



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública  
México

Escobar-Paucar, Gloria; Sosa-Palacio, Catalina; Burgos-Gil, Luz María  
Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de  
una población urbana. Medellín, Colombia  
Salud Pública de México, vol. 52, núm. 1, enero-febrero, 2010, pp. 46-51  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Cuernavaca, México

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10616165008>

- 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

# Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia

Gloria Escobar-Paucar, MSP,<sup>(1)</sup> Catalina Sosa-Palacio, Odont,<sup>(1)</sup> Luz María Burgos-Gil, Odont.<sup>(1)</sup>

Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM.  
Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad  
bucal en madres gestantes de una población urbana.  
Medellín, Colombia.  
Salud Publica Mex 2010;52:46-51.

## Resumen

**Objetivo.** Comprender las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes. **Material y métodos.** Se realizó una investigación cualitativa. Fueron entrevistadas 28 mujeres adultas, en periodo de gestación, asistentes a un programa prenatal en la ciudad de Medellín, Colombia, durante los años 2006-2007. Las entrevistas, grabadas y transcritas, se analizaron mediante codificación abierta, axial y selectiva. **Resultados.** Las madres se manifiestan dispuestas a dar a sus hijos una buena salud bucal; la consideran su responsabilidad-culpa, y para lograrlo, reclaman apoyo del personal de salud, apoyo que en ocasiones no copa sus expectativas y necesidades. **Conclusiones.** Se requieren profesionales que integren, desde su formación, tanto la dimensión social como conocimientos técnico-científicos, que reconozcan la coexistencia de diferentes racionalidades en el encuentro educativo y relativicen sus conceptos propios, dando propuestas educativas que supongan rupturas paradigmáticas para lograr el apoyo requerido, respetando la autonomía de las madres, sin culpabilizarlas.

Palabras clave: educación en salud; salud bucal; madres; gestación; investigación cualitativa; Colombia

Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM.  
Social representations of pregnant mothers  
in an urban community.  
Medellín, Colombia.  
Salud Publica Mex 2010;52:46-51.

## Abstract

**Objective.** To understand social representations of oral health-disease among pregnant mothers. **Material and Methods.** A qualitative study was conducted for which 28 pregnant adult women were interviewed who attended a prenatal program at a health institution in the city of Medellín, Colombia between 2006 and 2007. Interviews were recorded and transcribed and analyses were performed using open, axial and selective coding. **Results.** Mothers would like to provide their children good oral health and consider it their responsibility; associated guilt is also experienced. To fulfill this responsibility, mothers request support from health personnel, which at times does not meet their needs and expectations. **Conclusions.** Professionals are needed who, beginning with their education, integrate the social dimension with technical-scientific knowledge, who recognize the coexistence of different rationalities in the educational setting and put them into perspective, venturing into educational proposals that break with paradigms in order to achieve the support required, while respecting the autonomy of the mothers without blaming them.

Keywords: health education; oral health; mothers; pregnancy; qualitative research; Colombia

(1) Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Existe un creciente interés por fortalecer acciones de fomento temprano de la salud bucal, sustentado en la estrecha relación salud bucal-calidad de vida, en el inicio temprano del proceso salud-enfermedad y en la alta prevalencia de enfermedades como la caries de la infancia temprana, considerada un problema de salud pública. El periodo de gestación es considerado el momento ideal para implementar programas de salud dirigidos a las madres, quienes juegan un papel fundamental en la salud de la familia.<sup>1-7</sup>

Aunque se reportan tanto programas efectivos en términos de disminución de enfermedades,<sup>8</sup> como otros menos exitosos,<sup>9,10</sup> éstos suelen enfatizar en aspectos biológicos,<sup>11,12</sup> orientación que Narvai<sup>13</sup> denomina “preventivista” por la forma como se aborda la salud bucal sin consideración al contexto socioeconómico y cultural en el cual serán implantadas las acciones. Por otro lado, la educación para la salud se centra con frecuencia en la transmisión de conocimientos o en una intención de promover cambios de comportamiento, y se observa un distanciamiento entre las visiones de los profesionales de salud y los participantes.<sup>14,15</sup>

Lo anterior conduce tanto a cuestionamientos sobre el escaso impacto de las estrategias educativas dirigidas a madres,<sup>16-18</sup> como a llamados para que se reconsideren los enfoques de los programas y se renueven los esfuerzos por mejorar la salud bucal de los niños en el contexto de la familia, la cultura y la comunidad.<sup>1</sup> Aproximarse a la perspectiva de las madres como punto de partida para el desarrollo y cualificación de las acciones educativas, dada la diversidad de concepciones de enfermedad que experimentan los grupos sociales, en una lógica diferente al saber médico,<sup>19</sup> constituye un aporte importante para superar algunas de las limitaciones señaladas.

