



Ciencia Odontológica

ISSN: 1317-8245

revcienciaodontolog@gmail.com

Universidad del Zulia

Venezuela

Navas Perozo, Rita; Álvarez Montero, Carmen Julia; Rojas de Morales, Thaís Teresita; Cabrera Colmenares, Rafael José; Chacín Espina, Ada Karina

Concepciones de la salud/enfermedad bucal: aproximaciones desde una perspectiva de género

Ciencia Odontológica, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 103-111

Universidad del Zulia

Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205225614003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Concepciones de la salud/enfermedad bucal: aproximaciones desde una perspectiva de género

*Rita Navas Perozo<sup>1</sup>, Carmen Julia Álvarez Montero<sup>2</sup>, Thaís Teresita Rojas de Morales<sup>3</sup>,  
Rafael José Cabrera Colmenares<sup>4</sup>, Ada Karina Chacín Espina<sup>5</sup>*

<sup>1,3</sup>Profesora titular. <sup>2</sup>Profesora Asociada. <sup>4</sup>Profesor Asistente. <sup>5</sup>Asistente de Investigación.

<sup>1,2,3,5</sup> Área de Epidemiología y Práctica Odontológica. <sup>2</sup>Área de Clínica y Patología.

Instituto de Investigaciones, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia.

Maracaibo, Venezuela

<sup>4</sup>Adscrito a la P.F.G. Gestión en Salud Pública. Universidad Bolivariana de Venezuela.

*ritanavasperozo@gmail.com; carmitaalvarez@gmail.com; moralesrojas@cantv.net;*

*rafaeljosecc@gmail.com, adakarina@gmail.com*

### Resumen

**Introducción:** Género y sexualidad permiten evaluar el impacto que los mandatos culturales tienen en los determinantes sociales de la salud y en las respuestas en términos de cuidado, auto-cuidado y protección de la salud. Este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud/enfermedad. **Objetivo:** Identificar las concepciones de la salud/enfermedad bucal desde una perspectiva de género. **Metodología:** Investigación descriptiva, transversal, con muestra de 25 Mujeres y 25 hombres, entre 18 y 70 años de edad del servicio Odontológico del Ambulatorio Sur-Veritas, del instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Maracaibo-Zulia. Se utilizó cuestionario semi-estructurado. Se aplicaron técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo a los datos. **Resultados:** 42% de las mujeres tuvieron una concepción de la cavidad bucal asociada a belleza, y apariencia. 82% de mujeres identificó la buena presencia e imagen como beneficios de tener buena salud bucal, en contraposición con el 58% los hombres. 68% de las mujeres manifestó acudir a las consultas odontológicas cuando tenían tiempo, y las razones de su no asistencia, fueron atribuidas a la combinación de trabajo productivo y reproductivo (79%). **Conclusiones:** Las concepciones de la salud/enfermedad bucal en las mujeres de este estudio resultaron fuertemente asociadas con la estética como categoría emergente, y altamente diferenciadas desde la perspectiva de género.

**Palabras clave:** concepciones, salud-enfermedad bucal, género.

\* Autor para correspondencia. Calle 65 esquina Av. 19 Edificio Ciencia y Salud. 3er piso. Telf. 58-261- 4127346. Maracaibo 4001, Venezuela.

## *Concepts of Oral Health/Disease: Approaches from a Gender Perspective*

### **Abstract**

**Introduction:** Gender and sexuality permit evaluating the impact that cultural mandates have on social determinants of health and responses in terms of care, self-care and health protection. This approach enriches the explanatory framework of the health/disease process. **Objective:** Identify oral health/disease concepts from a gender process perspective. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional investigation was carried out, using a sample composed of 25 women and 25 men from 18 to 70 years old who attend the Dentistry service of the South Veritas Outpatient Clinic at the Venezuelan Social Security Institute, Maracaibo, State of Zulia. A semi-structured questionnaire was used. Techniques of quantitative and qualitative analysis were applied to the information. **Results:** 42% of the women had conceptions about oral cavities associated with beauty and appearance. 82% of the women identified good presentation and image as benefits of having good oral health in contrast with 58% of the men. 68% of the women stated they attended dental consults when they had time, and the reasons for non-attendance were mainly attributed to productive and reproductive work (79%). **Conclusions:** Concepts of oral health/disease for the women in this study turned out to be strongly associated with aesthetics as an emergent category and highly differentiated, when seen from the gender perspective.

