

Representaciones sociales sobre la práctica odontológica en un grupo de profesionistas de la salud en Guadalajara (México)

Social Representations about Dental Practice in a Group Health Professionals in Guadalajara (Mexico)

Elizabeth Pozos-Radillo¹, Martín Acosta-Fernández²,
Francisco López-Barón³, Ángeles Aguilera Velasco⁴

Resumen

Objetivo: Reconocer las representaciones sociales que un grupo de profesionistas tiene sobre la práctica profesional del odontólogo.

Material y métodos: La metodología empleada fue de tipo cualitativa, con apoyo de técnicas etnográficas; se realizaron entrevistas en profundidad a 29 profesionistas de la salud, de ambos sexos, durante el periodo 2010-2011. El análisis de la información obtenida se realizó mediante codificación abierta, axial y selectiva.

Resultados: Se identificó las categorías de miedo al dolor y mala relación entre paciente-dentista como parte de la representación social de la práctica dental.

Conclusiones: Los resultados muestran que el dolor y los miedos a la asistencia odontológica afectan negativamente a la viabilidad del tratamiento y, por ende, repercute de forma desfavorable en la salud dental de los entrevistados.

Palabras clave: representaciones sociales, odontólogo, salud bucal, investigación cualitativa, México.

Fecha de recepción: 10 de junio de 2014
Fecha de aceptación: 17 de julio de 2014

¹ Profesora investigadora titular, doctora en Psicología, adscrita al Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (México) litaemx@yahoo.com.mx

² Profesor investigador, doctor en Ciencias de la Salud en el Trabajo adscrito al Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (México). fmartin63@gmail.com

³ Profesor investigador, doctor en Ciencias de la Salud en el Trabajo adscrito al Institut Universitari de Ciència i Tecnologia (IUCT), Mollet del Vallés, Barcelona (España). baronfl@copc.es

⁴ Profesora investigadora, doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo adscrita al Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (México). aaguileracd@hotmail.com

Correspondencia: B. Elizabeth Pozos Radillo. Paseo de los Virreyes 706 A-19, Colonia Virreyes Residencial, C.P. 45110. Zapopán (Jalisco, México). Tel. y fax (52) (33) 31 65. litaemx@yahoo.com.mx

Abstract

Objective: To recognize the social representations that a group of professionals have over the professional practice of dentistry.

Material and methods: The methodology employed was of qualitative and ethnographic, through In-depth interviews to 29 health professionals of both sexes during the period 2010-2011. The analysis of data obtained was performed using open, axial and selective coding.

Results: The results show social representation linked to fear to pain and a bad relationship patient-dentist during dental practice.

Conclusions: The results show that the pain and fears of dental treatment adversely affect the viability of treatment and therefore an adverse impact on dental health of respondents.

Key words: social representations, dentists, oral health, qualitative research, México.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se encontraría entre los países con mayor incidencia de enfermedades bucales: la caries dental y la enfermedad periodontal afectarían a más de 90 y de 60 % la población, respectivamente. A pesar de la importancia que tiene la detección oportuna de las enfermedades bucodentales, sus implicaciones en la salud y el costo económico e impacto social se ha dado poca atención a estos problemas (1).

Ochenta y cinco por ciento de la población regularmente evitaría acudir al dentista. La mayoría de las explicaciones apuntan a miedo al dolor, desinformación, desinterés, o bien, a procesos psicológicos relacionados con el aprendizaje de esa actitud (2).

A nivel individual y/o social se han identificado cuatro dimensiones en las respuestas a la pregunta ¿por qué se le tiene miedo al dentista? Dos dimensiones estarían relacionadas con aspectos no profesionales e inherentes al tratamiento; las otras dos, con el trato humano y la mala atención profesional (3).

Por la inexistencia de una cultura de salud dental y la escasez de recursos económicos,

que obliga a las personas a dejar o evitar el tratamiento dental, o bien, acudir únicamente en caso de urgencia, los problemas bucales pudieran convertirse en una epidemia silenciosa que ataque a nueve de cada 10 mexicanos. Lo que sin duda se convertiría en un problema salud pública de México (4, 5).

La salud bucal, como proceso social, puede ser abordada desde la teoría de las representaciones sociales; valiosa herramienta, como lo señala Jodelet, dentro y fuera del ámbito de la psicología social, porque ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas; además no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias. Por ejemplo, cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan porque tienen una representación social de ese objeto (6).

En un estudio realizado en Guadalajara (México), sobre la representación social en torno al odontólogo, realizado por Marín, Rodríguez y Pozos, se descubrió que desde la práctica profesional, el dentista considera como núcleo central la anestesia, y en el caso

de los usuarios, para las mujeres, los dientes y para los hombres, el miedo (7).