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,<sup>20</sup> puede contribuir a la reflexión de los profesionales de la salud sobre la complejidad del encuentro entre ciencia y sentido común, y a que éstos incorporen la comprensión de las dimensiones culturales 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.<sup>21</sup> De allí que un número creciente de investigaciones indaguen aspectos de naturaleza sociocultural y antropológica relacionados con la salud bucal, desde las posibilidades de la investigación cualitativa.

En Colombia, Saldarriaga adelantó una investigación relacionada con creencias y prácticas de salud bucal en gestantes,<sup>22</sup> con las limitaciones propias de los

enfoques cuantitativos para comprender la complejidad de los fenómenos de salud y enfermedad. Nieva y Jácome estudiaron las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en una población urbana marginal,<sup>23</sup> pero por su objetivo más amplio no profundizaron en las representaciones de las madres, desde una vivencia tan compleja como es la gestación, lo cual sería de gran utilidad para el diseño de programas dirigidos a este grupo.

Se realizó una investigación con el objetivo de comprender las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres que asisten a un programa prenatal. En este artículo se presentan los hallazgos y los análisis relacionados con la salud bucal de los hijos como responsabilidad de las madres.

## Material y métodos

Se recurrió a la teoría fundada, un método que busca generar teoría explicativa del comportamiento humano a partir de los datos de investigación social mediante su agrupación, codificación y análisis simultáneo.<sup>24,25</sup> Por el carácter inductivo de la investigación cualitativa,<sup>26</sup> no se partió de una determinada teoría por demostrar para permitir la emergencia de los aspectos relevantes en el área de estudio, en un diseño flexible, donde cada hallazgo se convirtió en punto de partida de un nuevo ciclo investigativo dentro del proceso.<sup>27,28</sup>

La información se recolectó mediante entrevistas semi-estructuradas a mujeres gestantes mayores de edad, asistentes al programa prenatal de una institución de salud en la ciudad de Medellín. Las madres aceptaron participar de manera voluntaria; cada una firmó un consentimiento informado y autorizó la grabación de las entrevistas. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

A partir del objetivo se elaboró una guía de entrevista y se realizaron tres entrevistas a madres que cumplieran con los criterios previstos de ser mayores de edad, estar inscritas y asistir al programa en la institución, y participar de manera voluntaria; esto a modo de estudio exploratorio, para refinar la guía y mejorar las aptitudes de los entrevistadores.<sup>28</sup> Todas las entrevistas fueron transcritas y constituyeron la base para el análisis, el cual se orientó hacia la forma más productiva de interpretar los datos cualitativos, de manera académica y rigurosa,<sup>29,30</sup> a fin de desentrañar las complejidades de los fenómenos estudiados, desde las perspectivas de las madres.

El primer momento del análisis fue la codificación abierta, en una lectura “línea por línea” que permitió

formular preguntas sobre los datos y agruparlos en categorías incipientes; posteriormente se avanzó en la codificación axial y selectiva,<sup>31</sup> hasta obtener una estructura más refinada de categorías y relaciones y lograr su saturación e integración en tres fenómenos, con el apoyo de la revisión teórica.

La codificación y análisis de la información se realizó con la ayuda del programa Atlas-Ti. Las discusiones periódicas del equipo de investigación dieron origen a memos analíticos y ajustes a la guía de entrevista, para reorientar de manera permanente el proceso investigativo. En total participaron 28 madres gestantes, agrupadas en cuatro ciclos de recolección, análisis y ajustes a la guía.

## Resultados

Se encontró que si bien las madres no relatan de manera espontánea su preocupación por la boca, al ser interrogadas manifiestan que quisieran propiciar a sus hijos una buena salud bucal, pues la consideran su responsabilidad y reclaman apoyo para lograrlo. Con ello, esperan evitar posibles desventajas de una mala salud bucal para sus hijos, lo cual implica, en ocasiones, romper con tradiciones transmitidas generacionalmente, para atender mejor la salud que como lo hicieron con ellas o ellas mismas lo hicieron con otros hijos:

“Enmendar con mis hijos ciertas cositas que, tal vez por ignorancia o porque no le enseñaron a uno a ver la necesidad, entonces uno los descuidó”

“Vea que mi mamá no me cuidó los dientes y de milagro no estoy como ella, sin dientes “

Las madres consideran que la salud bucal es una responsabilidad propia de su rol y que el cuidado les compete directamente:

“Lo que pasa en la boca del niño es responsabilidad de cada mamá”

Ante la responsabilidad, las madres pueden experimentar culpa, relacionada con su propio ideal de madre, expresada en sentimientos de tristeza y frustración, pero también en juicios hacia otras madres:

“Yo incluso me puse a llorar allá (consultorio odontológico) porque me parecía una falta de responsabilidad mía tan berraca (...) porque fue mi culpa (...)”