**Keywords:** conceptions, oral health/disease, gender.

### **Introducción**

Según Vaca y col.<sup>1</sup> existen diferentes modalidades que la cultura utiliza para agrupar a los sujetos, en particular se encuentra el hecho de hacer una clasificación relacionada con las características físicas propias de hombres y mujeres, la habilidad ocupacional o la distribución social del trabajo y el ser percibidos e identificados como integrantes de una de estas categorías. Este hecho viene a fundamentar lo que se conoce como identidad de género o identidad social de género, la cual se deriva de la interiorización que los individuos hacen del sistema de creencias particular que se encuentra detrás del grupo al que pertenecen.

Lagunas y Bernabeu<sup>2</sup> plantean que en el sistema sexo-género mientras el término sexo alude a las diferencias de carácter estrictamente biológico que existen entre hombres y mujeres –y que no suelen determinar nuestras conductas–, por género se entiende al conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento. Género es el distinto significado social que tiene el hecho de ser mujer y hombre en una cultura determinada. Por ser una construcción sociocultural, cambia a lo largo de la historia y varía de una cultura a otra.

Las autoras alegan que este conjunto de rasgos y características varía de una sociedad

a otra e incluso pueden coexistir dentro de una misma sociedad diferentes sistemas de género relacionados con la diversidad cultural que existe. Esas construcciones sociales y culturales que se elaboran a partir de las diferencias sexuales determinan la forma de relacionarse de mujeres y hombres y las relaciones de poder es decir determinan la distribución de poder en una sociedad.

Las Representaciones Sociales de género se presentan en todos los ámbitos de la vida, actuando como imperativos en el ordenamiento de las relaciones sociales mediante un discurso social. Este discurso se sustenta en la existencia de dos sexos y establece como norma que los cuerpos considerados como masculinos y femeninos, actúen con los códigos sociales y culturales asignados respectivamente. A su vez, ello hace que las prácticas sociales tengan un significado distinto para mujeres y hombres, pues están siendo leídas desde discursos diferentes; condicionando de esta manera las interpretaciones, sensaciones y percepciones que se tengan<sup>3</sup>.

Género y sexualidad permiten evaluar el impacto que los mandatos culturales tienen en las configuraciones y redes de determinantes sociales de la salud, así como en la organización y respuestas en términos de cuidado, auto-cuidado y protección en las políticas sociales y muy particularmente en las de salud. La utilización de este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad<sup>4</sup>.

Se plantea entonces la incorporación de la perspectiva de género al estudio de la salud, refiriéndose a la consideración de este enfoque tanto en los diagnósticos como en el diseño de políticas públicas, Daeren<sup>5</sup> señala que la transversalización de la perspectiva de género, es el proceso de examinar las implicaciones para mujeres y hombres de cualquier tipo de acción pública planificada, incluyendo legislación, política y programas en cualquier área.

A este respecto Huggins<sup>6</sup> plantea que el eje central de cualquier política pública de salud que pretenda propiciar acceso a una calidad de vida digna para toda su población, es entender que mujeres y hombres de diferentes sectores sociales y grupos étnicos y de edad, son portadores de necesidades que se diferencian tanto por los procesos biológicos que atraviesan los seres humanos a través de la vida, como por las distintas posiciones y papeles que juegan en la sociedad y las expectativas, derechos y responsabilidades excluyentes que se plantean para ambos.

Sin embargo, a pesar del interés y pertinencia del análisis de la salud desde la perspectiva de género, en Venezuela, la literatura especializada no reporta estudios que incorporen este enfoque en el análisis del componente bucal de la salud.

Esta investigación se propuso como objetivo identificar, en una aproximación desde la perspectiva del género, las concepciones de la salud/enfermedad bucal en usuarias y usuarios del servicio público de odontología del ambulatorio “Centro Sur-Veritas” del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela.

## **Participantes y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, con diseño transversal de campo y fuente viva.

### **Participantes**

La muestra fue no probabilística de conveniencia, para cumplir con el principio de paridad de acuerdo al género, se seleccionaron 25 hombres y 25 mujeres en edades comprendidas entre 18 y 70 años de edad, durante el primer trimestre de 2011, atendidos en el servicio odontológico público “Centro Sur-Veritas” del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S) ubicado en la pa-

rrería Bolívar, municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela.