Otros estudios han sido abordados desde la percepción individual del miedo, la ansiedad y el estrés ante la consulta dental; se encontró que estos aumentan cuando existe una actitud desfavorable hacia el dentista (3, 8). Refieren que muchas personas acuden a consulta dental solo cuando sufren dolor; síntoma que junto con la dificultad para masticar o ingerir alimentos y los procesos inflamatorios de la cavidad oral son las principales manifestaciones de una infección (9, 10).

Saldarriaga realizó un estudio en Colombia sobre creencias y prácticas de salud bucal en madres gestantes, y concluyó que se debe identificar las creencias, mitos, hábitos y comportamientos (11). Nieva y Jácome estudiaron las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en una población urbana marginal; en su estudio involucraron aspectos que fueron categorizados como estéticos, biológicos y algunas veces emocionales (3). Otros estudios revisados se centran en la relación paciente-dentista (12, 13).

De lo anterior se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de la representación social sobre la práctica dental, analizar cómo se articulan las diferentes creencias y prejuicios y, con ello, promover la modificación de su representación y de una práctica social (14).

Como parte de un proyecto de investigación en el que se pretende conocer la representación social de diferentes grupos poblacionales, este trabajo tiene como propósito identificar el contenido y la construcción de las representaciones sociales sobre el concepto de práctica dental en un grupo poblacional

de profesionistas de la salud en Guadalajara (Jalisco, México).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se realizó bajo la perspectiva metodológica cualitativa, que mediante la construcción de conocimiento permite la necesaria reducción de la complejidad de la realidad social.

Se entrevistó a 29 profesionistas de la salud, 12 mujeres y 17 hombres. La muestra estuvo determinada por la necesidad de información basada en el principio que guía el muestreo, la saturación de datos hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información y estos comenzaron a ser redundantes.

El estudio de la representación social (RS) de este grupo poblacional de profesionales, dedicados al trabajo en el área de la salud, radicó en que por la naturaleza de su labor tienen una visión más holística sobre la naturaleza de la salud; en consecuencia, deben incluir, además de conocimientos científicos y habilidades técnicas, el desarrollo de una actitud positiva que pudiese estar relacionada con los significados de sus representaciones sociales en los aspectos de salud, mismos que pueden influir en su función social.

La selección de los participantes fue por muestreo por conveniencia; se les solicitó la programación y confirmación de las sesiones de entrevista con antelación mínima de una semana, que permitía, con este margen, disponer de mecanismos de compensación y rescate. La programación de las entrevistas se realizó de acuerdo con los horarios disponibles de cada participante en las instalaciones de un Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS).

La selección de los participantes se realizó con base en dos criterios: profesionales de diversas carreras que hubiesen tenido contacto con la atención dental y se encontraran laborando en el CUCS de una universidad pública.

La programación de las entrevistas se efectuó de acuerdo con los horarios disponibles de cada participante.

La información fue reunida mediante la técnica basada en entrevistas de profundidad.

Las entrevistas fueron grabadas en su totalidad y transcritas en un procesador de texto, para posteriormente ser analizadas en el programa computarizado para datos cualitativos Etnograph. Para el estudio temático de las entrevistas se empleó el análisis de contenido temático, como lo señala Krippendorff; este procedimiento consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifique alguna cosa para el objetivo analítico trazado. Cualitativamente, la presencia de determinados temas denota valores de referencia y modelos de comportamiento presentes en el discurso (15).

Los profesionales colaboraron de forma voluntaria, y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida. A todos se les solicitó consentimiento informado y la autorización para la grabación de las entrevistas.

Las sesiones de las entrevistas se configuraron en cuatro partes: bienvenida, encuadre técnico, agradecimientos y retroalimentación.

Cada entrevista fue realizada por el investigador principal del proyecto; tuvo duración de una hora aproximadamente; se facilitó un

intercambio de opiniones y puntos acerca de los objetivos de la investigación; para lo cual se siguieron los criterios para la formulación de preguntas a los participantes, esto es, se aprovecharon las preguntas clave imprevistas, y no programadas, que aportaron riqueza informativa y ayudaron a complementar la investigación.

El proceso de análisis se realizó mediante la identificación de aspectos descriptivos y se construyeron códigos abstractos a partir de datos particulares. También se establecieron relaciones o conexiones entre las representaciones expresadas en los relatos. Posteriormente se realizó la codificación abierta de los relatos, con un examen "línea por línea" de los datos obtenidos, con lo cual se generaron cuestionamientos y reflexiones que condujeron a la agrupación en categorías y posteriormente a la codificación axial selectiva (16). Se buscó una estructura más depurada de categorías y relaciones a partir de la saturación e integración. Las entrevistas se realizaron, hasta en tres momentos, con el soporte de la base teórica. La codificación y estudio de la información se realizó con el programa ATLAS.ti versión 2.4.

