se puede interpretar que la percepción de su propio dolor no es tenido en cuenta, por el contrario, es relegado pasando a segundo plano más aún si existe alguna dolencia de un tercero (esposo, hijos, pareja, nietos, etc.). A su vez, las mujeres relatan, que ellas no expresan el dolor de igual manera que los hombres, cuya manifestación es más exacerbada.

El **dolor** como subcategoría es reconocido como síntoma de la enfermedad bucal, casi como único síntoma; es un signo de alarma cuando se relaciona con los hijos. Los adultos tienen naturalizado el dolor de origen dentario como un proceso cotidiano, pero le otorgan la característica de enfermedad y por ende los impulsa a buscar soluciones cuando lo padecen los hijos. Existe entonces un reconocimiento de sintomatología dolorosa relacionada con la caries dental e infecciones, y las pobladoras cuentan que el dolor no limita sus actividades cotidianas hasta que llega a un umbral insostenible. También se reconoce la medicación recetada por el personal de salud como una solución transitoria. Los integrantes del equipo de salud local incitan a buscar atención odontológica en poblaciones vecinas. También existe la automedicación: las pobladoras utilizan analgésicos, como paracetamol 500mg e ibuprofeno 400mg, como medicación reconocida para tratar la odontalgia. El consumo de antibióticos como amoxicilina 500mg requiere de consulta profesional debido a que son entregados en el hospital y no adquiridos de manera particular. La farmacia del hospital funciona como farmacia de la

localidad: no existe otra farmacia a disposición, excepto a 60 kilómetros en la localidad de Villa de María de Río Seco.

“Tiene mal la dentadura, sufre un montón, porque le duele, porque tiene todos, todos, los dientecitos comidos.”

-Entrevista en profundidad a Rosa, 34 años, pobladora paraje.

“El adulto tolera más, si duele y no le pasa con nada, bueno recién ahí consultan (...) Dicen: que a mí me dijeron que si traga bien y habla bien, no hay problema.”

-Entrevista en profundidad a Claudia, 50 años, equipo de salud.

Existen distinciones entre grupos de individuos que se manifiestan por las características socioculturales y que pueden determinar, en última instancia, la conducta de las personas frente al dolor (Aldana Vilas et al., 2003).

Cabe mencionar el concepto de resiliencia, aplicable a la situación del dolor de origen dentario observado en la comuna de Villa Candelaria, partiendo de los relatos de las entrevistadas y del equipo de salud. La resiliencia es un concepto relativamente nuevo en los programas de promoción de la salud y se define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad, habiendo vivido experiencias de adversidad (Menoni and Klasse, 2015). No obstante, cabe aclarar que se necesitaría una investigación aparte para comprender los procesos de resiliencia que los sujetos poseen en la comuna para soportar situaciones de dolor extremo como parte de su vida cotidiana. Para poder sobrellevar el dolor, es necesario que el sujeto se separe el dolor que padece, con todo sufrimiento que este conlleva, con la energía de la desesperación de donde buscará resolver la situación convirtiendo esa situación desagradable en una experiencia, y de esta manera encontrar soluciones a problemas similares en un futuro. No se atraviesa el sufrimiento sin dolor (físico y emocional) y siempre existen secuelas y consecuencias, pero luego de un proceso se construye nuevamente una forma de estar en el mundo que permite integrar el sufrimiento a los aspectos felices de la vida. El relato de los profesionales de la salud externos a Villa Candelaria, en situación de campaña, refiere su asombro con respecto al dolor de origen

dentario que sufren las personas de la comuna asegurando: “llegan pacientes con infecciones tan tremendas que no podés imaginar cómo soportaron tan terrible dolor”⁷.

“Porque uno tiene que comer y por ahí el dolor de muela no te deja, por ahí tenés una caries se te entra un pedacito de pan y no podes comer más. Ni comer ni dormir.”

-Entrevista de seguimiento a Rosa, 34 años, pobladora paraje.

El relato del profesional médico pone énfasis en la escasa presencia del estado en cuanto a la salud bucal, reconoce la ausencia total de la atención odontológica en la comuna, y relata su experiencia en la visualización de sujetos con **pérdida de piezas dentarias** a temprana edad y en la problemática del dolor y las infecciones de origen dentario. El resto de los integrantes del equipo de salud, de formación empírica, remarca la diferencia que existe entre las mujeres de los parajes más alejados y las mujeres residentes en la zona centro en cuanto a la pérdida de elementos dentarios a temprana edad. Según el discurso de las pobladoras del centro, afirman que entre las mujeres de los parajes se presenta un descuido por la estética, higiene y presentación personal e incluyen dentro de estos parámetros la falta de piezas dentarias correspondientes al sector anterior. En este caso el **desdentamiento**, o pérdida de los elementos dentarios, como segunda subcategoría, es considerado relevante por las pobladoras cuando afecta un sector visible como el sector anterosuperior; es asociado a un parámetro estético y la pérdida no es adjudicada a una enfermedad sino que es considerada como falta de cuidado personal de las pobladoras. La pérdida parcial de piezas dentarias a nivel posterior no es de importancia siempre y cuando se conserven los elementos dentarios estéticamente comprometidos.

“Hay chicas mas allá al norte, chicas jóvenes, yo no sé por qué, que no les importa estar bien, que no tiene buenas condiciones los dientes, pero bueno eso es ya cada uno.”

-Entrevista en profundidad Jessica, 31 años, pobladora centro.

⁷ Extracto de entrevista a odontólogo del grupo solidario en actividad de campaña. <https://www.facebook.com/notes/comuna-villa-candelaria-n/el-trabajo-del-grupo-solidario-c%C3%B3rdoba/358376654216125/>

Las pobladoras de los parajes refieren la imposibilidad económica de acceder a la reposición de elementos dentarios, y la pérdida de éstos es considerada un acontecimiento obligatorio o fisiológico en la vida. Reconocen que el desdentamiento adquiere importancia cuando va acompañado de procesos dolorosos o infecciones relacionadas.

No está presente en el discurso de las pobladoras que la pérdida de elementos dentarios pueda afectar funciones de la cavidad bucal como la masticación o la fonación.

6.4. Concepción en Villa Candelaria sobre etiología de Enfermedades relacionadas al biofilm bacteriano

Como se expuso anteriormente, la etiología de caries dental es multicausal; los factores de riesgo se relacionan logrando romper el equilibrio del proceso salud/enfermedad/atención, inclinándose a la aparición de la enfermedad. Existen dificultades para la aplicación de modelos de determinación causal en el abordaje de etiología de caries. La epidemiología moderna se estructura en torno de un concepto fundamental: el riesgo. Los factores de riesgo no actúan aisladamente sino en conjunto, interrelacionadamente, por lo que con frecuencia fortalecen en gran medida su efecto nocivo para la salud. Según Fejerskov la posibilidad de que un acontecimiento negativo que afecte la salud de la población es considerado un riesgo en salud (Fejerskov, 1997). Los factores de riesgo intervinientes en el desarrollo de caries dental son: comportamiento, actitudes, ingresos, educación, clase social, tiempo, conocimientos, dieta, saliva y bacterias.

Un concepto actual que rige esta investigación, diseñado desde la teoría de los determinantes sociales de la salud, es el que comprende la salud colectiva. Esta no plantea la salud desde los riesgos existentes sino desde una visión de salud en términos de su complejidad. Para la salud colectiva, el modelo se reflexiona como un eje dinámico, donde se considera la salud como un producto social, vinculado con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, condiciones de vida y trabajo, influencias comunitarias, factores individuales y estilo de vida, y donde no se pueden desconocer actores biológicos y genéticos (Suárez y Herrera, 2009).

En Villa Candelaria Norte la etiología multifactorial de caries dental y su compleja relación de determinantes se encuentra reducida y simplificada. Se observan limitaciones sobre los diferentes modelos. En el relato de las mujeres integrantes del equipo de salud se observó un discurso coincidente con el expresado en la definición del concepto del

proceso de salud/enfermedad/atención desde una dimensión odontológica. Los factores expuestos hicieron hincapié en la falta de atención odontológica pero también en la falta de información y de actividades de educación para la salud bucal por parte de la población. Los profesionales destacaron la falta de higiene bucal y su relación con la formación de biofilm dentario, asomando el riesgo microbiológico de la enfermedad. Las pobladoras de la zona céntrica atribuyen a la falta de atención de los primeros síntomas de enfermedad bucal el deterioro progresivo de la salud bucal, y toman la experiencia pasada en caries dental como un factor real que aumenta la probabilidad de “contagio” de otras piezas dentarias. En algunos casos nombran el cepillado dentario como herramienta necesaria para el mantenimiento de la salud bucal. Las pobladoras de la zona rural, a diferencias de las pobladoras de la zona urbana o centro, relatan que la causa de la enfermedad bucal, en especial caries dental, puede estar en el tipo de alimentación.

“Y en cuanto la higiene, cuando uno le revisa la boca, no tiene buena higiene, ni el niño ni el adulto, muy raro, pero no le atribuyen a la falta de higiene a las caries (...) En el jardincito sí les dan cepillos y los hacen cepillar, pero no en la casa, entonces queda como algo de la escuela”.

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, integrante profesional del equipo de salud.

La falta de disponibilidad de frutas y verduras y el alto consumo de carnes e hidratos de carbono (tortas fritas, tortillas y pan casero) es un motivo reconocido por las mujeres de los parajes. Las mujeres describen que en la zona existe una fuerte “cultura del mate”, y que el mismo es consumido con agregado de azúcar durante todo el día, pero no relacionan este hecho con la aparición de lesiones cariosas. Bordoni considera como alta frecuencia en el consumo de hidratos de carbono una reiteración superior a cuatro momentos diarios de consumo de hidratos (Bordoni et al., 2010).

Existen estudios sobre la cantidad de flúor y arsénico en el agua de consumo y su relación con enfermedades como Fluorosis dental o HACRE (Hidroarsenicismo crónico regional endémico). Las manifestaciones de la intoxicación crónica por exceso de flúor en el agua de consumo (más de 1ppm) aparecen como manchas en los elementos dentarios que varían desde un color blanco tiza a marrón oscuro, existiendo diferentes grados. En algunos estudios se relaciona la Fluorosis dental con el HACRE (Osicka et al., 2002), pero cabe destacar que esta enfermedad se caracteriza por presentar hiperqueratosis y otras

lesiones dérmicas, así como alteraciones sistémicas cancerosas y no cancerosas luego de un período variable de exposición prolongado.

Algunos discursos de las pobladoras de Villa Candelaria relacionan la cantidad de minerales existentes en el agua de consumo con la probabilidad de padecer enfermedad dental: se evidencia en determinados discursos que se cuenta con información obtenida durante campañas solidarias en salud bucal, sobre la posibilidad de que el origen de la enfermedad de los tejidos duros dentales se relacione con la cantidad de arsénico en el agua de consumo. Consideran al arsénico como factor etiológico de manchas en los elementos dentarios y se equipara con enfermedad dental o caries.

“La chinita mía la mas chica... ella es mucho de comer caramelos, pero me dijo la dentista que no era tanto por los caramelos sino por la tetina, a veces se va a dormir con la mamera y no se lava los dientes.”

-Entrevista exploratoria a Magalí, 35 años, pobladora centro.

6.5. Accesibilidad a los servicios de Salud

Un reto fundamental para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan. El acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género, y se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud (“OPS OMS,” 2014).

Se puede diferenciar entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, o entre accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural (Landini et al., 2014).

Las grandes distancias que existen desde Villa Candelaria hasta los diferentes centros de salud general y servicios odontológicos se ven aumentadas por las dificultades que generan el suelo salitroso en época de lluvias y la falta de transporte. Las mujeres relatan que los 60 kilómetros que las separan de Villa de María de Río Seco, capital departamental, se tornan un problema a la hora de conseguir atención odontológica, debido a que el transporte llega a Río Seco cuando ya se han entregado todos los números que les permiten acceder a la consulta por día. De esta manera se conjugan barreras geográficas, administrativas y financieras.

El relato de los integrantes del equipo de salud refiere que existen impedimentos de variada índole para llegar a obtener un tratamiento oportuno para las enfermedades

bucales, tales como la falta de servicios de salud locales, las barreras económicas, la falta de información, o los factores culturales. Los servicios de atención pública y gratuita no incluyen servicios odontológicos que impliquen las estrategias necesarias para la prevención y el tratamiento integral de los problemas de salud bucal, sino que se limitan a la eliminación del síntoma y la resolución de la urgencia. Los costos elevados de los servicios de atención odontológica de índole particular y a sus prestaciones de rehabilitación son una barrera concreta para los pobladores de Villa Candelaria.

“En Río Seco tienen que ir muy temprano, el colectivo que sale de aquí... si no tiene un pariente que le saque número cuando ellos llegan ya no consiguen turno.”

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, integrante del equipo de salud.

Las pobladoras de los parajes narran que otras localidades pertenecientes a la provincia de Santiago del Estero, como Sol de Julio, poseen servicios de atención odontológica, pero que estos se prestan de manera privada, y por ello presentan un costo difícil de sortear.

En cuanto a la accesibilidad cultural (si bien esta dimensión requiere de un estudio independiente para ser valorada), se puede destacar que existe una naturalización de la pérdida de elementos dentarios, vinculada a varias generaciones de personas desdentadas, lo que aparenta proporcionar un valor estético diferente de los parámetros sociales establecidos. Como se mencionó con anterioridad, existe una diferencia entre la valoración estética de la ausencia de elementos dentarios anteriores entre los discursos de las mujeres de la zona centro y de las zonas rurales. Las pobladoras del centro sostienen que los elementos dentarios del sector anterosuperior son importes en la estética y las pobladoras de los parajes relativizan la estética por encontrar a sus pares parcialmente desdentados desde la juventud.

“Sí, yo fui y pregunté en el centro odontológico, que le dicen, en Río Seco y me cobraban muchísimo, para ponerme los dos dientes estos no más” (señala sector anterosuperior).

-Entrevista en profundidad a Rosa, 34 años, pobladora paraje.

6.6. Discusión

En el estudio de la literatura relacionada con las representaciones sociales de la salud bucal y su relación con las enfermedades relacionadas con el biofilm bacteriano, incluyendo las dimensiones analizadas, se encontraron escasas coincidencias, en su mayoría parciales, debido a que se utilizó metodología cualitativa (teoría fundamentada) la cual posee poca aplicación en investigaciones en odontología. Desde un paradigma holístico de salud se analizan estudios sobre el proceso salud/enfermedad/atención realizados en contextos de similares características en Latinoamérica y de preferencia en contextos rurales.

Spinelli utiliza la denominación “campos de salud”, que define como la conversión de todos los actores presentes, y retoma conceptos de P. Bourdieu sobre el capital social, el cultural, el económico y el simbólico, donde los diferentes actores luchan por el dominio de uno o más capitales. La descripción del contexto y del campo de salud en Villa Candelaria desde este enfoque permite descubrir la importancia de los diferentes capitales presentes que los pobladores asignan a distintos recursos y actores (Spinelli, 2010).

Durante la presente investigación y coincidente con las descripciones de Spinelli (Spinelli, 2010), se describe el capital simbólico a través de la presencia del hospital regional y su funcionamiento 24 hs, a pesar de que no posee profesionales de salud trabajando de manera permanente, en donde se resuelve la problemática en salud con guardias de enfermeras empíricas y traslados a centros de mayor complejidad a grandes distancias. La noción construida de capital simbólico tiene un sentido muy preciso en la obra de Bourdieu (Bourdieu, 1989), pero no significa que sea fácil captar su significado, ya que se trata de un concepto relacional que no puede entenderse al margen de las otras categorías; tampoco puede asignarse la categoría de capital simbólico a un objeto si no se conoce su contexto, historia y capital cultural presente.