Cada uno de los y las participantes firmó el documento de Consentimiento Informado según lo establecido en la declaración de Helsinki, modificación Seúl, Corea año 2008<sup>7</sup>, y en los códigos de bioética y bioseguridad del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias de Venezuela<sup>8</sup>.

### **Métodos**

Se aplicó un cuestionario con preguntas semi-estructuradas mediante la técnica de la entrevista.

Para el análisis cuantitativo de los datos se seleccionaron y codificaron las respuestas de un grupo de preguntas abiertas, es decir, se reagruparon las respuestas en un sistema cerrado (código) y posteriormente se ubicaron según las categorías pre-establecidas en la investigación, para realizar luego el tratamiento estadístico de los datos con el Programa SPSS versión 19.0.

Por otra parte, también se efectuó estudio cualitativo de algunos datos, realizándose un análisis de contenido a un conjunto de respuestas a preguntas abiertas emitidas por los y las participantes, se partió de los discursos expresados, conservando los términos y expresiones originales empleados, garantizando la mayor cantidad y calidad de información. El procedimiento utilizado en esta etapa fue transcripción, revisión, clasificación, impresión, lectura, segmentación y codificación. Posteriormente se ubicaron en las categorías previamente determinadas, por considerar que pudieran establecerse diferencias desde la mirada de género. Las categorías pre-establecidas fueron: cavidad bucal, salud/enfermedad bucal y atención de la salud bucal.

También se aplicó la técnica de asociación libre de palabras, que según Araya<sup>9</sup> consiste en que a partir de un término inductor (o

de una serie de términos), se les pide a las personas que produzcan todos los términos, expresiones o adjetivos que se les "ocurran", esta asociación libre permitiría actualizar elementos implícitos o latentes que serían ahogados o enmascarados en las producciones discursiva.

## **Resultados**

### **Caracterización de la muestra**

El promedio de edad de los y las participantes fue de 39,6; siendo 42,8 para los hombres y de 36,4 para las mujeres. El 89% de las mujeres y el 78% de los hombres mantenían relaciones de parejas mediante el matrimonio o uniones concubinarias.

### **Concepciones de la cavidad bucal**

Las concepciones de la cavidad bucal (boca- dientes-encías) estuvieron asociadas en ambos géneros (Masculino: 84%, Femenino: 58%) en principio con la funcionalidad-comer-triturar-hablar. Sin embargo resultó significativo que el 42% restante de las entrevistadas tuvieran una concepción asociada a la belleza, imagen y apariencia.

Igualmente en la asociación libre de palabras, los términos inductores boca-dientes, fueron relacionados por las féminas (89%) con la belleza, higiene y blancura de los dientes en contraposición al género masculino (68%) que lo asoció con besar y con la mujer.

Al preguntarles si creían que había alguna asociación entre los dientes y la belleza, el 88% de las mujeres y el 53% de los hombres respondieron afirmativamente.

### **Salud/enfermedad bucal**

Al indagar en los interlocutores e interlocutoras cuál era la significación de "estar sano de la cavidad bucal", el 64% de los hombres manifestó que la ausencia de dolor, en contra-

posición al 66% de las mujeres que expresaron que era la ausencia de enfermedad. Sin embargo el 82% de las mujeres identificó la buena presencia, imagen y belleza como beneficios de tener una buena salud bucal en comparación con solo 58% de los hombres que lo asoció con estas categorías.

En este mismo orden de ideas, al indagar en que les había afectado o les podía afectar el tener una enfermedad en la cavidad bucal, el 87% de las mujeres y el 55% de los hombres manifestó que en las relaciones interpersonales y laborales por el mal aliento y los dientes amarillos o con cálculos.

Así mismo en la asociación libre de las palabras: salud-boca y sonrisa-boca, 73% de las entrevistadas lo relacionaron preponderantemente con imagen y apariencia, mientras que el género masculino asoció el primer par de términos con la higiene (52%) y el segundo con la mujer (84%).

### **Atención de la salud bucal**

68% de las mujeres expresó que acudían a las consultas odontológicas sólo cuando tenían tiempo y no en función del plan de citas pautadas por el servicio de odontología; al indagar las razones para no asistir a las citas, el 79% lo atribuyó a la combinación del trabajo productivo (remunerado) con el trabajo reproductivo (trabajo doméstico, cuidados de los hijos y de otros miembros del grupo familiar) que les impedía dedicarles el tiempo necesario.