Esta investigación se sometió al Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud, título segundo, "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos", capítulo I, artículo 16, que protege la privacidad del individuo sujeto de investigación; también al artículo 17, al considerarse una investigación sin riesgo por no realizar ninguna intervención o modificación intencionada en los individuos, por trabajarse con entrevistas.

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto

de Investigación en Salud Ocupacional del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y con base en los Acuerdos de Helsinki.

RESULTADOS

Se realizaron veintinueve entrevistas a profesionales de la salud, dedicados a investigación y docencia, y trabajadores en una institución universitaria: ocho médicos, ocho psicólogos, cinco trabajadores sociales, cuatro químicos y cuatro licenciados en Nutrición. Diecisiete hombres y doce mujeres.

La descripción del contenido de las entrevistas y palabras frecuentes en el discurso de los informantes fueron: miedo, dolor y mala relación paciente-dentista. Aunque los entrevistados consideran importante mantener una buena salud dental, rechazaban la atención dental por miedo al dolor.

En el análisis categorial, para jerarquizar las frases más representativas de los relatos, así como las relaciones entre ellas, la palabra o frase que presentó mayor fuerza semántica y constituyó el núcleo central de la representación social fue “miedo al dolor”; aquí involucraban experiencias negativas vinculadas a tratamientos traumáticos y uso de agujas durante la aplicación de anestésicos o, bien, por saberes populares y creencias que fortalecieron conductas evasivas a la consulta dental.

Identificar y atender el miedo a través de estrategias de enfrentamiento puede constituir un paso significativo para modificar la negativa al tratamiento y, por ende, promover una cultura de cuidado de la salud dental.

A continuación se algunos relatos en los que se caracterizó el miedo al dolor:

No tengo buena salud dental. Soy consciente que es importante tenerla. Considero la atención dental como algo inherente y como un mal necesario; pero me preocupa mucho, y me da miedo, el poder sentir dolor, sobre todo cuando me van a inyectar durante la asistencia dental.

*

Sé que tengo que ser más responsable de la salud de mi boca y debo acudir al dentista por lo menos dos veces al año, pero no acudo porque no me gusta; me siento muy ansioso cuando pienso que me va a doler.

Por otra parte, los entrevistados consideraron que no existía una buena relación dentista-paciente, sobre todo en el ámbito psicológico, ya sea por la percepción que reciben de maltrato por parte del especialista, originado principalmente por la mala comunicación que genera desconfianza de los tratamientos dentales o, bien, por la preocupación de sufrir las consecuencias de un trabajo mal realizado.

Respecto a la mala relación dentista-paciente los entrevistados expresaron:

Muchos dentistas tienen una mala actitud: son fríos y distantes en su trato, poco sensibles hacia los temores que se generan en y durante la consulta dental.

*

No me gustaría ser atendido por un dentista malhumorado, que me riña, que sea maleducado o brusco. También me afecta cuando no entiendo los procedimientos y tratamientos dentales.

En síntesis, se identificó como núcleos centrales de la RS, en los entrevistados sobre la

práctica dental, el miedo al dolor y la mala relación paciente-dentista; ambos fungieron como generador de la creación y transformación de los demás elementos de la representación social, ubicados en dimensiones socioafectivas, sociales o ideológicas, dentro de las cuales pueden incluirse normas, estereotipos o actitudes que en lo funcional llevarían a evitar, o ignorar, la atención odontológica, implícitamente, por miedo al dolor o por prejuicio basado en experiencias vividas o escuchadas sobre la práctica odontológica (17).

Estos resultados conducen a considerar que la práctica profesional del odontólogo ha desarrollado una referencia científico-técnica perturbadora de su objeto de trabajo, así como de sí misma. Dicha situación iría en detrimento del impacto social y epidemiológico deseado en la salud-enfermedad bucodental. Asimismo, es importante mencionar que las RS descritas son ajenas o contrarias a los fundamentos teórico-prácticos que sustenta la odontología.

DISCUSIÓN

Describir las principales categorías que conforman las representaciones de este grupo de profesionales de la salud con respecto a la práctica dental fue el objetivo de este estudio, a través de la construcción de las RS mediante el conjunto de informaciones, opiniones, actitudes, creencias y organizado alrededor de una significación central.