El concepto de salud surge como un concepto estático: se la concibe como la ausencia de la enfermedad y de la sintomatología. Aparece la salud como sinónimo de la ausencia del dolor físico y emocional. Esta en coincidencia con Menéndez quien en su trabajo refiere que el proceso salud/enfermedad/atención ha sido desde siempre de carácter “a-histórico y a-social”, y sostiene que la salud pública se ha construido siempre desde la enfermedad, haciendo hincapié básicamente en las intervenciones técnicas (Menéndez, 2016). La enfermedad se manifiesta y el carácter biológico del síntoma se pone en evidencia, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan el fenómeno

de la enfermedad. Lo biológico no solo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica/odontológica profesional. Coincide con el discurso profesional en que la práctica profesional en los servicios de salud de la región se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos.

En Villa Candelaria Norte y en correspondencia con un estudio realizado por Escobar sobre representaciones sociales del proceso S/E/A en Colombia (Escobar-Paucar et al., 2010) confluyen representaciones sociales sobre la salud propias de la comunidad con los discursos profesionales: la salud como responsabilidad individual y como prácticas determinadas, más que como un estado o proceso. Se atribuyen a las enfermedades explicaciones de tipo biológico y de responsabilidad individual para el poblador.

La medicalización de la salud está presente en varias categorías analizadas en este estudio: aparece durante la descripción del campo de la salud y de las organizaciones, pero a lo largo de la investigación se torna una parte nuclear de las representaciones sociales que poseen los pobladores de Villa Candelaria. Arraigada en el imaginario colectivo, la toma de medicamentos como solución a los problemas de salud se constituye desde la imposibilidad de acceder a otras soluciones y/o tratamientos de la enfermedad. El modelo de abordaje de la salud presente coincide con el MMH planteado por Menéndez (Menéndez, 2003) y el proceso salud/enfermedad/atención esta disgregado; aparecen las representaciones sociales que describen la existencia de la naturalización de la enfermedad. No se identifica el carácter social del proceso S/E/A, y existe una tendencia a la “conquista individual” de la salud (De Souza, 2009), donde la salud no es encaminada desde una concepción de salud colectiva. No se identifica la representación social de la salud como un derecho universal o como bien social, sino que surge como un logro individual o un premio a las indicaciones de los profesionales de la salud, y cuando estas no son puestas en prácticas surge la enfermedad como un castigo.

En coincidencia parcial con Botazzo, la odontología en la región posee una fuerte tendencia a la medicación, que no se da solamente con motivos comerciales: también aparece la influencia de publicidades en los medios masivos de comunicación (Botazzo, 2000). Debido a la existencia un modelo de atención autoritario o hegemónico el profesional es considerado poseedor absoluto del saber, y toda indicación o prescripción de medicamentos se vuelve una práctica paliativa que sustituye al tratamiento definitivo cuando no hay accesibilidad al mismo.

En lo referente a la categoría proceso S/E/A desde una dimensión odontológica, la enfermedad bucal se describe como síntomas relacionados con la pérdida de tejidos dentarios, la conformación de cavidades y el dolor derivado de la sintomatología avanzada de caries dental. La enfermedad periodontal es detectada en estadios avanzados en los pobladores que se interpreta como pérdida de elementos dentarios de manera natural o relacionada con una herencia genética y de problemas similares en familiares directos. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en comunidades rurales del norte de la provincia de Córdoba (Hilas et al., 2004), donde los pobladores revelan una cultura sintomática, según la cual se asiste al profesional de la salud solo en presencia de dolor. El dolor es el motivo de acceso a la consulta, si se manifiesta de manera excesiva limitando las actividades cotidianas. El dolor aparece de manera cotidiana en la vida de los pobladores, y lleva a la automedicación o a la consulta por medicación en servicios de salud en zonas aledañas.

En un estudio en Brasil (Guarienti et al., 2009) sobre el conocimiento de los padres acerca de la salud bucal en la primera infancia, se obtuvieron resultados sobre su significado, destacando como dato principal que la mayoría de los sujetos investigados relacionaron la salud bucal con la salud general. Este resultado difiere del de esta investigación donde se refleja en el discurso de las investigadas la disociación del proceso S/E/A general del proceso S/E/A bucal.

En estudios relacionados con la resiliencia en Brasil se manifiesta que en zonas rurales las condiciones de salud bucal son más adversas y que la posibilidad de adaptarse a esa situación se realiza a través de la resiliencia (Martins, 2009). Se observa, en coincidencia con un trabajo realizado en Uruguay (Menoni and Klasse, 2015), que no se atraviesa el sufrimiento sin dolor (físico y emocional) y siempre existen secuelas y consecuencias, pero luego de un proceso se construye nuevamente una forma de estar en el mundo que permite integrar el sufrimiento a los aspectos felices de la vida.

En cuanto a la sub-categoría “pérdida de elementos dentarios” en la presente investigación, los resultados no son coincidentes con los hallados en el estudio realizado en una población rural de Brasil, sobre el análisis de los factores asociados a las pérdidas dentales en adultos (Martins, 2009) donde se manifiesta que la pérdida de piezas dentarias ocasiona sentimiento negativos por los problemas estéticos y funcionales que la pérdida dental acarrea, como así también el importante significado psicológico que los dientes y la boca tienen en la formación del psiquismo humano. Esta diferencia radica en que en los habitantes de Villa Candelaria Norte existe una “naturalización de la pérdida de

los elementos dentarios” adjudicada a los procesos fisiológicos normales del envejecimiento (Santillo et al., 2013). Esta diferencia es atribuible a la presencia de los diferentes contextos con sus determinantes culturales que le son propios.

En otro estudio brasilero (Mendonça, 2001) realizado con trabajadores rurales sobre las concepciones de los motivos de la pérdida dentaria aparecen coincidencias, en cuanto los pobladores atribuyen las exodoncias a la falta de cuidado individual o a la infección dental, encontrando en la pérdida del elemento dentario alivio por culminar con el dolor que esta infección provoca. Esto es consecuente con las concepciones de salud y enfermedad reveladas por los pobladores.

Se observó en concordancia con un estudio cualitativo relacionado con la auto-percepción de la necesidad de utilización de prótesis dentarias (Corrêa et al., 2016) que, juntamente con las implicaciones fisiológicas, los significados de la pérdida de los elementos dentarios varían según la relación del individuo con su cuerpo y con el grupo social al que pertenece. En este sentido se encontraron diferencias en la valoración estética de la presencia de elementos dentarios anteriores entre las pobladoras de la zona urbana de Villa Candelaria y las pobladoras de los parajes, siendo aquella de menor importancia para las del segundo grupo. Las expectativas y las representaciones de la ausencia de los elementos dentarios señalan la necesidad de múltiples miradas para comprender sus consecuencias en el cotidiano de la vida de las personas y de los grupos. Vale destacar que no se han encontrado estudios sobre representaciones sociales de la pérdida parcial o total de elementos dentarios en mujeres habitantes en zona rurales para poder realizar una discusión profunda de la temática.

Los resultados arrojados por los primeros estudios en América del Sur sobre valores, creencias y prácticas en salud bucal no coinciden con los resultados encontrados al analizar las representaciones sociales ligadas a la pérdida de los elementos dentarios de esta investigación. En un trabajo realizado en Chile (Misrachi y Sáez, 1989), en contraposición con esta investigación, se reconoce la preocupación por la apariencia y se la asocia significativamente con la pérdida de elementos dentarios.

Del análisis de la categoría “Etiología de enfermedades relacionadas al biofilm” se obtiene como resultado que las representaciones sociales presentes se relacionan con el consumo de golosinas y con la presencia de arsénico en el agua de consumo de algunos pozos. Se simboliza el factor externo como único causal, y se disocia la responsabilidad entre los factores externos y la falta de atención profesional como causa de las enfermedades relacionadas con el biofilm bacteriano. Existe información sobre otras causas

que no es significativa para los pobladores. La caries dental afecta a la mayoría de los hijos de las entrevistadas. Resumiendo, la causa de la enfermedad es, para la mayoría de las entrevistadas, una experiencia inevitable. Este resultado confirma otros estudios sobre representaciones sociales de la salud bucal realizado por Abreu (de Abreu et al., 2005) y está en coincidencia con Nations y Nuto, que afirman que a pesar de aplicarse las normas de higiene que se consideran correctas por parte de los pobladores, la enfermedad sigue apareciendo indefinidamente y es necesaria la asistencia odontológica (Nations y Nuto, 2002).

Con respecto a los resultados expuestos de la dimensión “Accesibilidad a los servicios de salud bucal”, existen barreras simbólicas a la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las mujeres entrevistadas, y en coincidencia con Comes estas estarían dadas por la falta de ejercicio de la salud como derecho (Comes y Stolkiner, 2004). La mayor diferencia entre esta investigación y las realizadas sobre servicios de salud interdisciplinarios radica en que en Villa Candelaria Norte se encuentra disminuida la accesibilidad a los servicios de salud general pero existe una ausencia total de los servicios de salud bucal u odontológica, por lo que se torna imposible una discusión a este nivel. Cabe mencionar que la accesibilidad geográfica y la económica son las primeras en manifestarse, pero es en la dimensión cultural o simbólica donde se generan las barreras significativas. El usuario del servicio se torna totalmente pasivo y concluye naturalizando las enfermedades relacionadas con el biofilm, así como también naturaliza la inexistencia del acceso a los servicios donde podría resolver estos problemas en salud.

En lo referente a las representaciones sociales y las prácticas en salud bucal, se mencionó el uso de la farmacología y el tratamiento sintomático de la enfermedad como dimensiones de estudio que están contenidas dentro de prácticas que afectan la salud bucal de los habitantes de Villa Candelaria Norte. Esto se halla en concordancia parcial con Dhó aunque aclarando que el tipo de estudio que se realizó en la provincia de Corrientes, Argentina fue de carácter cuantitativo (Dhó, 2015). Este autor concluye que existe una marcada tendencia a la automedicación frente al dolor dental, que se incrementa a medida que disminuye la condición socioeconómica. La automedicación como práctica cotidiana en Villa Candelaria posee una fuerte influencia de la cultura del lugar y es reforzada por la falta de accesibilidad a los servicios de salud bucal de la región.

A manera de cierre, el siguiente esquema sintetiza los resultados obtenidos sobre las representaciones sociales de salud bucal en Villa Candelaria Norte y vincula las

categorías analizadas con los conceptos que se desprenden de las interpretaciones de los diferentes discursos de los sujetos investigados.

7. LAS PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL EN VILLA CANDELARIA NORTE

Las prácticas son acciones observables que un individuo ejerce en respuesta a una situación con base en su cultura, es decir, al conocimiento que posee, la construcción de su realidad y lo que es aceptado en su sociedad. En salud bucal, las prácticas relacionadas con la alimentación, la higiene y las acciones realizadas para el control de las enfermedades actúan como factores de riesgo o de prevención para la aparición y/o el control de trastornos bucodentales (Franco et al., 2004).

Para describir la relación entre las prácticas en salud bucal y las representaciones sociales que poseen las mujeres de Villa Candelaria Norte, se puede mencionar las representaciones como los procesos interrelacionados de percepción, categorización y significación, entendiendo esta última como condición básica de todo proceso social. Por práctica se concibe a los modos de acción, tanto como las formas espontáneas y/u organizadas individuales o grupales, formales o informales (Mercer, 1987).

7.1. Prácticas en relación con la salud bucal

Las acciones que los sujetos de la comuna realizan en base a sus conocimientos, creencias, y cultura en general pueden afectar la salud bucal en mayor o en menor medida. Durante la investigación se observaron diferentes recursos habituales que pueden intervenir en la salud bucal de la población. Entre ellos podemos mencionar el uso de la farmacología y el tratamiento sintomático de la enfermedad, la accesibilidad a los servicios odontológicos, el control del biofilm bacteriano, la dieta y los hábitos.

7.1.1. Medicalización. La exodoncia como práctica

La medicalización es un modelo de atención de los problemas de salud enfermedad que impregna las prácticas de los profesionales y otros actores. Se ve reflejada en la búsqueda de soluciones medicamentosas (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos) frente a la enfermedad. Otorga soluciones parciales a las problemáticas en salud bucal, mediante el tratamiento sintomático de la enfermedad bucal. Por otra parte, los medicamentos encarnan un ideal de la sociedad actual, en el sentido de suprimir velozmente cualquier estado de displacer y de mantener los estándares de rendimiento dictados por las actividades cotidianas (Cannellotto, 2010).

En relación con el modelo de atención vigente en Villa Candelaria, se observa que los destinatarios de la “acción medicalizadora” enfatizan el carácter individual y personal de los padecimientos, borrando cualquier vinculación con las causas sociales. Como señala en este sentido Peter Conrad (Conrad and Ingleby, 1982), “si la fuente está en el individuo en lugar de en su entorno social, se requieren intervenciones médicas individuales en lugar de soluciones sociales y colectivas”.

En el caso de la comuna la falta de servicio odontológico local lleva a la consulta por dolencias de índole bucal al servicio médico o al personal de enfermería. Las pobladoras adoptan una posición pasiva con respecto al tratamiento indicado y reconocen al profesional como poseedor del saber; no se realizan cuestionamientos del mismo y no se visualiza una reflexión sobre las decisiones con respecto a su salud. Los integrantes del equipo de salud local relatan que existe una costumbre en cuanto al consumo de analgésicos como solución al dolor de origen dentario. En la mayoría de los casos existe la automedicación como acción cotidiana y solo se realizan consultas cuando los medicamentos consumidos no logran eliminar la sintomatología dolorosa. Las pobladoras narran que el efecto obtenido de la automedicación es relativo; aseguran que la solución a sus problemas bucales está en la exodoncia de los elementos dentarios. Surge aquí la exodoncia como “práctica”. Existe un modelo que desarrolla la vertiente asistencial, desde el aspecto de los cuidados y supresión sintomática, convirtiendo la exodoncia en una práctica única y la pérdida de los elementos dentarios como un acontecimiento ineludible de la vida.

La pérdida de los elementos dentarios es considerada, entonces, como un proceso inevitable a lo largo de la vida, y según el relato de las pobladoras se otorga más valor a los elementos anterosuperiores (incisivos y caninos) en concordancia con su valoración estética. Se resta importancia a los elementos posteriores debido a que la función masticatoria es adaptada a la nueva realidad y las consecuencias no son evidenciadas por la población. Las complicaciones que surgen del desdentamiento (masticación, retardo en la digestión, dificultad en la fonación, deterioro progresivo de articulaciones temporomandibulares, entre otras) no son vinculadas con la pérdida de los elementos dentarios posteriores. En cuanto a los motivos del edentulismo, aparece en el discurso de los sujetos de los parajes la falta de accesibilidad a la atención odontológica, y en las mujeres de la zona céntrica existe la concepción ideológica que las pobladoras de los parajes son las responsables de perder sus elementos dentarios; reprueban la falta de una valoración de la estética en personas desdentadas totales o parciales con brechas

edéntulas que involucren compromiso estético. No se responsabiliza al Estado por no garantizar la salud bucal de la población, y no se vislumbra la salud colectiva.