“Debe ser culpa mía porque no lo cuidé como debía ser, cuando uno se enferma a veces es culpa de uno”

Por otro lado, la responsabilidad por la salud bucal va ligada a estrategias para lograrla cuya diversidad depende de los conocimientos o experiencias de las madres, así como de la visión que tienen acerca de la educación de los hijos:

“Una buena alimentación, la limpieza oral y estar pendientes de qué cosas se meten a la boca”.

“Yo creo que dándoles el ejemplo, haciendo que sea recreativo, rico, para que ellos lo vean de manera positiva.”

“Tampoco cogerlos a la fuerza porque ya le cogen pereza, y poquito a poco irles enseñando que no le tengan miedo a los odontólogos”

“Enseñarles desde muy pequeños e ir hablando de la importancia de que un diente les va a doler”

Sin embargo, si bien las madres reconocen y asumen la responsabilidad que tienen en el cuidado y salud bucal de sus hijos, también expresan la necesidad de que ésta sea un compromiso compartido, y esperan contar con el apoyo y asesoría tanto de personal de salud oral, como de otros profesionales que participan en programas de promoción de la salud.

“El interés que uno ponga y usar recursos, y sí, alguien que lo asesore a uno”

En la búsqueda de apoyo, muchas se encuentran con profesionales que llenan sus expectativas, pero algunas expresan descontento con el papel del odontólogo y la forma como se realiza la educación.

“Me parece que los odontólogos ahora ayudan mucho a que la persona se cuide, son más cuidadosos, están más pendientes, explican mejor (...) pienso que ahora son muy queridos, han mejorado mucho en ese aspecto”.

“En mi concepto falta mucha educación y saberla dar, sobre todo”

“Hace lo que él sabe hacer, que es mirar los dientes, lo que tienen y arreglarlos, y ya, pero que él te enseñe o te diga cómo te cepilles, se tiene que cepillar así, no; porque una cita es de 20 minutos, entonces, si se pone a explicarte no te hacen el tratamiento, y si te hacen el tratamiento no le explican a uno”.

“El odontólogo le da una explicación a uno, y ya uno es el que se encarga”

Aunque la salud bucal no es un elemento central en las preocupaciones de las mujeres durante la gestación, las gestantes se manifiestan dispuestas a recibir cualquier información que les sirva para mejorar el cuidado de sus futuros hijos, como programas de crecimiento y desarrollo, temas que ellas mismas mencionaron.

Las madres toman la información impartida por el profesional, la relacionan con sus representaciones, deciden si la aplican o no y forman sus propios criterios. En ello resaltan el papel de la experiencia concreta con el hijo, aplicando lo que mejor les funcione:

“La sugerencia está muy bienvenida, pero me parece que uno a veces puede recibir información pero no practicarla.”

“Yo lo que tengo hasta el momento muy claro es que yo recibo los consejos de todo el mundo; todo el mundo me habla (...) y yo escucho, pero yo sé que yo soy la que va a vivir eso, es mi bebé el que lo va a vivir conmigo, entonces yo lo quiero vivir de acuerdo a todo lo que me digan, y ver qué es lo mejor”.

## Discusión

Los hallazgos coinciden con otros trabajos que señalan cómo se atribuye a la madre la mayor responsabilidad por la salud de los niños, más que al padre o a otros miembros de la familia, y esto incluye la salud bucal.<sup>32-34</sup> La función social de la maternidad parece estar estrechamente relacionada con la salud, pero es también necesario comprender que la gestación y la maternidad constituyen acontecimientos trascendentales en la vida de una mujer, caracterizados por sentimientos múltiples y en ocasiones contradictorios.<sup>35,36</sup> De este modo, en las entrevistas a las madres la salud bucal no surgió como la preocupación central, pero esto no implica que no sea parte de su rol; por tanto, las acciones educativas y el acompañamiento que se haga desde el sector salud debería considerar todas estas dimensiones del fenómeno, para lo cual este tipo de investigaciones constituyen un aporte pues exponen la posibilidad de que los profesionales de la salud incorporen desde su formación la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud-enfermedad y las necesidades de los pobladores.