### **Discusión**

En el contexto de esta investigación emergió una categoría nueva y distinta a las pre-determinadas, esa categoría fue "estética" la cual se manifestó y estuvo presente en el imaginario colectivo de ambos géneros pero con mayor predominio en el género femenino.

Las construcciones simbólicas de la cavidad bucal y salud-enfermedad bucal reflejó una concepción estereotipada, en estrecha relación con la apariencia, imagen y belleza.

En el terreno de lo imaginario simbólico, se presume que cada sujeto tendrá una conciencia o imagen de su cuerpo. En el caso de la mujer, una imagen estereotipada puede obedecer a la imposición de determinados patrones y cánones de belleza corporal.

Montenegro y col.<sup>10</sup> plantean que en la actualidad, la atribución en torno a la figura femenina estaría validada sólo desde una mirada esteticista, hedonista, lo que ha redundado en un verdadero culto al cuerpo y forma parte del papel que la sociedad le ha asignado a la mujer en su rol de mujer objeto de consumo.

García y García<sup>11</sup> sostienen que las mujeres y los hombres tienen asignados una serie de roles y papeles en la sociedad que comienzan en la vida familiar, donde se produce una socialización de género que va a prolongarse en otros ámbitos sociológicos. La publicidad es un instrumento que determina buena parte de las relaciones sociales y ayuda a establecer un estatus que refleja las diferencias de las relaciones de poder que se dan entre los dos sexos.

Los mencionados autores sostienen que desde sus orígenes, las técnicas publicitarias han considerado a la mujer como el mejor medio para conseguir sus fines desde un doble sentido: como destinataria de los productos que pretenden vender y como adorno y vehículo persuasivo para promocionar los más variados objetos de consumo. A la mujer se le concibe como "complemento del hombre", encantadora, eficiente y puntual servidora doméstica.

En este sentido, González y col.<sup>12</sup> plantean que las imágenes estereotipadas construidas desde la interpretación del mensaje de algunos medios de comunicación y el efecto publicitario del mercantilismo comercial, tratan de colocar a la salud bucal dentro de la

perfección, ligada a una imagen visual que propende por cambiar la concepción estética de los individuos con estilos de vida diferentes, hacia formas "homogéneas" de percibir la belleza.

En las mujeres de este estudio, las concepciones en relación a los beneficios o daños de tener una buena o mala salud bucal estuvieron mayormente vinculadas con la estética y belleza; dejando en último plano la función masticatoria y demás funciones del sistema estomatognártico y aún más la vinculación con la salud general. Tal apreciación la demuestran expresiones donde destacan frases como "tener sanos mis dientes y boca me permite tener buena imagen y apariencia"..."tener dientes blancos, sanos, y una bonita sonrisa ayuda a captar clientes en los trabajos"..."unos dientes sanos y bonitos me ayudan a tener mejor interacción personal y laboral"..."Si mis dientes y boca están feos y enfermos eso me trae problemas para acercarme a las personas"

Borrás<sup>13</sup> sostiene que en la actualidad el estereotipo femenino sigue teniendo parecidas connotaciones a las del pasado; en la imagen de la mujer en publicidad, la belleza continua siendo el valor más importante. La incorporación de la mujer al ámbito laboral, no ha hecho retroceder la presión que recae sobre ella para estar a la moda y preocuparse por su aspecto, sino que la han democratizado. El autor señala que la mayor presencia de la mujer en el ámbito público ha ido acompañada de una mayor presión para estar siempre visible, siempre agradable a los ojos de los otros. De tal manera que se produce una reconciliación entre el código tradicional de la belleza femenina y la norma del trabajo, entre el narcisismo estético y la actividad productiva.

Respecto a la boca, se promociona y vende mayoritariamente con imagen femenina, la "construcción de sonrisas perfectas" que implican dientes blancos, alineados y simétricos.

Couto y col.<sup>14</sup> señalan que gran cantidad de pacientes acuden a la consulta odontológica para resolver problemas estéticos, estos cambios de conducta obedecen en buena parte a que la sociedad demanda de sus individuos, (*en especial de las mujeres*) cada vez más, una imagen corporal ajustada a ciertos cánones pre establecidos. Lo anteriormente planteado se ilustra con expresiones de las interlocutoras como: "la boca y los dientes es proyección de mi imagen, es belleza"..."una sonrisa bella es lo primero que se visualiza,"..."Es lo más importante de mi cuerpo".