7.1.1.1. Prácticas relacionadas a la accesibilidad simbólica

En el capítulo anterior se mencionaron los diferentes tipos de accesibilidad. En este capítulo se incorpora el concepto de Stolkiner de *accesibilidad simbólica* (Comes y Stolkiner, 2004). Este autor define la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios, e incorpora una dimensión que exige pensar este concepto desde otro aspecto. Para comprender un problema de encuentros y desencuentros entre los sujetos de la comunidad y los servicios de salud, es inevitable la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada táctica para lograr mejorar el acceso. Stolkiner define la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Stolkiner et al., 2004). Este vínculo se construye a partir de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Solitario et al., 2008). Es importante diferenciar el concepto de accesibilidad simbólica y su relación con el concepto de accesibilidad cultural. Para Stolkiner y su equipo de investigación, la accesibilidad cultural hace referencia a los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural. La idea de accesibilidad simbólica surge de atender a los imaginarios sociales y a las representaciones de los sujetos, referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no se refieren a diferencias culturales que pueden constituirse en barreras específicas que deben ser tomadas en cuenta (Landini et al., 2014).

En cuanto a las prácticas y su relación con la accesibilidad simbólica de las pobladoras de Villa Candelaria, está presente en el discurso de las mujeres el anhelo por poseer la totalidad de los elementos dentarios, y relacionan este hecho con la imposibilidad de pagar por una rehabilitación odontológica que revierta el desdentamiento.

La concepción de que la exodoncia dentaria frena la enfermedad bucal y que esta práctica profesional es el único recurso posible en la zona conlleva a la naturalización colectiva de la pérdida dentaria como un proceso inevitable de la vida. Esta experiencia compartida a lo largo de generaciones funciona como una barrera simbólica detectable.

7.1.2. Prácticas en relación con el control mecánico y químico del biofilm bacteriano

Los métodos de control de la placa bacteriana son aquellos procedimientos encaminados a la eliminación de los depósitos que se acumulan sobre las superficies dentarias, esto es, biofilm, cálculo, restos alimentarios y tinciones. El Biofilm es responsable de enfermedades infecciosas de la cavidad bucal que solo pueden iniciarse si los microorganismos agresores se presentan en cantidad suficiente como para sobrepasar las capacidades corporales de defensa y reparación combinadas y en relación con diversos factores causales relacionados (Harris y García-Godoy, 2005).

Las técnicas preventivas de control de biofilm más conocidas en la comuna son el cepillado dental, la pasta dental y en pocas ocasiones la utilización del hilo dental. Se ve reflejado el discurso de los medios masivos de comunicación sobre el uso de colutorios para mejorar la halitosis, pero no está incorporado en las prácticas cotidianas de las pobladoras. La representación que tienen las pobladoras de la utilización del cepillo dental es que el mismo simboliza una medida de higiene personal. Hay desconocimiento sobre el valor de la técnica de cepillado y su frecuencia y su relación con la etiología de las enfermedades asociadas al biofilm. En cuanto al uso de pasta dental, se observó que no existe diferenciación en productos indicados para adultos o niños, y que un pomo de pasta dental puede ser utilizado por un largo período de tiempo, debido a la poca frecuencia en el cepillado dental. La percepción de las mujeres sobre el cepillado con pasta dental forma parte de una recomendación de los profesionales en campaña, cuyo objetivo no es objeto de reflexión, y que tiene como función principal mejorar la higiene de los niños. No surge un discurso colectivo que relacione directamente el biofilm como factor causal de enfermedades bucales.

Los conocimientos en cuanto a las características de los cepillos dentales, la diversidad de productos y marcas de crema dentales, pasan a ser una repetición de publicidades de marcas comerciales difundidas por televisión. No existe en la población la incorporación del uso de antisépticos o colutorios diversos y no hay conocimientos de las acciones preventivas de compuestos fluorados.

7.1.3. Prácticas en relación con la dieta

El papel predominante del consumo de azúcares en la etiopatogenia de la caries dental ha quedado establecido a través de numerosos estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo en los últimos 50 años. No obstante, la relación entre dieta y caries dental es compleja. Para la evaluación del poder cariogénico de la dieta se deben

considerar cuestiones especiales como el contenido en azúcar, la consistencia de los alimentos, la frecuencia de consumo, la ingesta entre las comidas, los factores protectores y el uso de sustitutos de la sacarosa o edulcorantes no cariogénicos.

Existe un marco cultural importante en el que se establecen las elecciones de alimentación donde influyen decisiones alimentarias, aprendidas durante la infancia, relacionadas con la génesis de enfermedades en la edad adulta. Busdiecker refiere que el estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural (Busdiecker B. et al., 2000).

En la comuna está presente una fuerte costumbre de ingerir la infusión a base de yerba mate con agregado de azúcar comúnmente conocida como “mate”. El consumo del mate es un hábito de la zona que encuentra aspectos relevantes en tanto se convierte en un alimento cariogénico. La frecuencia con la que es consumido, casi de manera permanente a lo largo del día, aumenta su potencial cariogénico, como lo hace el agregado constante de azúcar. Otro alimento que se consume en la zona y que puede considerarse cariogénico es la torta frita. Es un alimento realizado con un amasijo de harina, agua, sal y grasa, amasado con los puños para que resulte una masa tierna, estirada y cortada en pequeños bollos, a la que luego se da forma circular y se fríe en grasa de vaca, cerdo o de oveja. Se utiliza como snack para acompañar el mate o saciar el apetito entre comidas.

Las golosinas y los azúcares refinados se hacen presentes tanto en la zona céntrica como en los parajes rurales, donde es difícil conseguir frutas y verduras. Parecería que no hay dificultades en el abastecimiento de caramelos, alfajores y otros tipos de golosinas, que son consumidos por los niños de la zona.

En cuanto a las representaciones sociales existentes sobre la dieta y su relación con las prácticas en salud bucal, se toma en cuenta no solo el tipo y frecuencia del alimento ingerido, sino también el aspecto social relevante, que describe mejor el imaginario de las mujeres de Villa Candelaria Norte.

Las creencias acerca de los alimentos representan una interpretación del valor de los alimentos (Parraga, 1990). En las entrevistas efectuadas en Villa Candelaria, las pobladoras indicaron que los alimentos comerciales no son tan saludables, tanto para la salud general como la salud bucal, como lo son los preparados dentro del hogar, debido a que no son tan frescos y porque contienen ingredientes y agregados desconocidos. La torta frita es un alimento que posee varios significados en los pobladores: es el alimento que se comparte en familia y con amigos, acompaña al mate, y se le asigna una relación

con la amistad y con el compartir momentos diarios con seres queridos. Este alimento elaborado a base de harina y grasa no representa para las mujeres riesgo para su salud general y bucal, como tampoco el mate endulzado.

Un estudio realizado en la ciudad de Córdoba indica que el acceso a determinados tipos de alimentos/comidas, sus formas de apropiación y consumo constituyen la base material de sistemas ideológicos (llamados *cocinas*) que son diferenciadas entre clases sociales y configuran amplias brechas vinculadas con la apropiación clasista de nutrientes, la energía y los significados sociales que vehiculizan las comidas (Huerdo and Butinof, 2012).

En Villa Candelaria, tal como sucede en otras regiones empobrecidas de la provincia de Córdoba, es muy escaso el acceso a los alimentos, lo cual impone que la organización diaria del comer familiar como práctica alimentario-nutricional privada pase a realizarse en contextos públicos (como el escolar), debilitando el rol de la familia como institución mediadora entre el alimento y el estado nutricional/salud/cuerpo. Estas familias no tienen el “poder de decidir” sobre su alimentación-nutrición; lo “deben” dejar a cargo de otros (Scribano y Boito, 2010)

7.1.4. Hábitos bucales que afectan a la infancia en Villa Candelaria

Los hábitos orales, como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal pueden modificar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren con el crecimiento normal y con la función de la musculatura orofacial (Canut, 2000).

Hay dos tipos de hábitos: a) Hábitos fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo, como por ejemplo el mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal; y b) Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal. Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito (Lugo y Toyo, 2011). Estos hábitos suelen considerarse como reacciones automáticas, que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

De los datos obtenidos en las entrevistas realizadas en Villa Candelaria, podemos mencionar como hábito nocivo para la salud bucal el uso prolongado de la mamadera en niños de hasta 5 o 6 años, en la cual se les suministra leche endulzada ya sea con azúcar o miel. Esta práctica se asocia con el valor energético del alimento y es considerada saludable para el crecimiento del niño; no se la relaciona con la aparición de enfermedad, caries dental y situaciones de gran complejidad como el desarrollo del síndrome del biberón.

Existe una priorización del peso del niño como beneficio sobre la salud de los elementos dentarios temporarios, debido a que estos son reemplazados por los permanentes.

Los hábitos bucales en niños son conductas repetitivas que pueden conducir a trastornos en el desarrollo de los elementos dentarios y maxilares. La succión digital es el hábito más común, normal en los primeros años de vida, pero si continúa hasta el inicio del recambio de dentición puede generar cambios físicos y funcionales como maloclusiones.

En Villa Candelaria la succión del dedo pulgar es un hábito apreciado como una acción natural en edades tempranas y solamente se considera nocivo cuando el niño ingresa a la escuela primaria.

La utilización del chupete también puede tener efectos nocivos en la oclusión si no es retirado en el momento indicado (Bordoni et al., 2010). Si bien no se considera contraproducente la utilización del chupete dentro de los primeros años de vida, existe la costumbre de agregarle sustancias azucaradas (miel o azúcar). Este hecho convierte el uso del chupete de una acción inocua a un hábito nocivo con alto potencial cariogénico, favoreciendo la aparición de enfermedades bucales como el síndrome del biberón. La caries del biberón es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios, causando trastornos severos en la población de niños menores de 5 años (Duarte Jiménez, 2014).

Existe también la costumbre de agregar sustancias azucaradas al biberón con leche u otra bebida líquida. Las mujeres de Villa Candelaria Norte relatan que habitualmente el uso de la mamadera o biberón se prolonga hasta la edad escolar. El discurso de las mujeres refiere que la leche fortalece huesos y dientes y mejora el estado nutricional de los niños. Consideran que la alimentación debe acompañarse de leche. El agregado del azúcar o endulzante es un estímulo para los niños que logra que se consuma mayor cantidad de leche, con lo que se busca mejorar la alimentación. Existe información

obtenidas durante campañas solidarias de atención odontológica sobre los efectos nocivos del uso indiscriminado del biberón, pero no es una conducta que se discontinúe al recibir esta información. La zona se caracteriza por la existencia de familias con un alto número de hijos, que al tener insuficientes medios para brindar los aportes nutricionales necesarios utilizan estrategias instruidas por sus madres y abuelas, entre ellas el suministrar a los niños mamaderas con leche, sobre todo en horario nocturno.

7.1.4.1. Prácticas que fomentan el autocuidado

Las prácticas generalmente no son individuales sino que provienen de los grupos y comunidades e influyen en la salud de las personas. La información, en cambio, proviene de diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar, los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente.

Gran parte de los programas de educación para la salud centran su atención en ampliar la información que reciben los sujetos sobre las conductas saludables o de riesgo, con la expectativa de que esta información provoque un cambio de actitud y consecuentemente disminuya el riesgo de enfermedad y eleve los niveles de salud. Sin embargo, la información y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que determinan el estado de salud individual y colectiva. Solo trabajando integralmente los factores políticos, sociales y culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados (Franco et al., 2004)

En Villa Candelaria Norte no existen programas destinados a modificar hábitos a favor de una mejora de la calidad de vida que incluyan la promoción de prácticas de autocuidado a través de la participación comunitaria.

7.2. Discusión sobre las prácticas en salud bucal en Villa Candelaria Norte

Durante esta investigación se observó la exodoncia dentaria como práctica que influye sobre la salud bucal de los pobladores. Se observa la aplicación de un modelo de atención que desarrolla la vertiente asistencial, desde la supresión sintomática, convirtiendo la exodoncia en una práctica única y la pérdida de los elementos dentarios como un acontecimiento ineludible de la vida. En concordancia con un estudio (Saliba et al., 2010) sobre pérdida dental en una población rural y las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, el adulto solicita atención odontológica a causa del

dolor, que en la mayoría de los casos se soluciona con la exodoncia del elemento, por ser esta alternativa más viable para el individuo. Se acumulan las necesidades de tratamiento, principalmente protético, y aumenta el grado de edentulismo.

Un estudio realizado por Mendonça sobre la mutilación dental y las concepciones de trabajadores rurales sobre la responsabilidad de la pérdida, es coincidente con los resultados de esta investigación (Mendonça, 2001). Plantea que la responsabilidad de la pérdida dental no es cultural, pues el ciudadano usuario al buscar las instancias de salud bucal intenta obtener el restablecimiento de su salud, y afirma que la falta de oportunidad y de accesibilidad a tratamientos odontológicos alternativos a la exodoncia es un motivo de desdentamiento en pobladores de la zona.

En lo que refiere a las prácticas en salud bucal estudiadas en relación con el control del biofilm bacteriano, la dieta y los hábitos, se observó en los discursos de las pobladoras una falta de apropiación por parte de las entrevistadas de la información recibida de profesionales de la salud. Se torna difícil hacer una comparación de los resultados cualitativos obtenidos en el presente estudio debido a que la bibliografía consultada apunta a estudios de carácter cuantitativos que poseen como objetivo identificar y cuantificar factores de riesgo.

Este estudio presenta diferencias en sus resultados con el estudio realizado por Figueira sobre prácticas en salud bucal en Brasil (Figueira y Leite, 2008), donde el cepillado dental es la medida preventiva de mayor adhesión para la población, y se concluye que la higiene bucal es ponderada por todos los individuos y considerada como un requisito importante de aceptación social. Esta discrepancia puede ser imputable a que el motivo del cepillado dentario no es objeto de reflexión y se considera una práctica de higiene que deben realizar los niños, como el lavado de manos.

En cuanto a las representaciones sociales existentes sobre la dieta y su relación con las prácticas en salud bucal, se destaca no solo el tipo y frecuencia del alimento ingerido, sino también el aspecto social relevante que poseen ciertos alimentos, como pueden ser el “mate” y la tortilla frita, los cuales poseen una importancia social que aumenta considerablemente la frecuencia de consumo de hidratos de carbono, debido a que tienen una simbolización cultural relacionada con la acción de compartir y con la amistad.