La etapa del análisis relacional mostró que el hallazgo más significativo, en tanto representación social de los profesionales entrevistados, fue miedo al dolor; justificado por experiencias vividas o injustificado por miedos y temores no vividos; llamado también algofobia, que se define como la

emoción persistente, anormal e injustificada de miedo a sentir o padecer dolor.

La algofobia a la práctica dental, como tantas otras fobias, es un temor que surge frente a determinadas situaciones que nos enfrenta, en este caso, a sentir dolor.

El temor o miedo se vuelve perjudicial para nuestra vida cuando nos limita a buscar la atención dental con regularidad como medida preventiva. Estos resultados coinciden con los encontrados en la población general, que señala al dolor como la representación social más significativa (3, 7), seguida del miedo, la ansiedad y la desconfianza al dentista o a los procedimientos dentales (18, 19).

Las reticencias pudieran ser de tipo emocionales y aprehendidas en el entorno social, especialmente en el seno familiar; siendo estas las principales causas de ausentismo ante la consulta dental.

Categoría importante de las representaciones fue la relación paciente-dentista; los entrevistados la expresan como mala. Sabemos la importancia de que en la práctica dental se mantenga una buena relación, especialmente con el paciente, a través del desarrollo de la competencia comunicativa, como parte importante de una sociedad. Mediante la comunicación, el dentista puede tener un mayor acercamiento con los pacientes, lo que puede generar mayor confianza y, así, mejorar la relación paciente-dentista.

Se considera importante señalar que no existen fórmulas para la atención de pacientes-dentista, pero que es importante que el profesional ejercite su capacidad de oír, interpretar y, en muchos casos, usar un cierto grado de

intuición, lo que podría facilitar el éxito de la relación paciente-dentista.

Un estudio realizado en 1999 por Arantes (20) resaltó que el éxito del tratamiento médico u odontológico depende de la habilidad del profesional en “conquistar” a sus pacientes. Berek y Adashi en 1998 sugirieron algunas estrategias para mejorar la comunicación odontólogo-paciente, como: oír más y hablar menos; incitar la búsqueda de tópicos establecidos por los pacientes como importantes para sí mismo; minimizar los hábitos de dirigir la conversación; estar atento a un disconfort en la entrevista y reconocer cuando el paciente está buscando simpatía y soporte para sus sentimientos; algunas veces es importante solo estar presente como ser humano (21).

Naeyer y Lewis ratifican lo obtenido en esta investigación respecto a la relación negativa que parece establecerse entre dentista-paciente; incluso esta relación se considera como posible precursor de ansiedad en el proceso asistencial (8, 13).

Asimismo, el concepto de “mala práctica profesional” se fundamenta, principalmente, en la desconfianza y el miedo al dolor generado, y por una deficiente calidad en la atención y la práctica dental, que pudieran llevar al dentista y al paciente a posibles contagios de enfermedades (7, 22, 23).

Concluimos que la representación social de la práctica dental nos muestra elementos complejos que combinan diferentes categorías; en este estudio, por un lado, tenemos el miedo al dolor frente a la práctica dental, lo que representa una tarea difícil para la atención odontológica de pacientes con temores o miedos. Esto nos ubica en la existencia de un problema social, en el que no

solo se involucran experiencias de aspectos negativos de la práctica dental, generadores de prejuicios en los pacientes, sino también saberes populares y creencias en contra de la asistencia a la consulta dental que alimenta las conductas de evasión, por parte del paciente, con conductas pasivas y poco cooperativas que dificultan el correcto desarrollo de los tratamientos dentales (18, 24).

El odontólogo debiera, en la medida de lo posible, identificar el miedo, expreso o latente, para romper el círculo vicioso establecido en torno a esta reacción emocional.

Por otro lado, tenemos la mala relación dentista-paciente (7, 10, 25), que conduce a la falta de motivación, por parte de los usuarios, para dar continuidad y cumplimiento a los objetivos del tratamiento.

Las diferencias encontradas entre este estudio y los referidos podrían explicarse en que, en el ámbito odontológico, el estudio de las RS se ha realizado desde enfoques y poblaciones diversas; enfoques en los que se ha dado más significación a la “estética bucal” (3, 4, 26).

Cabe destacar que aunque este trabajo fue realizado en un colectivo de profesionales de la salud, trabajadores de un Centro Universitario de Ciencias de la Salud, que poseen un nivel educativo-formal, estatus social y recursos diferenciados con los anteriormente citados, la RS de miedo al dolor en este grupo prevalece, igual que en otros estudios de diferentes grupos poblacionales; lo que demuestra la dificultad para modificar esta RS. Los resultados indican que la formación profesional orientada a la salud no modifica ni cambia la RS que se tiene sobre la práctica dental en comparación con otros grupos poblacionales; por lo que es necesario crear

estrategias encaminadas a detectar desde sus orígenes esta RS para intervenir de manera que se pueda cambiar o modificar; estrategias que llevarían a buscar la asistencia dental, y con ello, mejorar la salud bucal de la población y, por ende, la morbilidad bucal.