Alzatel y col.<sup>15</sup> sostienen que la estética cumple un papel muy importante en la manera como los usuarios y usuarias demandan los servicios odontológicos, por esto también el incremento de las ofertas de programas y planes estéticos bucales, muy a pesar de que las principales patologías bucales (caries y enfermedad periodontal) siguen predominando en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

Respecto a las consideraciones de género relacionadas directamente con la atención de la salud bucal, en las mujeres de este estudio, se evidenció que la mayoría de ellas postergan la atención de su salud bucal debido a la carga que deben afrontar respecto al trabajo productivo y reproductivo.

Shamim y Sever<sup>16</sup>, señalan que los roles y la condición de las mujeres y los hombres varían de una sociedad a otra. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades las mujeres se constituyen en el centro de la dinámica familiar, al ser las responsables de la atención y cuidado de los hijos y del resto de los integrantes de la familia, de la administración de la economía familiar y del trabajo doméstico no remunerado, combinando también sus actividades fuera del hogar, en el ámbito productivo y en el ámbito comunitario. Aquellas mujeres que desempeñan simultáneamente, trabajo reproductivo, productivo y comuni-

tario enfrentan los riesgos de salud derivados de esa triple carga.

El hecho de que el trabajo reproductivo (crianza de los hijos, cuidados de otros miembros de la familia y trabajo doméstico) sea patrimonio casi exclusivo de las mujeres, supone pues un elemento de desigualdad de género en salud. Asumir estas tareas "reproductoras" tiene sus repercusiones sobre la disponibilidad y uso del tiempo (tiempo para si mismas) y sobre la propia salud de la mujer que las cumple.

Larrañaga y col.<sup>17</sup>, reportaron en su estudio, que la dedicación de las mujeres al trabajo reproductivo duplicó la de los hombres (7,22 y 3,1 h diarias, respectivamente), aunque las diferencias eran menores entre los más jóvenes, igualmente, la formación del hogar y su aumento de tamaño incrementaban las exigencias familiares a las mujeres, acentuándose las diferencias de género.

Así mismo Baanante<sup>18</sup> reportó que "la proporción de tiempo dedicada al trabajo doméstico, es mayor en el caso de las mujeres, con un 18% del tiempo total dedicado a la realización de tareas domésticas, frente a 6% en el caso de los hombres. Esta diferencia reafirma la característica de la feminización del trabajo doméstico".

El estudio de la salud/enfermedad desde esta perspectiva, remite a reconocer que la salud se ve profundamente afectada por la forma en que hombres y mujeres son tratados y tratadas por la sociedad en general y la situación en que esta las coloca de acuerdo a los roles que le asignan; se requiere entonces de-construir esas expectativas conductuales o de comportamiento concebidas como roles femeninos o masculinos y evaluar el impacto que esto ejerce sobre su vida y su salud.

Esto supone entonces, no solo integrar la perspectiva de género en las políticas y programas de salud -incluyendo su componente

bucal- sino que lleva a considerar y abordar dos aspectos básicos que a nuestro juicio constituyen la génesis de la situación; una de ellas, es la referida a la capacitación del equipo de salud para responder adecuadamente a las necesidades de salud diferenciadas de las mujeres y los hombres; el otro aspecto no menos importante, es el relacionado con la formación desde el enfoque de género, de los profesionales de la salud.

En relación a este último aspecto y de acuerdo a los hallazgos de esta investigación, resulta relevante la introducción durante la etapa formativa de los profesionales, de perspectivas teóricas de género que promuevan procesos reflexivos y de análisis crítico sobre las formas en que se reproducen los estereotipos de género que modelan las percepciones y concepciones de esa realidad. De allí, la importancia de la incorporación de este enfoque en la formación de los profesionales de la odontología.

La praxis odontológica ha mostrado, sobre todo en las últimas décadas, una importancia excesiva hacia los aspectos tecnológicos, lo que ha reforzado su tendencia a la mercantilización. Aun cuando es innegable la importancia de avanzar hacia la generación de tratamientos altamente tecnificados, no menos cierto es que se hace irrefutable la necesidad de profundizar mucho más en la generación de políticas y programas que contemplen en el abordaje de la situación e intervención de la salud bucal las perspectivas de género, clase y etnia para mejorar efectivamente las condiciones de salud de la mayoría de la población.