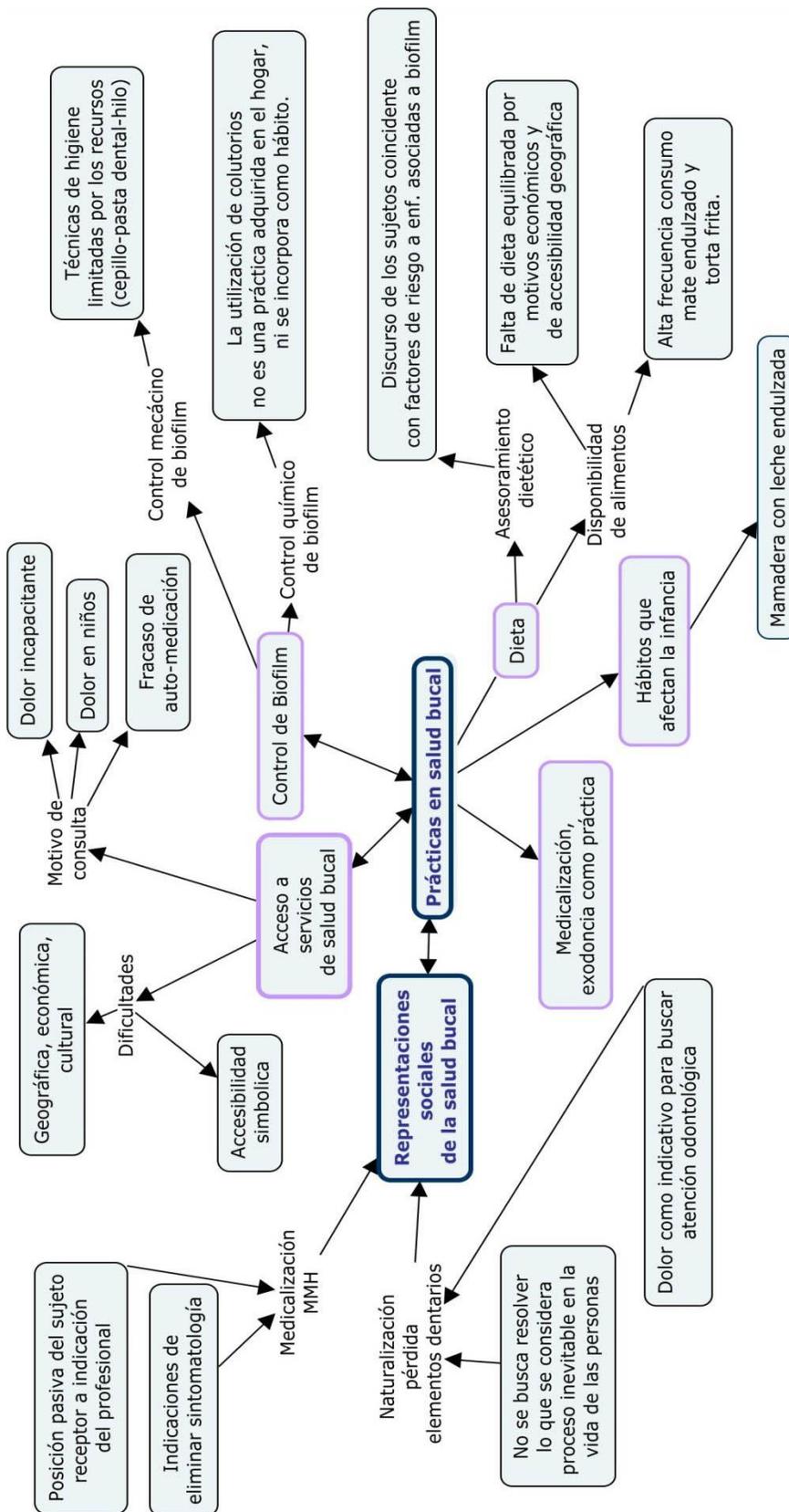
Se encontraron coincidencias parciales con el trabajo realizado por Abreu en una localidad rural de Brasil (de Abreu et al., 2005) donde en lo referente a las prácticas en relación con la dieta se concluye que existe cierta resistencia a los alimentos industrializados, pues aquellos que presentan “mucho química” se consideran peligrosos.

En Villa Candelaria Norte, si bien la comida denominada “casera” es considerada saludable, se observa en el relato de las entrevistadas que existe consumo de golosinas y gaseosas. Los individuos que están en contacto con la producción casera de alimentos parecen considerar poseer una alimentación más saludable. Abreu sostiene, coincidentemente con esta investigación, que las pobladoras discurren que sería una incoherencia considerar que el alimento producido por la propia madre fuera identificado como símbolo de algo dañino para su hijo.

El trabajo realizado sobre motivación y comportamiento preventivo en salud bucal por Moraes (de Moraes et al., 2000) revela que los factores culturales y éticos son los que más influyen en el desarrollo de la caries de biberón, y que los sujetos, aun conociendo los efectos nocivos de la utilización de la mamadera con agregado de endulzantes, continúan haciéndolo a lo largo de la infancia. En su estudio, la mitad de los padres de niños con caries de biberón no tenían información sobre el riesgo de caries relacionada con el biberón nocturno. En coincidencia parcial con esta investigación, las mujeres de Villa Candelaria reconocen haber recibido información sobre el efecto perjudicial de este hábito.

Según Ditterich en su trabajo sobre aparición precoz de caries de la infancia (Ditterich et al., 2009), y en coincidencia con Quiñonez, los factores psicosociales y conductuales pueden interactuar en el desarrollo de la caries a temprana edad en niños de grupos étnicos minoritarios que viven en ambientes de bajos ingresos o empobrecidos, con padres con una mínima formación educativa; sin embargo, no se puede decir que todos los niños que presentan esas condiciones realmente desarrollarán la enfermedad (Quiñonez et al., 2001). En esta investigación cualitativa se reflexiona sobre cómo influyen ciertas representaciones sociales de las pobladoras en la prácticas relacionadas con la dieta, y sobre cómo estas afectan la salud bucal. Se evidencia en el discurso una tendencia a priorizar los beneficios de consumir leche a temprana edad independientemente del agregado de azúcar a la misma, debido a que para las madres resulta un estímulo para que los niños deseen consumir mayor cantidad de leche, sin tener en cuenta los efectos nocivos para su salud bucal.

A manera de cierre se expone en la siguiente página un esquema que sintetiza los resultados obtenidos sobre las prácticas relacionadas con la salud bucal en Villa Candelaria Norte, relacionando las interpretaciones obtenidas en lo referente a cómo las representaciones influyen en las mismas.



Relación entre representaciones sociales de la salud y prácticas en salud bucal.

8. COMPONENTES AFECTIVOS Y COGNITIVOS LIGADOS A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD BUCAL.

Denise Jodelet (1989) sitúa las representaciones sociales en el punto de intersección de lo psicológico con lo social. Esta autora describe la caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación y se refiere a las condiciones y a los contextos en los que surgen las mismas, a las comunicaciones mediante las que circulan, y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y con los demás.

De esta autora se tomaron algunas categorías propuestas para el estudio de las representaciones sociales:

- La dimensión afectiva, que expresa la orientación evaluativa y actitudinal, positiva o negativa, hacia el objeto representado.
- Los componentes cognitivos o la información, constituida por el conjunto de nociones y conocimientos que poseemos sobre un objeto social.

8.1. Componentes afectivos: Sentires, sufrimiento, ansiedad y miedo

El peso de los sentimientos, las emociones o los afectos en nuestra comprensión del mundo es un tema eludido conscientemente, durante mucho tiempo, por la ciencia y los científicos. Y esto se explica por las numerosas contradicciones e inexactitudes que se plantean al incorporarlos en las investigaciones. Por ello han sido considerados factores de confusión en lo referente a los problemas relacionados con la salud. Sin embargo, las emociones juegan un papel muy importante en cualquier acontecimiento social, y por ende están relacionadas directamente con sucesos que afectan el proceso salud/enfermedad/atención (Ciompi, 2007).

Se entiende por componente afectivo la emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas con lo agradable o con lo desagradable.

En las poblaciones se pueden mencionar innumerables situaciones afectivas y emocionales ligadas a las representaciones sociales de la salud bucal. Como se ha descrito en los capítulos anteriores, el dolor surge como una amplia categoría. El dolor de origen dentario está íntimamente relacionado con el sufrimiento, la ansiedad y el miedo.

Según Lima Álvarez la literatura refiere que en la atención odontológica, el miedo y la ansiedad dental son términos prácticamente utilizados de manera indistinta para

expresar el miedo y la angustia en relación con la atención odontológica. En la literatura se expresa de diversos modos, pero predomina el término de ansiedad dental (Lima Álvarez y Casanova Rivero, 2006).

Entendemos como miedo la perturbación angustiosa del ánimo por un peligro real o imaginario, o como una aprensión que siente una persona a que le suceda una cosa contraria a lo que deseaba. También podemos definirlo como reacción ante un peligro real o amenazante (Barbería Leache et al., 1996). El miedo dental puede contemplarse desde una doble perspectiva. Por un lado, como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social; por la otra, como respuesta adicional a otros miedos en estados con tendencia a padecer desórdenes psicológicos. El miedo invade y afecta a la persona tanto en su vida social como a nivel familiar.

La ansiedad se comprende como el estado de inquietud del ánimo, angustia que acompaña a muchas enfermedades, reacción emocional, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna, reacción a un peligro irreal o imaginario (Lima Álvarez y Casanova Rivero, 2006).

Estudios sobre la ansiedad en la consulta odontológica indican que la ansiedad dental posee impactos a niveles fisiológicos, cognitivos, de comportamiento, de salud, y sociales. Se destacan los comportamientos de evitación y relacionados con la alimentación, la higiene bucal y la automedicación. Otras manifestaciones identificadas de la ansiedad dental incluyen la tensión muscular, el mal humor y la agresión. También se encontró que puede alterar el sueño y tener un profundo efecto social, interfiriendo con el trabajo y las relaciones personales (Cohen et al., 2000).

Existen diferencias al estudiar la ansiedad en el consultorio dental y la ansiedad como componente afectivo de las representaciones sociales de la salud bucal de las personas. Los discursos de las entrevistadas en Villa Candelaria Norte y los datos obtenidos mediante registros cualitativos nos ofrecen un punto de vista asociado con el contexto.

“No me hacía ver con un médico-odontólogo por miedo, pero me las hice sacar... no sé lloraba del dolor, pero me la bancaba... sufrí mucho hasta que me animé.”

-Entrevista en profundidad a Jessica, 31 años, pobladora centro.

En Villa Candelaria Norte las mujeres mencionan el miedo y la ansiedad como experiencias habituales relacionadas con la atención odontológica. En cuanto al género, relatan que las mujeres, a diferencia de los hombres, superan el miedo y la ansiedad y resuelven los padeceres y sufrimientos tomando valor para realizar la consulta médico-odontológica con el objetivo de realizar la extirpación del problema. Refieren que los hombres poseen temores más profundos que las mujeres y por ello no acuden a la consulta, prolongando el tiempo de dolor o sufrimientos.

Otro aspecto destacado es la creencia de que siempre el tratamiento odontológico será más doloroso que el síntoma y que los instrumentos utilizados por los odontólogos producen dolor más agudo que el que produce la enfermedad. Se deposita la expectativa en la automedicación como solución final al dolor.

“Sufré un montón, porque le duele porque tiene todos, todos, los dientecitos comidos...”

-Entrevista en profundidad a Rosa, 34 años, pobladora paraje.

Es oportuno establecer la diferencia entre dolor y sufrimiento. El dolor lo podemos definir como percepción desagradable o invalidante relativamente localizada en un órgano o zona de nuestro cuerpo; en definitiva, es una sensación corporal somática o, como lo define la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, “una experiencia emocional o sensorial desagradable asociada con un daño real o potencial de los tejidos o que se describe como producida por dicha lesión” (Milos et al., 2010). El sufrimiento afecta al ser en su integridad, se difumina, lo abarca todo. En el sufrimiento puede haber o no dolor, por lo que una mejor definición del mismo podría ser una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una situación angustiante de la vida (Hestenes, 2006).

“Si yo cuando ella lloraba... dos noches seguidas del dolor de muelas... y no podía ir al colegio, porque la maestra no la aceptaba por si empezaba a llorar... ¡ahí no sabés que hacer!”

-Entrevista en profundidad a Jessica , 31 años, pobladora centro.

En el discurso de las mujeres de Villa Candelaria Norte surge el sufrimiento en lo referente a los hijos en relación con lo emocional. El dolor de causa dental produce sufrimiento en los niños, y por ende en los padres al ver esta situación como una

problemática frustrante y para ellos sin solución. El sufrimiento de los padres no solamente se relaciona con el dolor propio, sino también con la angustia por el dolor que provoca el síntoma de enfermedad bucal en sus hijos.

Algunos estudios afirman que, a medida que los niños van creciendo, se vuelven más temerosos de ir al odontólogo debido a que mientras crecen van teniendo experiencias negativas y no son consolados por los aspectos positivos de la odontología, volviéndose más ansiosos y miedosos (Henríquez-Tejo y Cartes-Velásquez, 2016). La formación de la imagen negativa del odontólogo comienza en la infancia, y una vez establecida se mantiene a lo largo de la vida. Así como los estudios realizados por Henríquez-Tejo indican que el miedo de los niños en relación con la práctica dental es algo corriente, también las personas mayores describen que el miedo hacia la figura del odontólogo es algo común, natural e inherente.

Otro aspecto observado es el sufrimiento del adulto, que aparece cuando el dolor es recurrente, no se calma con la medicación, corresponde a un dolor físico y se debe convivir con él en las actividades cotidianas.

“Me parece que toman un antiinflamatorio un calmante y siguen no más... Hay mucha gente que no va al odontólogo.”

-Entrevista en profundidad a Ana, 23 años, pobladora paraje.

En Villa Candelaria Norte, responsabilizar al sujeto de su padecimiento por no concurrir al profesional correspondiente es parte de la narrativa de las pobladoras y del equipo de salud local. Aparece la culpabilización de tener una enfermedad en situaciones como la falta de cumplimiento de las indicaciones otorgadas por el equipo de salud.

En un estudio sobre cómo influyen los factores socioeconómicos y culturales en la percepción de miedo y la ansiedad provocados por la visita al odontólogo (Virsedá Rodríguez, 2014), se plantea que parte del desconocimiento que sigue existiendo respecto al miedo odontológico se debe a que muchos estudios efectuados se basan en la comparación entre individuos pertenecientes a poblaciones de países desarrollados. Se determinó que determinados factores socioeconómicos como el poder adquisitivo o el acceso a los servicios sanitarios de salud bucal diferencian la expresión subjetiva del miedo odontológico de los países desarrollados de la de los países en vía de desarrollo o poco desarrollados.

Por ello, analizar y comparar lo que ocurre con poblaciones que apenas poseen referencia de la existencia de tecnologías odontológicas desarrolladas, o que no tienen la oportunidad y accesibilidad a los servicios odontológicos, enriquece sin duda los conocimientos sobre de la etiología del miedo o ansiedad ante la consulta o tratamiento dental.

8.2. Componentes cognitivos

La propia estructura cognitiva de la persona, sus creencias, opiniones, estereotipos, actitudes y representaciones, pueden explicar parcialmente los mecanismos por los que el individuo incorpora las influencias exteriores en su propio sistema psicológico (Riascos Quintero y Escobar Fernández, 2010).

La representación social es una teoría natural que integra distintos conceptos cognitivos tales como la percepción social, la actitud o la opinión entre otros. Las representaciones sociales son conjuntos integrados de elementos informativos ligados por asociaciones y que existen siempre en el proceso cognitivo (Munuera et al., 2004).

En esta investigación se agruparon los aspectos referentes al conocimiento en relación con las representaciones sociales de la salud bucal en dos grandes grupos:

- a) Conocimiento de las funciones de la cavidad bucal.

“Tal vez ni sonreír podés. No podés trabajar, no podés comer, no podés reírte, no podés hacer nada, para mí...”

-Entrevista en profundidad a Ana, 23 años, pobladora centro.

Sobre la información referente a los componentes de la cavidad bucal se observa en el discurso la existencia de elementos dentarios y no se mencionan los tejidos blandos. Se definen las funciones de la cavidad bucal desde lo negativo, y se describen las limitaciones existentes cuando se quiebra el equilibrio del proceso salud/enfermedad/atención. Existe la percepción de que la dentición temporaria, al ser decidua, no es merecedora de tratamientos odontológicos excepto cuando aparece el dolor y surge la medicación como práctica principal. En cuanto a los aspectos positivos sobre las funciones de la cavidad bucal, en primer lugar se menciona sonreír y se lo relaciona con la felicidad y la falta de dolencias; en segundo lugar figura

“comer”. El resto de las funciones se relacionan con la posibilidad de realizar las actividades cotidianas en ausencia de dolencias.

- b) Reconocimiento de los estados mórbidos y necesidad de consulta profesional.