En esta relación madre-responsabilidad hay aspectos que se diferencian de otros trabajos. Lynch y Tiedje<sup>37</sup> afirman que las dinámicas de las familias pobres están más enfocadas a solucionar problemas que a prevenirlos, lo cual no fue evidente en las madres entrevistadas. Por otro lado, si bien algunas madres manifiestan no querer para sus hijos sus propias experiencias negativas

en salud bucal –hallazgos que coinciden con Abreu–<sup>34</sup> no lo relacionan con el carácter excluyente de la asistencia dental, como sí lo hacen las madres de aquella investigación. Las diferencias podrían explicarse porque el presente trabajo hace referencia a una población urbana con acceso a servicios de salud, como lo demuestra su vinculación a un programa prenatal.

No obstante, las experiencias familiares en salud bucal, así como las suyas propias, condicionan las estrategias que las madres piensan seguir con sus hijos y los sentimientos que surgen en su interacción con el entorno más cercano, los medios de comunicación y las instituciones de salud; esos sentimientos pueden reflejar tanto esperanza por brindar a sus hijos la ventaja de una buena salud bucal, como frustración o culpa por no cumplir con un ideal de madre, en relación con modelos y necesidades que la sociedad construye para sus hijos y que son vistos por ellas como requisito para hacer parte de ésta y evitar rechazos y exclusiones.

Aquí confluyen representaciones propias de las comunidades –la salud como responsabilidad individual y como prácticas determinadas, más que como un estado–<sup>34</sup> con el discurso de los profesionales en salud. Estos últimos atribuyen a las enfermedades bucales explicaciones de tipo biológico y de responsabilidades individuales asociadas con “hábitos poco saludables”,<sup>23</sup> y recurren a estrategias que buscan promover cambios de comportamiento mediante advertencias<sup>14</sup> que pueden llevar a la culpabilización al desconocer los múltiples condicionantes del proceso salud-enfermedad.

A la par de la responsabilidad y la culpa se presenta el reto de una tarea demasiado grande para las posibilidades de las madres, razón por la cual reclaman apoyo externo para cumplirla. Ellas esperan recibir este apoyo de los profesionales de salud, y de esta manera comparten la responsabilidad, pero responden también a una lógica biomédica en la que los servicios de salud son la posibilidad de tener una buena salud.<sup>34</sup> En la búsqueda de ese apoyo, las madres se encuentran con muchos profesionales que responden a sus expectativas de una relación más humana, pero también con la lógica del saber médico y sus pretensiones de universalidad.<sup>21,38</sup> Según Nieva y Jácome, los odontólogos están inmersos en un orden simbólico construido bajo la influencia de la filosofía occidental –privilegiado por las universidades– que determina su accionar frente a los procesos mórbidos.<sup>23</sup> Adicionalmente, bajo la perspectiva planteada por Gadamer,<sup>39</sup> la práctica odontológica tradicional se fundamenta en el dominio de una habilidad que la reduce a conocimientos biotécnicos,<sup>40</sup> con el riesgo de desconocer al sujeto y su carácter social.

Pero las madres ponen de manifiesto el carácter pragmático del pensamiento cotidiano,<sup>41</sup> pues los cono-



cimientos adquieren sentido en un contexto y la experiencia con el hijo es finalmente el tamiz que valida la información recibida; rescatan con ello el valor del saber cotidiano, ya que es la experiencia la que estimula la resolución de problemas y produce en sí misma saberes.<sup>42</sup> La experiencia es un campo en el que se entrecruzan las representaciones y las prácticas.<sup>40</sup>

Se requiere entonces un esfuerzo para lograr que, desde su formación, los odontólogos no sólo cuenten con unos sólidos conocimientos técnico-científicos; es también necesario que integren la dimensión social a su praxis y reconozcan las representaciones sociales y la coexistencia de diferentes racionalidades en el encuentro educativo entre los pobladores y los profesionales, en el ámbito de los servicios de salud.<sup>14</sup> Ello les permitirá relativizar sus propios conceptos e incursionar en propuestas educativas que reconozcan las diferencias culturales, permitan un diálogo con “el otro” y construyan propuestas más ajustadas a la realidad de los sujetos sociales. Ello supone rupturas paradigmáticas, más que esfuerzos metodológicos,<sup>42</sup> para el logro de una educación fundamentada en el respeto y en la práctica de relaciones más horizontales y democráticas, que parta de reconocer al otro como sujeto responsable y actor de su propio destino.<sup>43</sup>