## Conclusiones

Las concepciones de la salud-enfermedad bucal de este estudio resultaron fuertemente asociadas con la estética como categoría

emergente, y altamente diferenciada de acuerdo a la perspectiva de género.

Por otra parte Los hallazgos de esta investigación respecto a la postergación de la atención de salud bucal en las mujeres reafirma las desigualdades en salud existentes entre las mujeres y los hombres y la influencia de los distintos roles asumidos por aquellas (trabajadora fuera de casa, trabajadora sólo en casa, tipo de ocupación, trabajo realizado en casa, número de personas dependientes en el hogar, etc.).

Se hace necesario continuar y profundizar el estudio de la salud-enfermedad bucal

desde una perspectiva de género, siendo imperativo abordar sus inequidades a fin de develarlas y generar información, que puedan contribuir a ofrecer nuevas bases de sustentación para la formación y prácticas de los profesionales de la odontología.

### Agradecimiento

Al Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la Universidad del Zulia por el financiamiento de la Investigación.

### Referencias

1. Vaca Patricia, Chaparro Bibiana, Pérez Nathalie. Representaciones sociales acerca de la identidad de género de una mujer que emplea la violencia en la solución de conflicto. *Revista Psicología desde el Caribe*. 2006.18(2): 23-57.
2. Lagunas Raquel y Bernabeu Neus. Cómo elaborar una Estrategia de Género para una Oficina de País. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Área del Género San Salvador.2004. Pp 141.
3. Harding, S. Ciencia y feminismo. Editorial Morata, Madrid, 1996. Pp. 240.
4. Vergara Quintero María del Carmen. Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*.2009 enero-junio 7 (1):105-133.
5. Daeren, Lieve. "Enfoque de género en la política económica- laboral. El estado del arte en América Latina y el Caribe" Serie Mujer y Desarrollo N°29. GTZ-CEPAL Santiago de Chile. 2001.Pp 87.
6. Huggins Castañeda, Magally. Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis) 2005.1<sup>a</sup>.Edición, Caracas. Pp 135.
7. Declaración de Helsinki, modificación Seúl, Corea año 2008. Disponible en <http://www.aabioetica.org/reflexiones/reflex1.htm>.
8. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias Fondo Nacional de Ciencias Tecnología en Innovación. Código de bioética y bioseguridad. Octubre 2008. III Edición. Caracas.
9. Araya Umaña Sandra. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión *Cuaderno de Ciencias Sociales* 127. 2002. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede Académica, San José, Costa Rica. I edición. (1-84).
10. Montenegro Medina María Angélica, Ornstein Letelier Claudia, Tapia Ilabaca Patricia Angélica. Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Acta Bioethica* 2006; 12 (2):165-169.
11. García Hernández Emilio y García Reyes Irene. Los estereotipos de la mujer en la publicidad actual. *Questiones publicitarias*. 2004. 1(9): 43-64.

12. González Farith, Martínez Puello del Riob Edwin, Díaz Caballero Antonio. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad-Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. Rev Clín Med Fam 2010; 3 (1): 34-40.
13. Borrás Català Vicent. Las desigualdades en el consumo a través del género RES (Revista Española de Sociología) 2007. 8: 139-156.
14. Couto Caridad María Dolores, Esser Díaz Joyce, Vásquez Antúnez Nora. Odontología y misogenia. Estética *versus* funcionalidad. Revista Artemisa en línea. Medigraphi 2007. Agosto. 9 (02): 94-99.
15. Alzatel Tatiana M, Campo Luisa Fernanda, Martínez Cecilia María, Rueda Astrid Y, Tobón Juan Diego. Representaciones sociales de los adolescentes escolarizados sobre la boca y la higiene oral. Revista CES Odontología. 2005. 18(2):9-18.
16. Shamim Meer y Charlie Sever. 2004. Género y ciudadanía. Informe general. Institute of Development Studies, Londres. Disponible en: <http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/Spanish-OR-citizenship.pdf>.
17. Larrañaga Isabel, Arregui Begoña; Arpal Jesús. El trabajo reproductivo o doméstico. Gaceta Sanitaria. 2004; 18 (supl 1):31-7.
18. Baanante Gismero, Almudena. El trabajo doméstico (Análisis económico desde una perspectiva de género). 2011. Observatorio de género. Disponible en: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0244/publicacion3premio.pdf>.