En la información y el conocimiento desde una dimensión odontológica de los estados mórbidos presentes en Villa Candelaria surge la caries dental con su sintomatología dolorosa como prácticamente la única enfermedad que se manifiesta en la cavidad bucal. Existe una naturalización de las hemorragias gingivales al cepillarse los elementos dentarios. No son consideradas las lesiones en tejidos blandos de curso agudo como herpes simple o aftas como enfermedades de la cavidad bucal, sino que se asocian con manifestaciones de procesos gastrointestinales, y también con picaduras de insectos y arañas.

“Yo siempre fui así, viste cuando te lavás los dientes, que te sale algo de sangre, nada más” (...) “Nunca he visto otra cosa de la boca que no sea caries.”

-Entrevista en profundidad a Jessica, 34 años, pobladora centro.

En el relato se observa que la apropiación del conocimiento y su resignificación se producen en casos aislados donde la convivencia con el profesional es permanente. Las pobladoras repiten la información a manera de demostración de aprendizaje, pero luego en su discurso declaran no aplicarla en su vida cotidiana. Por ende, la información recibida de profesionales es incorporada y forma parte del conocimiento pero no en todos los casos es significativa ni produce cambios de hábitos.

“Muchas veces salen caries por comer muchas cosas dulces, yo tomaba mates dulces muchos años hasta que vino la doctora y nos acostumbramos a tomar edulcorante... bah... me acostumbré yo sola.”

-Entrevista en profundidad a Ana, 23 años, pobladora paraje.

La necesidad de consulta profesional que aparece con mayor frecuencia en el discurso de las entrevistadas es el dolor y a la fractura dentaria espontánea. Se refieren a “fractura espontánea” cuando sin otro síntoma previo se produce la pérdida abrupta de tejido duro dentario, no a la fractura originada por traumatismo.

8.3. Relatos del equipo de salud y discursos profesionales

Los discursos profesionales poseen incidencia en el contexto; es importante conocer el papel que desempeñan estos discursos entre los miembros de una comunidad, como así también recoger la valiosa información de las interpretaciones, construidas en el trabajo cotidiano, sobre representaciones sociales de la salud bucal que poseen las pobladoras de Villa Candelaria, percibiendo las visiones cotidianas y los significados que los sujetos asocian con la salud y la enfermedad (Hilas et al., 2004).

Los discursos pertenecientes a profesionales que trabajaron en Villa Candelaria Norte en el equipo de salud local y en campañas solidarias en la región arrojan datos de utilidad para conocer la complejidad del proceso S/E/A y su determinación social.

Del análisis de la información obtenida de los discursos de los profesionales se puede inferir que:

- a) El profesional de la salud se refiere al dolor de origen dentario como síntoma principal de las enfermedades bucales y relata que las pobladoras recurren a la atención médica solo para el tratamiento de lo que ellas consideran enfermedades severas, sobre todo si afectan a los niños. Hacen referencia a aquellos hechos o situaciones que detienen el ritmo habitual de las actividades de reproducción de la vida cotidiana.

“El dolor es un límite y es como una alerta digamos. En realidad no cuando duele, sino cuando duele y no pasa con analgésicos comunes. En los chicos es cuando no comen, en el adulto no comen uno o dos días y después vuelven a comer, pero en el niño cuando no come o llora todo el tiempo.”

“Por ahí otra consulta es: “mi nene llora todo el tiempo, para mí les están saliendo las muelas”, dice la mamá. O cuando se le hincha la cara, que ya tienen algo más visible.”

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, equipo de salud.

- b) El motivo más frecuente de consulta al médico por temas odontológicos es la presencia de dolor:

“El dolor, cuando es de origen bucal y hay algo que les deforma la cara, o cuando el dolor es intenso y no pasa con los analgésicos, cuando no deja comer a los chiquitos o lloran (...) cuando en un nene que llora mucho siempre consultan, pero no en el adulto, en el adulto tolera más, si duele y no le pasa con nada bueno recién ahí consultan.”

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, equipo de salud.

- c) Existe en Villa Candelaria Norte una marcada resignación con respecto a la enfermedad. En el caso de la salud bucal, esta perspectiva es aun más marcada:

“Hay un niño que tiene una fisura palatina y no habla bien, que la madre nos dice: “no, nosotros le entendemos”, pero uno les explica, la nena tiene 5 años, y que la maestra le tiene que entender y los compañeros le tienen que entender. Y ella responde: “No, que a mí me dijeron que si traga bien y habla bien no hay problema”, entonces es como que no le dan importancia.”

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, equipo de salud.

- d) En cuanto a la resolución de problemas odontológicos, el profesional relata frustración por la falta de motivación de las pobladoras, como así también por la falta de posibilidades reales de acceso a tratamientos de rehabilitación.

“No les importa la estética porque es común que haya gente joven que le falten piezas dentarias, y que sean visibles. Y mirá que uno les dice que si la agarra a tiempo la puede solucionar, que no va a perder la pieza dentaria, y muchos te contestan que no, que cuando pueda me la saco y listo.”

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, equipo de salud.

“El tratamiento que el adulto piensa que pueden tener sus piezas dentarias: cuando puedan se las sacan y chau se acabó.”

-Entrevista en profundidad a Claudia, 50 años, equipo de salud.

- e) Existe conocimiento sobre la existencia de factores de riesgo para enfermedades bucales en los profesionales del equipo de salud, y se ofrece información en las consultas médicas. El profesional afirma que existe una falta de apropiación o significación por parte de las pobladoras de la información recibida.

“En general las mamás atribuyen la caries y los parásitos al consumo de hidratos de carbono, de azúcares, a los caramelos, no a las gaseosas; no he escuchado nunca en el relato que la caries sea porque toman mucha gaseosa sino generalmente porque comen caramelos. Te dicen: -‘Vengo a consultar a ver si no tiene parásitos porque come muchos caramelos’- y cuando les dices que no tiene que comer muchos caramelos responden: Si, porque yo le dije que se le van a picar los dientes”.

-Entrevista en profundidad a Isabel, 40 años, equipo de salud.

- f) El profesional en trabajo de campaña observa una realidad compleja que no es objeto de reflexión de acuerdo con los determinantes sociales presentes en el contexto.

“Son pacientes que están acostumbrados a convivir con un dolor que es totalmente distinto del dolor de la ciudad. Nosotros por una extracción de muela faltamos al trabajo al día siguiente. Acá llegan pacientes con unas infecciones tan tremendas que no podés imaginar cómo soportaron tan terrible dolor.”⁸

-Entrevista a odontólogo en labor de campaña.

⁸ Extracto de entrevista a odontólogo del grupo solidario en actividad de campaña. <https://www.facebook.com/notes/comuna-villa-candelaria-n/el-trabajo-del-grupo-solidario-c%C3%B3rdoba/358376654216125/>

- g) Existe una fragmentación de la salud: Los profesionales en salud establecen independencia entre la salud general y la salud bucal.

“Incluso nosotros en el hospital hacemos todos los controles escolares, íbamos a los parajes en Pozo de la Olla y Pozo del Simbol, y se veía en la ficha, así como tiene el examen de órganos y sistemas tiene el de la boca y ahí vez mucha deficiencia... puede estar bien pero la boca es cosa aparte.”

-Entrevista en profundidad a Claudia, 50 años equipo de salud.

- h) La experiencia de los profesionales remarca la dimensión elitista del tratamiento odontológico relacionada con la inaccesibilidad económica y geográfica. Existe una asociación entre pobreza, mala condición bucal y dificultad de acceso al servicio que lleva a la población a una situación que potencia las desigualdades sociales a partir de la reducción de las oportunidades.

8.4. Discusión sobre componentes afectivos y cognitivos ligados a las representaciones sociales de salud bucal.

En cuanto a los componentes afectivos ligados a las representaciones sociales de la salud bucal y en coincidencia con Pozos (Pozos-Radillo et al., 2014), el miedo dental se vuelve perjudicial para la vida cotidiana de los sujetos cuando limita la búsqueda de atención odontológica con regularidad como medida preventiva. Estos resultados obtenidos en este estudio realizado en México señalan el dolor como la representación social más significativa seguida del miedo, la ansiedad y la desconfianza con respecto a los procedimientos dentales. El autor refiere que estas son las principales causas de ausentismo ante la consulta dental, lo que difiere con nuestra investigación donde se destaca la dificultad en la accesibilidad a la atención odontológica.

En lo referente a los componentes cognitivos ligados a la representación social sobre la salud bucal, en la categoría relacionada con el reconocimiento de los estados mórbidos y la necesidad de consulta profesional, se encontró en esta investigación en el discurso de las pobladoras que el dolor agudo que provoca limitación de actividades cotidianas es la causa principal de consulta odontológica. Estos resultados difieren de los

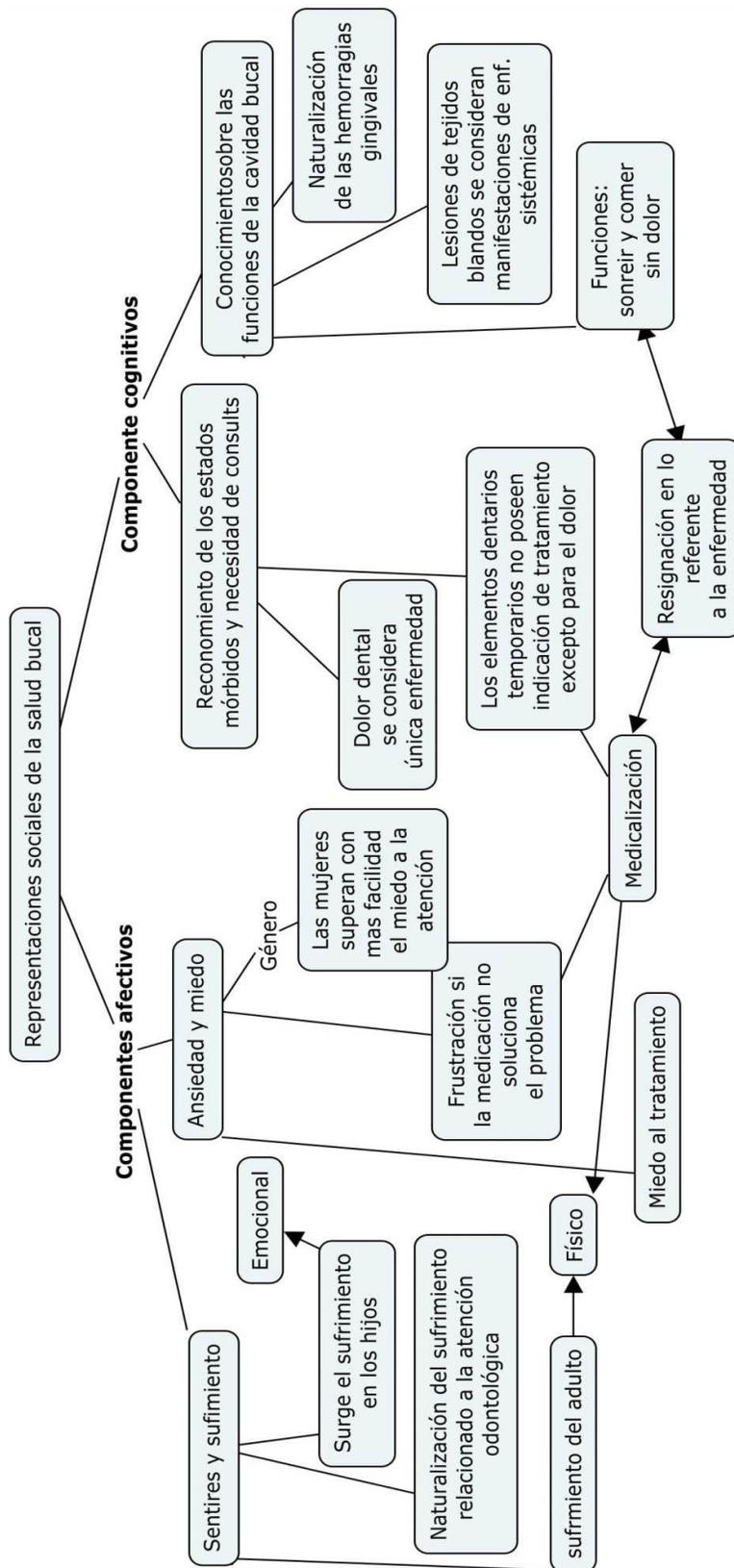
expuestos en un estudio sobre la representación social de la consulta estomatológica en jóvenes de un área de salud de Santiago de Cuba, cuyos resultados expresan que surge con mayor frecuencia como motivo de consulta odontológica el reconocimiento de la importancia de esta (Vázquez Garay et al., 2015).

En cuanto a la necesidad de consulta profesional observada en esta investigación, aparece en el relato de las entrevistadas el dolor agudo que limita las actividades cotidianas, y refieren en relación con el género que las mujeres poseen mayor tolerancia al dolor y afrontan su miedo ante la atención odontológica con más determinación que los hombres. Estos resultados coinciden parcialmente con los encontrados en una investigación en Brasil (Pinheiro et al., 2002) donde la restricción de actividades surge como el indicador más objetivo de necesidad de tratamiento y está asociado con los padecimientos agudos. Sin embargo, no se presentaron prácticamente diferencias entre hombres y mujeres en la región rural de Brasil donde se desarrolló el estudio.

Se observó en esta investigación que las representaciones sobre las funciones de la cavidad bucal más significativas presentes en el relato de las pobladoras coinciden en sonreír y alimentarse sin dolor. Esto se diferencia de un estudio realizado sobre interferencia de la salud bucal en las funciones biológicas y sociales (Bolgueroni Barbosa et al., 2013), donde se observaron resultados en lo referente a las funciones de la cavidad bucal de mayor relevancia en cuanto a la masticación, belleza, conseguir empleo, comunicación y sexualidad.

Al analizar los resultados obtenidos de los discursos del equipo de salud y los profesionales que trabajan o han trabajado en Villa Candelaria Norte, los datos coinciden con los expuestos en un estudio colombiano sobre representaciones sociales del proceso salud/enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana, donde confluyen representaciones propias de las comunidades -la salud como responsabilidad individual y como prácticas determinadas, más que como un estado- con el discurso de los profesionales en salud. Estos últimos atribuyen a las enfermedades bucales explicaciones de tipo biológico y de responsabilidades, lo que puede llevar a la culpabilización de los pobladores por enfermar, al desconocer los múltiples condicionantes del proceso S/E/A.

Se expone en la siguiente página a manera de cierre un esquema que sintetiza la relación existente entre los componentes afectivos y cognitivos con los resultados obtenidos del análisis de los diferentes discursos.



Componentes afectivos y cognitivos ligados a las representaciones sociales de la cavidad bucal.

9. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

9.1. Conclusiones

Considerando el análisis y la discusión realizados en cada capítulo y los objetivos que guiaron la presente investigación, se han extraído las siguientes conclusiones relativas a la identificación de las representaciones sociales sobre la salud bucal y a su influencia sobre las prácticas relacionadas en salud bucal:

- Durante el análisis de las dimensiones del campo de la salud surgen características propias del contexto: a) escasa presencia del estado; b) un sistema de salud local que poco integra la dimensión odontológica en las acciones de cuidado de la salud, tal como ocurre también en la estructura de sistema de salud en zonas aledañas.
- La exodoncia aparece en este contexto como recurso casi exclusivo para dar respuesta a la mayoría de los problemas bucodentales, reflejando respuestas medicalizadas y carentes de instancia de prevención y promoción de la salud bucodental.. Si bien ello tiene un fuerte impacto en las problemáticas de salud bucal, entre cuyas consecuencias objetivables aparece el edentulismo para una amplia proporción de la población adulta, las problemáticas de la salud bucal no han tomado jerarquía de prioridad en materia de política de salud para la zona, tal vez debido a una limitada valoración de sus consecuencias para la población (que podría asimilarse a la invisibilidad de la problemática en las estadísticas tradicionales de morbi-mortalidad).
- La accesibilidad a los cuidados y servicios de salud bucal en Villa Candelaria Norte está mediada por factores sociales, culturales, ambientales y políticos. Entre ellos, las dificultades en el transporte público, las condiciones climáticas y su relación con la composición de los suelos, la falta de servicios de odontología sustentados por el estado, la priorización de problemáticas en salud que afecten la vida de las personas (riesgo de muerte), el escaso fomento de las prácticas de autocuidado en salud bucal, entre otros. Estos factores actúan a través de diferentes vías y a diferentes niveles: materiales, conductuales y psicosociales, dificultando el cuidado de la salud bucal. El Hospital regional de Villa Candelaria Norte juega un importante rol en la población; es un ejemplo de accesibilidad simbólica, ya que como se ha

descrito anteriormente, su funcionamiento es sostenido por personal idóneo de la localidad que mantiene sus puertas abiertas las 24hs durante todo el año, aún con su limitada capacidad de resolución de problemas. Asimismo, se observó falta de accesibilidad geográfica y económica, aún más limitante para los habitantes de los parajes que para quienes habitan en el centro. La accesibilidad simbólica permite conocer el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, a partir de identificar la combinación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquirió la utilización del servicio de salud local. En este sentido, se abren nuevas líneas de investigación ligadas a las dimensiones culturales de la accesibilidad a los servicios de salud bucal, que permitirán conocer motivos actitudinales con respecto a esta.

- El aislamiento y la pobreza presentes en la zona de los parajes rurales, asociados con la escasa información, ausencia de políticas en materia de prevención y promoción de la salud y accesibilidad a servicios de atención odontológica, incrementan el riesgo y aceleran el deterioro de la cavidad bucal. En este marco, se observó la naturalización de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano. Estas enfermedades y su consecuentemente desdentamiento a edades tempranas repercuten en las condiciones de salud bucal de los sujetos.
- La naturalización de las enfermedades y del desdentamiento no son relacionadas, por los habitantes de la zona, con la disminución de funciones vitales como la masticación, deglución, respiración y la fonación, que afectan el bienestar y la calidad de vida de los sujetos. En esta investigación, la calidad de vida es definida como un reflejo multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida (la manera en que las personas desarrollan su existencia) y un alto grado de bienestar comprendiendo la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales sumada a la satisfacción individual de necesidades. Al observar los resultados de esta investigación es de suma importancia diferenciar la aparente satisfacción individual y colectiva sobre las necesidades en salud bucal con la resignación existente en los sujetos de estas necesidades,

destacándose más en las zonas de aislamiento correspondientes a los parajes rurales.

- Se encuentra presente en los sujetos la representación de que la remoción de los elementos dentarios puede ser la solución para los problemas de salud bucal. Esta representación social es resultado de la articulación de conceptos culturales propios de los habitantes y los conceptos médico-odontológicos que determinan el actuar frente a diferentes problemas relacionados con las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano.
- Predomina el Modelo Médico Hegemónico (MMH) reflejado en las prácticas de cuidados y asistencia referidas en los discursos de diferentes actores; sus principales características se relacionan con asumir al profesional de la salud como poseedor del saber y al usuario con un rol pasivo en la toma de decisiones respecto a su salud. Cabe destacar que más allá de las intenciones hegemónicas del modelo o del Estado, los pobladores no se muestran totalmente pasivos, ya que encarar y resuelven una variedad de problemas de acuerdo a sus propias concepciones y recursos (estas pueden ser insuficientes o ineficientes para la recuperación de la salud, pero están presentes). Se pudieron describir prácticas medicalizadas, acorde lo planteado por Menéndez: se aborda el tratamiento de la sintomatología y no de la causa de las enfermedades, mediante la remoción de las piezas dentarias por parte del profesional; se toma la exodoncia como único tratamiento posible. Se identifica la medicación como primera opción al tratamiento relacionada con la indicación de antiinflamatorios y antibióticos para la solución paliativa a todas las dolencias relacionadas con la cavidad bucal (Menéndez, 2016).
- Es importante destacar que la construcción de una visión crítica, reflexiva y de saber sobre la medicalización en la odontología puede contribuir a mejorar la formación y las prácticas profesionales, así como subsidiar políticas y acciones regulatorias y legislativas al respecto, además de ser un campo poco explorado y abierto a investigaciones.
- Hay que destacar la aparición en esta investigación de la exodoncia como práctica relacionada con el cuidado de la salud bucal. En el discurso de las pobladoras y cuidadoras locales, el efecto de la medicación y automedicación es relativo, y la solución definitiva a los problemas bucales

está en la exodoncia de los elementos dentarios. Esta afirmación se asevera en el discurso de los profesionales de Villa Candelaria y aparece como la representación de volver a gozar de salud bucal. Se reconoce la exodoncia como el fin de la enfermedad y como práctica socialmente aceptada; no se percibe como una pérdida del cuerpo o mutilación. Simboliza cuidarse, cumplir con las indicaciones de los profesionales y gozar nuevamente de salud, sin tener en cuenta las consecuencias del edentulismo parcial o total, ni de la disminución de la calidad de vida a la que conduce. Así mismo, en apariencia, la remoción quirúrgica de los elementos dentarios es parte de la naturalización planteada con anterioridad.

- También emerge la relación entre la exodoncia con las características culturales de la vivencia estética de los pobladores. Se visualiza la función estética y social de poseer los elementos dentarios anterosuperiores como un reflejo de una cierta jerarquía social, le otorga a las personas una status social relacionado al cuidado y a la juventud.
- El dolor de origen dentario es la representación más frecuente de la enfermedad bucal. La percepción del dolor físico y emocional impactan en la vida cotidiana de los pobladores rurales y exponen la fuerte experiencia sobre medicación y el tratamiento de la sintomatología. En cuanto a género, existe la representación que el dolor físico a nivel odontológico es más tolerado por las mujeres que por los hombres: las mujeres son las responsables de la salud de los hijos, y aparece el dolor emocional cuando se observa padecimiento de dolor de origen dentario por parte de los hijos.
- Existe una descontextualización de la práctica odontológica en relación a las prácticas en salud general. Se corresponde con la disociación del proceso S/E/A general del proceso S/E/A bucal. Este reduccionismo biológico de la salud impacta en las concepciones de las pobladoras y de los profesionales de la salud. Es evidente a partir del discurso de las pobladoras y de los profesionales de la salud locales que existe una alta morbilidad y la baja accesibilidad a la prestación de servicios por parte de amplios sectores de la población.

9.2. Consideraciones Finales

Enfrentar las representaciones de salud que orientan la experiencia de la vida de mujeres de Villa Candelaria Norte, permitió identificar la existencia de saberes y prácticas en sus representaciones que discrepan con el saber experto de los profesionales y las organizaciones de la salud. Se hace necesario por lo tanto facilitar un diálogo de saberes que pueda iluminar el diseño de políticas, proyectos y programas. Abrir estos debates aportaría reflexiones más amplias sobre los saberes del sentido común, que orienten la acción, la comunicación y la comprensión de la salud en poblaciones rurales aisladas.

De la presente investigación se desprenden datos que nos hacen reflexionar sobre nuestro rol como profesionales de la salud y nos hacen sugerir que es necesario que los profesionales de salud bucal que trabajan con poblaciones rurales, ya sea en el contacto directo o en la planificación de las acciones colectivas, presenten sensibilidad y conocimiento científico que sobrepasen los límites de la explicación biomédica e involucren a los contextos específicos en los cuales serán aplicados.

Reducir la odontología a una práctica enfocada en la enfermedad, de tipo reparador y limitada al tratamiento de la sintomatología, remite a cuestionar qué tipo de concepciones de salud bucal están presentes por detrás de tales prácticas, no solo en el discurso de los actores investigados sino también en el corriente de pensamiento de la comunidad científica que opera como respaldo simbólico de las mismas.

La construcción de una visión crítica y de saber sobre las representaciones sociales de la salud, en la odontología, puede contribuir a mejorar la formación y las prácticas profesionales, así como ampliar la visión biomédica de los factores socioculturales intervinientes, teniendo en cuenta que se presenta como un campo poco explorado y abierto a investigaciones.

Esta aproximación a las representaciones sociales de la salud bucal en Villa Candelaria Norte constituye un aporte y un compromiso para crear y recrear nuevos espacios donde se pueda problematizar y discutir políticas sociales y de salud focalizadas en los pobladores de los sectores rurales.

Propuestas y sugerencias de acción para los distintos niveles, fundamentado en los hallazgos y resultados obtenidos en relación a las representaciones sociales de la salud bucal en Villa Candelaria Norte:

❖ LINEAMIENTOS EN LA ORIENTACION DE LA POLITICA

- Acción participativa: sujetos con conocimientos de sus derechos y deberes frente al logro de sus condiciones de salud integral y de aportes al mantenimiento de su calidad de vida.
- Accesibilidad: Diseñados e implementados en diferentes espacios sociales con la participación de todos los sectores, adaptadas a las necesidades de la población. Fortalecer y aprovechar la accesibilidad simbólica para generar espacios de promoción y prevención de la salud bucodental
- Reconocimiento de la situación de salud local: De acuerdo a todos los resultados obtenidos y al detalle del contexto y del campo de la salud, planificar estrategias viables y sostenibles sobre acciones tendientes a mejorar la salud bucal de Villa Candelaria Norte.
- Disponibilidad de recursos: Gestionar la posibilidad de orientar los recursos para el funcionamiento de un equipo interdisciplinario, fortaleciendo las redes en salud con zonas aledañas.

❖ RE-ORIENTACION DE LA DE SALUD BUCAL

Proponer un nuevo enfoque en lo que respecta al planeamiento y ejecución de de las acciones en materia de salud bucal a nivel público, constituyendo un nuevo modelo de atención que procure:

- Implementar una oferta en el servicio de salud local, hospital regional de Villa Candelaria Norte, articulando con diferentes sectores municipal y provincial.
- Comprometer a brindar integralidad en las acciones de salud bucodental disminuyendo la fragmentación histórica del proceso S/E/A general y procesos S/E/A bucal (actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud).
- Incentivar la participación social para la búsqueda de propuestas que permitan integrar al sistema público de salud local la creación de un consultorio odontológico para un funcionamiento basado en el proceso salud/enfermedad/atención integral de las personas.

- Esforzarse en lograr el acceso universal al sistema de salud, considerando la equidad en salud para los sectores más vulnerables de la población.
- Promover el trabajo interdisciplinario, no en función de los factores de riesgo sino en la concepción de los determinantes de la salud.
- Fomentar la capacitación interdisciplinaria con eje central en la salud como un bien social.
- Aprovechar la comunicación y las redes locales con respecto a los medios masivos de comunicación en especial la radio local.

❖ PLANTEAMIENTO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION EN SALUD BUCAL

- Educación para la salud bucal en espacios formales, Jardín de infantes y escuela primaria.
- Educación para la salud bucal en espacios generados dentro del hospital regional.
- Capacitación Interdisciplinaria para enseñanza de diferentes técnicas de higiene bucal. Prevención del avance irreversible de Caries dental, enfocando el interés por evitar la exodoncia como práctica y fomentar opción de recuperación de la salud bucal.
- Creación de guía de pautas sobre consejería en salud bucal que abarque las enfermedades prevalentes asociadas al biofilm bacteriano.
- Creación de espacios para realizar reconocimiento y difusión de alimentarios saludables, identificación de alimentos cariogénicos y optimización de recursos disponibles.
- Creación de campañas que fortalezcan el refuerzo del concepto del derecho a la salud, la participación comunitaria y las redes en salud locales.
- Articulación con las organizaciones que realizan campañas solidarias para la creación de actividades que tiendan a modificar hábitos nocivos.
- Articulación y capacitación interdisciplinaria en medidas de promoción y prevención en salud bucal para la mujer embarazada.
- Campañas de educación para la salud sobre tabaquismo y salud, desde una dimensión odontológica.

❖ LA PROMOCION DE LA SALUD BUCAL COLECTIVA

- Promocionar acciones de salud bucal colectiva como eje fundamental del esquema de atención y del sistema de salud regional. No limitar a un lugar físico, como el Hospital regional, si no que tendrá implementación en todos los sitios posibles de ejecución. Con la implementación de la participación comunitaria, y con el claro objetivo de formar multiplicadores de salud, fomentando la participación activa en las acciones de Educación para la salud y en la toma de decisiones relacionadas a su salud bucal. Generar espacios dentro de las instituciones educativas sin descuidar la importancia de la comunicación familiar dentro el contexto cotidiano.

❖ PLANTEAMIENTO DE ACTIVIDADES DE PREVENCION EN SALUD BUCAL

- Diagnostico y examen odontológico como parte de los controles de salud.
- Implementación de medidas preventivas clínicas como por ejemplo topicaciones con fluor, tanto como medida clínica como de significación para la concientización de la importancia de la salud bucal a edades tempranas.
- Utilización de reveladores de placa en la consulta odontológica para la objetivación de la existencia del biofilm bacteriano como una de las causas de las enfermedades bucales.
- Diagnostico precoz de lesiones estomatológicas pre cancerizables.
- Prevención de enfermedades periodontales desde la gingivitis relacionada a la placa bacteriana hasta las periodontitis. Destartraje y eliminación de cálculo dentario.

❖ ACTIVIDADES RECUPERATORIAS DE LA SALUD BUCODENTAL

- Inactivación de lesiones cariosas con materiales provisorios y aplicación de agentes cariostaticos.
- Restauraciones dentarias que comprendan diferentes materiales, realizando énfasis en la conservación de las piezas dentarias y en la importancia de frenar el avance de la enfermedad de los tejidos duros dentarios.