Este estudio se constituye como información que se debe contrastar en futuros análisis acerca de los diferentes grupos de usuarios de la odontología.

En la revisión bibliográfica respecto al tema estudiado no se hallaron trabajos referentes a la representación social de profesionales de la salud sobre la práctica odontológica, y sí acerca de otro tipo de usuarios de la población general; la mayoría de los estudios están centrados en el ámbito de la salud bucal y escasamente en la práctica odontológica.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Este proyecto no tuvo financiamiento económico y fue realizado con recursos de la institución donde se realizó la investigación.

REFERENCIAS

1. Medina-Solis C, Maupomé G, Avila-Burgos L, Pérez-Núñez R, Pelcastre-Villafuerte B, Pontigo-Loyola A. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed* 2006; 17: 269-286.
2. Ikeda-Artacho M, Reluz-Barturén F, Beltrán-Neira R. Decálogo ético del cirujano-dentista. Fundamentos axiológicos. *Rev Estomatol Herediana* 2007; 17: 44-47.
3. Nieva B, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. *Rev Fed Odontol Colomb* 1998; 195: 9-56.
4. Landa-M, Francisco-M, Muñoz-Rodríguez M. Satisfacción de los usuarios con los servicios de estomatología. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45: 149-55.
5. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela M, Zelocuatecatl-Aguila, A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica* 2010; 29(63): 83-92.
6. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: Moscovici S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós; 1984.
7. Marín M, Rodríguez O y Pozos-Radillo E. Representaciones sociales en torno al odontólogo desde su propia perspectiva y desde el punto de vista de la población usuaria de servicios odontológicos. En: Torres L, editor. *Imágenes y realidades sobre los profesionales en ciencias de la salud*. México: Emiliano Zapata; 2007. p. 65-71.
8. Newton J, Buck D. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 1449-1457.
9. López-Soto PO, del Pilar C-CM, Paz-Delgado, LA. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2010; 9(18): 124-136.
10. Rojas G, Misrachi LC. La interacción paciente-dentista a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontoestomatol* 2004; 20: 239-240.
11. Saldarriaga O, Sánchez M, Avendaño R. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín, 2003. *CES Odontología* 2004; 17: 9-18.
12. Schouten B, Hoogstraten J, Eijkman MA. Patient participation during dental consultation: the influence of patient's characteristics and dentist's behavior. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 368-377.

13. Sohn W, Ismail A. Regular dental visits and dental and dental anxiety in an adult dentate population. *J Am Dent Assoc* 2005; 136: 58-66.
14. Banchs, M. Representaciones sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de su aplicación. *Boletín de AVESPO*, 1991; XIV (83): 3-16.
15. Krippendorff K. *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós; 1990.
16. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2002.
17. Lincoln Y, Lynham S, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In: Norman KD, Lincoln YS, *Qualitative research. Thousand Oaks, USA: SAGE Publicatioas; 2000. p. 97-129.*
18. Kunzelmann K, Dünninger P. Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 264-266.
19. Doerr PA, Lang P, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 11-19.
20. Cançado F, Faustino-Silva D, Lansin J, Faneze J, Gass E; Valença C, Da Silva L. El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura. *Odontoestomatología* 2010; 12: 15-28.
21. Berek J, Adashi E. Avaliação e comunicação inicial. En: Berek JS, Adashi EY, Hilard PA, editores. *Tratado de Ginecología*. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 64-90.
22. De Naeyer K, De Boever J. The problem of cross infection and risk of infection for the practitioner. *Rev Belge Med Dent* 1995; 50: 19-33.
23. Gálvez A, De Montenegro R, Urriola E, De Quezada G, Roquebert D, Montero R. *Bioseguridad Bucodental. Normas técnicas y manual de procedimientos*. 2006. Disponible en: <http://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/bioseguir.pdf>
24. Anders PL, Drinnan AJ, Thines TJ. Infectious diseases and the dental office. *N Y State Dent J* 1998; 64: 29-34.
25. Parra G, García LI. Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales. *Hacia la promoción de la salud* 2008; 13: 121-130. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a07.pdf>
26. Romero MY. Representaciones sociales del profesional de la salud bucal. *ODOUS Científica* 1997; 8: 21-32.