- Evitar la exodoncia como única solución a los problemas de salud bucal, promoviendo el tratamiento oportuno de lesiones a un costo que el estado pueda solventar, reconociendo la falta de recursos en rehabilitación.
- Tratamiento de los traumatismos dentarios.
- Articulación con centros de mayor complejidad para realización de rehabilitación protésica en diferentes niveles.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric J, 2001. Prácticas sociales y representaciones., Ambassade de France-ccc IFAL. ÁLVAREZ ZAPATA, D. Coyoacan, Mexico.
- Alazraqui, M., Mota, E., Spinelli, H., 2005. Sistemas de información en salud: proceso dialéctico DICCA. Presented at the ponencia presentada en el 9º Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas, El Salvador. Disponible en.
- Aldana Vilas, L., Lima Mompó, G., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., Casanova Carrillo, C., 2003. Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. *Rev. Cuba. Med. Mil.* 32, 0–0.
- Alonso, L.E., Benito, L.E.A., 1998. La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Editorial Fundamentos.
- Alva, R., 2013. Diseño de notas de laboratorio. La bitácora.
- Barbería Leache, E., Martín Díaz, D., Tobal, F.M., Fernández Frías, C., 1996. Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. *Bol Asoc Argent Odontol Niños* 25, 3–10.
- Beardswordi, A., Keil, T., 1997. Sociology of the Menu. *Sociol. Menu.*
- Bolgueroni Barbosa, T., Rennó Junqueira, S., Frias, A.C., de Araujo, M.E., 2013. Interferência da saúde bucal em funções biológicas e sociais segundo a percepção de adolescentes brasileiros. *Pesqui. Bras. Em Odontopediatria E Clínica Integrada* 13.
- Boltanski, L., 1975. Los usos sociales del cuerpo. Ediciones Periferia.
- Bordoni, N., Escobar, A., Mercado, R.C., 2010. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Ed. Médica Panamericana.
- Botazzo, C., 2000. Da arte dentária. Hucitec.
- Bourdieu, P., 2008. El sentido práctico. Siglo XXI de España Editores, 179-195.
- Bourdieu, P., 1989. Sobre o poder simbólico. *Edicoes 70 - Almedina*, 15-85.
- Boyatzis, R.E., 2008. Leadership development from a complexity perspective. *Consult. Psychol. J. Pract. Res.* 60, 298.
- Braun, V., Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 3, 77–101.
- Breilh, J., 2013. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31, 13–27.
- Breilh, J., 1991. La salud-enfermedad como hecho social. *Reprod. Soc. Salud Lucha Por Vida Salud En Era Las Revoluciones Conserv. Guadalaj. Méjico Editor. Univ. Guadalaj.* 201–216.
- Breilh, J., Granda, E., 1982. Investigación de la salud en la sociedad: Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico, in: *Investigación de La Salud En La Sociedad: Guía Pedagógica Sobre Un Nuevo Enfoque Del Método Epidemiológico.* Ecuador. Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Busdiecker B., S., Castillo D., C., Salas A., I., 2000. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev. Chil. Pediatría* 71, 5–11.
- Canguilhem, G., 1997. Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História Ciênc. Saúde—Manguinhos* 4, 287–307.
- Cannellotto, A., 2010. Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades. UNSAM Edita, Universidad Nacional de San Martín.
- Canut, J.A., 2000. Ortodoncia clínica y terapéutica. Ed Masson 383–401.

- Cárdenas, M., 2007. Escala de racismo moderno: propiedades psicométricas y su relación con variables psicosociales. *Univ. Psychol.* 6, 255–262.
- Caridad, M.D.C., 2008. Estado del Arte de la Investigación Cualitativa en los Estudios Odontológicos. Universidad de Carabobo. Venezuela. *Odous Cient.* 9.
- Carranza FA, S.N., 1996. Compendio de periodocia, 5ed. ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Castellanos, P.L., 1990. Sobre el concepto de salud enfermedad. *Descr. Explic. Situac. Salud Bol Epidemiol OPS* 10, 1–7.
- Charmaz, K., 2000. Constructivist and objectivist grounded theory. *Handb. Qual. Res.* 2, 509–535.
- Ciampi, L., 2007. Sentimientos, afectos y lógica afectiva: Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 27, 153–171.
- Cohen, S.M., Fiske, J., Newton, J.T., 2000. The impact of dental anxiety on daily living. *Br. Dent. J.* 189, 385–390.
- Comes, Y., Stolkiner, A., 2004. Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anu Investig-Fac Psicol Univ B Aires* 12, 137–43.
- Conrad, P., Ingleby, D., 1982. Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. *Psiquiatr. Crítica Política Salud Ment.* 129–159.
- Constitución de la Organización mundial de la salud, 1946. . Official Records of the World Health Organization, Nueva York, p. 6.
- Corrêa, H.W., Bitencourt, F.V., Nogueira, A.V., Toassi, R.F.C., 2016. Oral health in primary care users: qualitative analysis of self-perceived associated to use and need of dental prosthesis. *Physis Rev. Saúde Coletiva* 26, 503–524.
- Costa, S. de M., Silveira, M.F., Durães, S.J.A., Abreu, M.H.N.G. de, Bonan, P.R.F., 2012. Perceptions of dental students regarding dentistry, the job market and the public healthcare system. *Ciênc. Saúde Coletiva* 17, 1285–1296.
- Costerton, J.W., Stewart, P.S., Greenberg, E.P., 1999. Bacterial biofilms: a common cause of persistent infections. *Science* 284, 1318–1322.
- Daly, B., Batchelor, P., Treasure, E., Watt, R., 2013. *Essential dental public health.* OUP Oxford.
- De Abreu, M.H.N.G., Pordeus, I.A., Modena, C.M., 2005. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Cienc. Saúde Coletiva* 10, 245–259.
- De Moraes, A.B.A., de Fátima POSSOBON, R., Ortiz, C.E., 2000. Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância. *Pesqui. Odontológica Bras.* 14, 287–293.
- De Souza Minayo, M.C. 2009. *La artesanía de la investigación cualitativa.* Lugar Editor. SA Souza Minayo María Cecilia E336 Pp B. Aires Lugar Editor.
- De Souza Minayo, M.C., 2011. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Editora Vozes Limitada.
- Dhó, M., 2015. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. *Av. En Odontostomatol.* 31, 67–76.
- Díaz Llanes, G., 2010. El enfoque cualitativo de investigación en la salud pública contemporánea. *Rev. Cuba. Salud Pública* 36, 30–37.
- Ditterich, R.G., Romanelli, M.V., Rastelli, M.C., Wambier, D.S., 2009. Cárie de acometimento precoce: uma revisão. *Publ. UEPG Ciênc. Biológicas E Saúde* 10.
- Duarte Jiménez, L. del R., 2014. Efecto del barniz de clorhexidina-timol al 1% en las reducciones de estreptococos mutans en saliva de niños con caries de biberón.
- Durkheim, E., Leal, A., 1976. *Las reglas del método sociológico Emile Durkheim.* Editorial La Pléyade.

- Echevarría, J.U., 1990. *Operatoria dental: ciencia y práctica*. Ediciones Avances.
- Engel, G.L., 1989. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Holist. Med.* 4, 37–53.
- Escobar-Paucar, G., Sosa-Palacio, C., Burgos-Gil, L.M., 2010. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana: Medellín, Colombia. *Salud Pública México* 52, 46–51.
- Farr, R., Castorina, J., 2003. De las representaciones colectivas a las representaciones sociales: ida y vuelta. *Castorina José AComp Represent. Soc. Probl. Teóricos Conoc. Infant. Barc. Editor. Gedisa SA*.
- Federación Dental Internacional (FDI), 2015. *El desafío de las enfermedades bucodentales.*, Atlas de Salud Bucodental Segunda Edición. ed. Brighton, RU, Myriad Editions.
- Fejerskov, O., 1997. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 25, 5–12.
- Fernández, G.C., Díaz, B.M.L., 2010. Complementariedad paradigmática de la investigación en salud. *Cienc. Odontológica* 7.
- Figueira, T.R., Leite, I.C.G., 2008. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos.
- Fitzgerald, R.J., Keyes, P.H., 1963. Ecologic Factors in Dental Caries: The Fate of Antibiotic-Resistant Cariogenic Streptococci in Hamsters. *Am. J. Pathol.* 42, 759–772.
- Franco, A.M., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L., Giraldo, M., 2004. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *CES Odontol.* 17, 19–29.
- Garcia, P., Liébana, J., 1995. Microbiología de la caries dental. *Microbiol. Oral* 447.
- Gazzinelli, M.F., Gazzinelli, A., dos Reis, D.C., de Mattos Penna, C.M., 2005. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença Health education: knowledge, social representation, and illness. *Cad Saúde Pública* 21, 200–206.
- Gift, H.C., 1993. Social factors in oral health promotion. *Oral Health Promot. Oxf. Oxf. Med. Publ.* 65–102.
- Glaser, B.G., 1978. Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. *Sociology Pr.*
- Glick, M., Monteiro da Silva, O., Seeberger, G.K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D.M., Kess, S., Eiselé, J., Séverin, T., 2012. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *Int. Dent. J.* 62, 278–291.
- Gomes, D., 2002. Etiologia da cárie: uma construção do estilo de pensamento.
- González Martínez, F., Puello del Rio, E., Díaz Caballero, A., 2010. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. *Rev. Clínica Med. Fam.* 3, 27–35.
- González Pérez, U., 2002. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev. Cuba. Salud Pública* 28, 157–175.
- Guarienti, C.A., Barreto, V.C., Cançado Figueiredo, M., 2009. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. *Pesqui. Bras. Em Odontopediatria E Clínica Integrada* 9.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S., 1994. Competing paradigms in qualitative research. *Handb. Qual. Res.* 2, 105.
- Harris, N.O., García-Godoy, F., 2005. *Odontología preventiva primaria*. Editorial El Manual Moderno.
- Henríquez-Tejo, R.B., Cartes-Velásquez, R.A., 2016. Percepciones de la población respecto al cirujano dentista. *Odontoestomatología* 18, 16–24.

- Hernandez, L.M., 2005. Committee On Genomics And The Public's Health In The 21st Century. Liaison Board Health Promot. Dis. Prev.
- Hestenes, M., 2006. Different perspectives of suffering and healing: an overview. Pract. Theol. South Afr. Prakt. Teol. Suid-Afr. 21, 68–85.
- Hidalgo, L., 2016. Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativas. Sinop. Educ. Rev. Venez. Investig. 5, 225–243.
- Hilas, E., Tessio Conca, A., Moncunill, I., Cornejo, L., 2004. Concepciones de salud predominantes en comunidades rurales dispersas1. Rev. Cuba. Estomatol. 41, 0–0.
- Huergo, J., Butinof, M., 2012. La organización diaria del comer familiar en contextos de pobreza urbana en Córdoba, Argentina. Rev. Esp. Nutr. Comunitaria 18, 164–177.
- Ibáñez Gracia, T., 1988. Representaciones sociales: teoría y método. Ideol. Vida Cotidiana Barc. Sendai.
- Jodelet, D., 1989. Folies et représentations sociales, 1°. ed. Juillet, Paris, France.
- Krueger, R.A., Casey, M.A., 2014. Focus groups: A practical guide for applied research. Sage publications.
- Lacolla, L.H., 2005. Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. Rev. IeRed Rev. Electrónica Red Investig. Educ. 1, 2.
- Lamas, M., 2007. Género, desarrollo y feminismo en América Latina. Pensam. Iberoam. 1.
- Landini, F., Cowes, V.G., DAmore, E., 2014. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Cad. Saúde Pública 30, 231–244.
- Lejarraga, A., 2004. La construcción social de la enfermedad. Arch. Argent. Pediatría 102, 271–276.
- Lima Álvarez, M., Casanova Rivero, Y., 2006. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Humanidades Médicas 6, 0–0.
- Louro Bernal, I., 2004. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Rev. Cuba. Med. Gen. Integral 20, 0–0.
- Lugo, C., Toyo, I., 2011. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Rev. Latinoam. Ortod. Odontopediatría Dispon. En Httpwww Ortod. Wspublicaciones2011art5 Asp.
- Martins, A.B., 2009. Resiliência e autopercepção de saúde bucal: considerações de uma análise hierárquica.
- Mayor Hernández, F., Pérez Quiñones, J.A., Rodríguez, C., del Carmen, M., Martínez Brito, I., Martínez Abreu, J., Moure Ibarra, M.D., 2014. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. Rev. Médica Electrónica 36, 339–349.
- Mendonça, T.C., 2001. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária Dental mutilation: rural workers' concepts of. Cad Saúde Pública 17, 1545–1547.
- Menéndez, E., 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc Saúde Coletiva 8, 185–207.
- Menéndez, E., 1994. La enfermedad y la curación¿ Qué es medicina tradicional. Alteridades 4, 71–83.
- Menéndez, E., 1988. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jorn. Aten. Primaria Salud 30, 451–464.
- Menéndez, E., 2016. El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arx. Etnografía Catalunya 84–119.
- Menéndez, E., 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estud. Sociológicos 37–67.
- Menoni, T., Klasse, E., 2015. Construyendo alternativas al dolor: reflexiones sobre la resiliencia en Barrio Casabó, 25 Cerro de Montevideo. Rev. Urug. Enferm. 2.

- Mercer, H., 1987. La medicina social en debate. Cuad Méd SocRos 5–13.
- Milos, P., Larraín, A., Simonetti, M.H., 2010. Seguridad en la atención de pacientes. Guía Buenas Prácticas Para Docentes Alumnos Santiago Chile Editor. Mediterráneo.
- Misrachi, C., Sáez, M., 1989. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. Cuad Méd Soc 30, 27–33.
- Moreno, G.A., 2008. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens Rev. Univ. Investig. 9, 93.
- Moscovici, S., 1984. The myth of the lonely paradigm: A rejoinder. Soc. Res. 939–967.
- Moscovici, S., Marková, I., Castorina, J.A., 2003. La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. Represent. Soc. Probl. Teóricos Conoc. Infant. Barc. Gedisa 111–151.
- Mugny, G., Doise, W., 1983. La construcción social de la inteligencia.
- Muñiz, O.A., Montoya, A., Uribe, Á., Mesa, E., Medina, M.A., 2016. La clínica del mal de ojo. Inf. Psicológicos 99–111.
- Munuera, J.N., Mateo, M.A., Albert, M.E., Tijerina, M., 2004. Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad.
- Naranjo, C.D., Díaz, Í.I.M., 2012. La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas/Representation of Dental Caries Epidemiology Worldwide through Maps. Univ. Odontol. 31.
- Nations, M.K., Nuto, S. de A.S., 2002. “Tooth worms”, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. Soc. Sci. Med. 54, 229–244.
- Navarrete Hernández, J.D.J., 2013. Factores Socio-Demográficos Y Socioeconómicos Asociados A Los Diferentes Estados De Pérdida De Dientes En Adultos Mexicanos.
- Olabuénaga, J.I.R., 2001. El sector no lucrativo en España. Ciriec-Esp. Rev. Econ. Pública Soc. Coop. 51–78.
- Oliva, P., Narváes, C.G., Buhning, K., 2014. Investigación cualitativa en odontología, análisis narrativo de la evidencia existente: narrative analysis of the existing evidence. Rev. Cuba. Estomatol. 51, 305–322.
- OPS OMS [WWW Document], 2014. PAHO. URL http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10111%3A2014-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud-compromiso-toda-sociedad&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es (accessed 9.14.16).
- Ortiz Seguel, A.M., 2010. Estrategias de emprendimiento en comunas rurales de la región metropolitana.
- Osicka, R.M., Agulló, N.S., Herrera Aguad, C.E., Jiménez, M., 2002. Evaluación de las concentraciones de fluoruro y arsénico en las aguas subterráneas del Domo Central de la Provincia del Chaco. Website Www Msal Gov ArhtmsitepdfFyAsChaco Pdf.
- Parraga, I.M., 1990. Determinants of food consumption. J. Am. Diet. Assoc. 90, 661–663.
- Perpiñá, C., 2014. Manual de la entrevista psicológica. Ediciones Pirámide.
- Pinheiro, R.S., Viacava, F., Travassos, C., Brito, A. dos S., 2002. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva 7, 687–707.
- Pitts, N., Stamm, J.W., 2004. International Consensus Workshop on Caries Clinical Trials (ICW-CCT)—final consensus statements: agreeing where the evidence leads. J. Dent. Res. 83, C125–C128.
- Pozos-Radillo, B.E., Acosta-Fernández, M., López-Barón, F., Velasco, Á.A., 2014. Representaciones sociales sobre la práctica odontológica en un grupo de profesionistas de la salud en Guadalajara (México). Salud Uninorte 30.

- Quiñonez, R.B., Keels, M., Vann Jr, W., McIver, F., Heller, K., Whitt, J., 2001. Early Childhood Caries: analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. *Caries Res.* 35, 376–383.
- Quintero, M. del C.V., 2007. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Rev. Hacia Promoc. Salud* 12, 41–50.
- Riascos Quintero, D.P., Escobar Fernández, A., 2010. Adquisición del lenguaje oral de los niños en edad preescolar a través de la música.
- Romo, C.M., 1998. *Adiós señor presidente*. Lom Ediciones.
- Saliba, N.A., Moimaz, S.A.S., Saliba, O., Tiano, A.V.P., 2010. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 1857–1864.
- Santillo, P.M.H., Moura, C., de Souza Coelho-Soares, R., Gusmão, E.S., Santos, P.C.O., 2013. Impacto biopsicossocial da perda dentária em trabalhadores brasileiros de área rural. *Rev. Pesqui. E Práticas Psicossociais* 8, 233–247.
- Schutz, A., Luckmann, T., 1973. *The structures of the life-world*. Northwestern University Press.
- Schwendicke, F., Dörfer, C., Schlattmann, P., Page, L.F., Thomson, W., Paris, S., 2015. Socioeconomic inequality and caries a systematic review and meta-analysis. *J. Dent. Res.* 94, 10–18.
- Scribano, A., Boito, E., 2010. *La ciudad sitiada: una reflexión sobre imágenes que expresan el carácter neo-colonial de la ciudad* (Córdoba, 2010).
- Serrano, M.G.P., 1998. Metodologías de investigación en animación sociocultural. Presented at the *Animacion sociocultural: teorías, programas y ámbitos.*, Ariel, pp. 100–118.
- Sirvent, M.T., 1999. *Cultura popular y participación social: una investigación en el barrio de Mataderos* (Buenos Aires).
- Solitario, R., Garbus, P., Stolkiner, A., 2008. Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anu. Investig.* 15, 0–0.
- Spinelli, H., 2010. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colect.* 6, 275–293.
- Stolkiner, A., Solitario, R., Comes, Y., Parenti, M., Unamuno, M.P., 2004. Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. *Anu Investig-Fac Psicol Univ B Aires* 11, 261–269.
- Strauss, A.L., Corbin, J., 1967. *Discovery of grounded theory*.
- Strauss, A.L., Corbin, J., 2002. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia Medellín.
- Suárez, A.A.A., Herrera, E.M., 2009. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Políticas Salud* 16, 91–105.
- Taylor, S.J., Bogdan, R., DeVault, M., 2015. *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource*. John Wiley & Sons.
- Thylstrup, A., Fejerskov, O., 1978. Clinical appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histologic changes. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 6, 315–328.
- Torrecilla, J.M., 1999. *La entrevista*. Madr. Esp. Univ. Autónoma Madr.
- Valles, M.S., 2014. *Entrevistas cualitativas*. CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vázquez Garay, F., Moncada Santos, M. de la C., Cano Reyes, V., Falcón Salmon, H.C., 2015. Representación social de la consulta estomatológica en jóvenes de un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN* 19, 1338–1347.

Virveda Rodríguez, R., 2014. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la percepción de miedo y la ansiedad provocados por la visita del dentista.

W.H.O, 2012. Salud bucodental [WWW Document]. Organ. Mund. Salud. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

World Health Organization, 1975. Official records of the World Health Organization. United Nations, World Health Organization, Interim Commission.

11. INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

- Figura 1: Mapa mundial de frecuencia de caries dental. Fuente: (Naranjo and Díaz, 2012).....18
- Figura 2: Ubicación de Villa Candelaria Norte en mapa de la provincia de Córdoba.....35
- Figura 3: Mapa con detalle del departamento de Río Seco. Norte provincia de Córdoba. Se destacan los siguientes parajes: Pozo del Simbol y el Guanaco.....36
- Figura 4: Fotografías de Villa Candelaria Norte.....37
- Figura 5: Clasificación de las entrevistas según lugar de procedencia y tipología.....49
- Figura 6: Principal actividad económica de autosustentación. Cría de animales.....55
- Figura 7: Fotografía tomada desde el salón de usos múltiples hacia la iglesia. Zona urbana. Villa Candelaria Norte..... 56
- Figura 8: Método de transporte desde parajes rurales a zona céntrica de Villa Candelaria Norte57
- Figura 9: Fotografía paraje San Antonio.....60
- Figura 10: Fotografías tomadas en el hospital de Villa Candelaria Norte durante la confección del cuaderno de bitácoras 2014.....62

TABLAS

- Tabla I. Guía de pautas.....43
- Tabla II: Tabla de palabras seleccionadas para la conformación de códigos sustantivos y códigos “*in vivo*” 48
- Tabla III: Perfiles de las entrevistadas..... 50
- Tabla IV: Resultado de la categorización. Codificación abierta y axial..... 51
- Tabla V: Nexos entre categorías y sub-categorías..... 53

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja de información y consentimiento informado

Presentación:

Me llamo Julieta Rubinstein, soy docente de la Facultad de Odontología-Universidad Nacional de Córdoba. En esta oportunidad nos ponemos en contacto con usted porque estamos iniciando una investigación denominada: Representaciones Sociales de la Salud Bucal “Sus implicancias en la prevención y tratamiento de las enfermedades asociadas al biofilm bacteriano”, la cual se lleva a cabo entre junio de 2013 y junio de 2014.

Características de la Investigación:

Esta investigación se realiza en Villa Candelaria de Río Seco, y tiene como fin conocer y comprender lo que piensan, sienten, conocen y perciben respecto a la Salud bucal los actores locales de Villa Candelaria, Córdoba. (Entiéndase por actores locales por: familias, encargadas de comedores comunitarios, directivos y docentes, equipo de salud, comerciantes de alimentos, cura, curanderos, promotores de salud, que habitan y/o trabajan en el lugar y son mayores de edad).

Estos actores locales serán seleccionados conjunto a de referentes comunitarios de Villa Candelaria (profesionales de la salud, jefe comunal).

La participación en el estudio es voluntaria y, se le pedirán datos sobre su vida diaria en relación a la salud bucal y a las prácticas en salud general. Si acepta colaborar en esta investigación entonces usted:

1. participará de talleres de dos horas de duración con otras personas y de charlas en grupo que se realizarán en el Hospital zonal de Villa Candelaria. Los mismos serán registrados con filmaciones para poder analizarlos luego pero no serán publicadas en ningún medio;
2. concurrirá a entrevistas personales de una hora con los miembros del equipo de Investigación que se realizarán también en el Hospital zonal de Villa Candelaria;
3. contará libremente lo que opina sobre los temas discutidos.

La identidad del participante será protegida, no se revelará el nombre de las personas ni se harán públicos los registros filmados, y cada fotografía tomada será elegida previamente por usted, para que pueda convertirse en un registro del procedimiento y se le pedirá autorización en caso de utilizarlas en alguna publicación.

Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente sustituyendo los nombres y apellidos por iniciales

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Resultados:

Su contribución ayudará a mejorar la prevención y atención de enfermedades bucodentales en esta localidad, y de alguna manera los datos recolectados podrán también servir como antecedentes para atender las necesidades de otras poblaciones provinciales o nacionales con esta misma forma de accionar.

A partir de la información obtenida se intentará generar datos que permitirán mejorar programas de Salud bucal y diseño de políticas públicas locales.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Od. Julieta Rubinstein por mail a julietarubinstein@hotmail.com o vía telefónica al número (0351) 433-3032/33 interno 213.

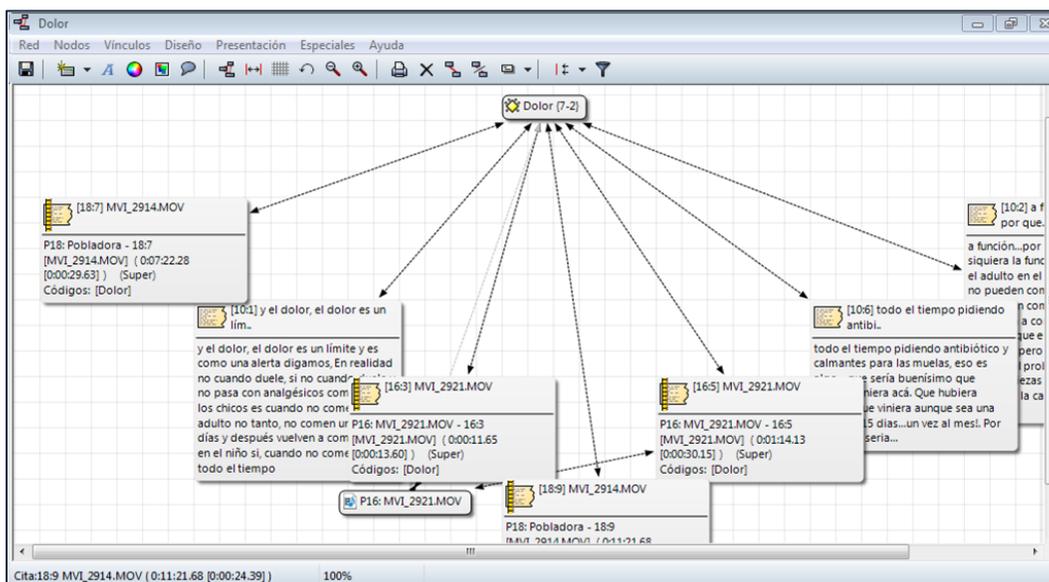
Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

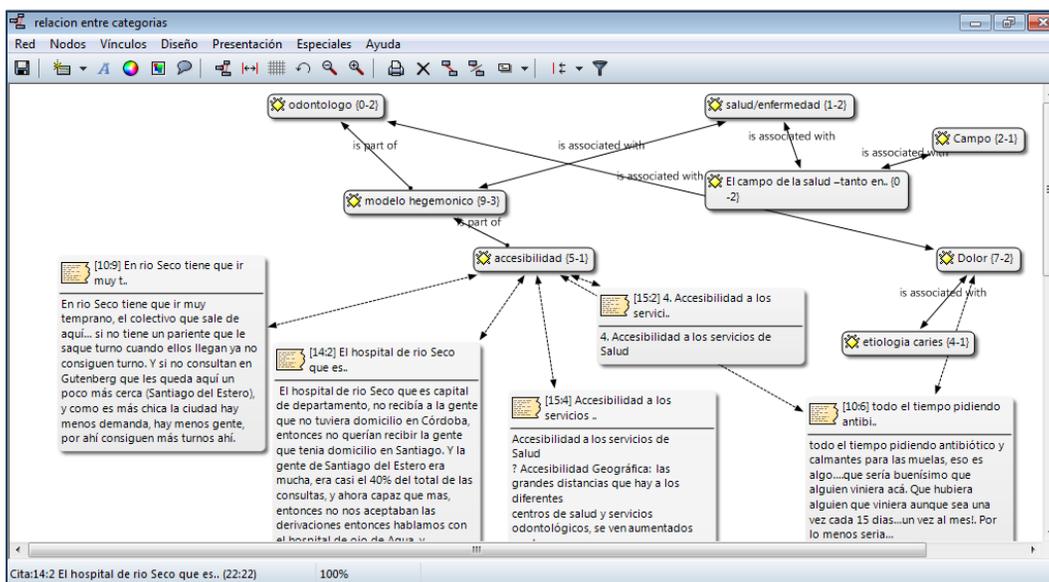
Firma

Fecha

UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI⁹

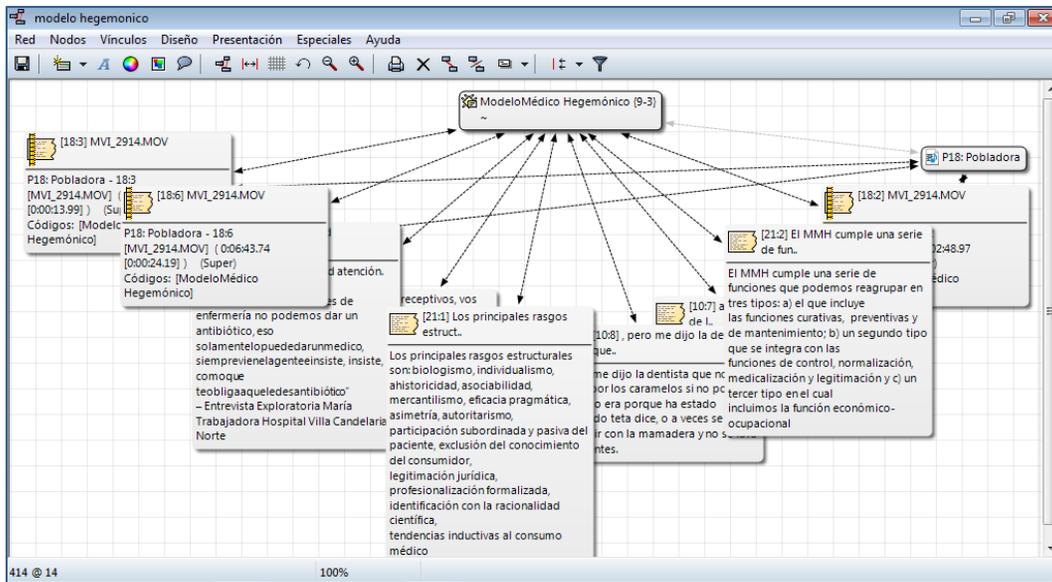


Selección de categoría Dolor con sus respectivos extractos de diferentes registros.



Codificación axial: relaciones entre diferentes códigos y categorías

⁹ Marca registrada de ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.



Codificación y Categoría Modelo Médico Hegemónico

TABLAS DE RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE LA
CODIFICACIÓN AXIAL

Dolor		
Pobladora centro	Pobladora paraje	Equipo de salud
yo he sufrido mucho, porque empecé con una muela y después era la otra y la otra, y al final nunca me hacia controlar	tiene mal la dentadura sufre un montón, porque le duele porque tiene todos, todos, los dientecitos comidos	El dolor de muelas mientras es tolerable el dolor, y ellos lo puedan solucionar con algún analgésico, lo resuelvan en la casa
Yo la ultima muela que me había sacado estaba sana, vos la veías y no tenía nada, pero era un dolor terrible, me hice ver y en la consulta y resulta que estaba toda rota adentro.	Porque uno tiene que comer y por ahí el dolor de muela no te deja, por ahí tenés una caries se te entra un pedacito de pan y no puedes comer más. Ni comer ni dormir.	El dolor es un límite y es como una alerta digamos, En realidad no cuando duele, si no cuando duele y no pasa con analgésicos comunes
	Cuando ella lloraba...dos noches seguidas del dolor de muelas...y no podía ir al colegio, la seño no quería por si le agarra el dolor de muela en la escuela.	Cuando un nene llora mucho siempre consultan, pero no en el adulto, en el adulto tolera más, si duele y no le pasa con nada, bueno recién ahí consultan.
		No, que mi me dijeron que si traga bien y habla bien no hay problema.

Etiología Caries Dental		
Pobladora Centro	Pobladora paraje	Equipo de Salud
La chinita mía la mas chica...ella es mucho de comer caramelos	si vos tenés esa raíz se te van a cariar los otros	En general las mamas atribuyen las Caries y los parásitos
ha estado tomando teta dice, o a veces se va adormir con la mamadera y no se lava los dientes	saben decir de la mala alimentación que uno tiene, la poca fruta y verdura que uno come, no porque uno no quiera si no porque acá donde va a comprar	No he escuchado nunca que por que toman mucha gaseosa si no generalmente por que comen caramelos.
Un poco no se lavan los dientes pero yo creo que es porque viven comiendo cosas dulces	Dentro de todos los otros sobrinos bien, pero yo creo que todos tienen medio jodido la dentadura	Lo que no llega al interior son las verduras y las frutas. Y acá se consume mucha carne, la principal fuente de alimento es la carne.