El logro de tal ruptura en los procesos de formación profesional contribuiría a la superación de una educación que promueve la adopción de nuevos comportamientos para combatir el “enemigo externo” que causa la enfermedad,<sup>21</sup> y que interpreta como fracaso<sup>44</sup> las decisiones autónomas de los educandos; esta visión con frecuencia lleva a los profesionales a buscar estrategias movilizadoras que pueden originar en las madres sentimientos de culpa y generar en ellos múltiples contradicciones, propias de un agente de salud que en ocasiones construye un discurso pedagógico contrapuesto a su propio ideal de educación para la salud.<sup>14</sup>

## Referencias

1. Mouradian WE. The face of a child: children's oral health and dental education. *J Dent Educ* 2001;65:821-831.
2. Slavkin HC. Expanding the boundaries: enhancing dentistry's contribution to overall health and well-being of children. *J Dent Educ* 2001;65:1323-1334.
3. Lee JY, Bowens TJ, Savage MF, Vann WF. Examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatr Dent* 2006;28:102-105.
4. Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gomez F, Slavkin HC. Beyond access: the role of family and community in children's oral health. *J Dent Educ* 2007;71:619-361.
5. Boggess, KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J* 2006;10:169-174.
6. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers - sociological implications. *Int dent J* 1981;31:14-22.
7. Nowak JA, Casamassimo PS. The dental home. A primary care oral health concept. *J Am Dent Assoc* 2002;133:93-98.
8. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36:335-346.
9. Benitez C, O'Sullivan D, Tina off N. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. *J Dent Child* 1994;61:46-49.
10. Gomez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2001;11:117-122.
11. Ramos-Gomez FJ. Clinical considerations for an infant oral health care program. *Compend Contin Educ Dent* 2005;26:17-23.
12. Cunha RF, Delbem AC, Percinoto C, Saito TE. Dentistry for babies: A preventive protocol. *ASDC J Dent Child* 2000;67:89-92.
13. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária a bucalidade. *Rev Saude Publica* 2006;40:141-147.
14. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres JN, Arango A. Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Publica Mex* 2006;48:229-235.
15. Bastidas M, Peñaranda F, Escobar G, Torres N, Arango A. La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación. *Ciencia & Saúde Coletiva [serie en internet]* 2007 [Consultado 2009 feb 20]; [aprox. 15 pp]. Disponible en: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
16. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:49-61.
17. Milgrom P. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:45-48.
18. Primosch RE, Balsewich CM, Thomas CN. Outcomes assessment and intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a Medicaid population. *ASDC J Dent Child* 2001;63:102-108.
19. Cardoso MHC, Gomes R. Social Representations and History: theoretical and methodological principles for public health. *Cad Saude Publica* 2000;16: 499-506.
20. Farr M. Las representaciones sociales. En: Moscovici S. *Psicología Social Volumen II*. 2 ed. Barcelona: Paidós, 1988:496-506.
21. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Dos Reis DC, Penna CM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica* 2005;21: 31-45.
22. Saldarriaga OJ, 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.
23. Nieva BC, 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.
24. Glasser BG, Strauss AI. The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Nueva York: Aldine, 1967.
25. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. *Medellín: Universidad de Antioquia*, 2002.
26. Lincoln Y, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. En: Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 2000: 163-188.
27. Pardo-De Vélez G. Investigación cualitativa. En: *Investigación en salud. Factores sociales*. Santafé de Bogotá: Mc-Graw Hill-Interamericana, 1997:181-219.
28. De la Cuesta C. Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. *Medellín: Universidad de Antioquia*, 2002:17.

29. Coffey A, Atkinson P. Variedades de datos y variedades de análisis. En: Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003: 1-30.
30. Coffey A, Atkinson P. Los conceptos y la codificación. En: Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003: 31-63.
31. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.
32. Couto CMMM, Rio LMSR, Martins RD, Martins CC, Paiva SM. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis socioeconômicos sobre a saúde bucal dos seus filhos. *Arq Odontol* 2001; 37:121-32.
33. Martin VB, Angelo M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Rev Lat Am Enfermagem* 1999; 7:89-97.
34. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciencia & Saúde Coletiva* 2005; 10: 245-259.
35. Blandón L. Educación de madres: entre la comprensión y la verdad (tesis) Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 2002.
36. Stern DN. La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona: Paidós, 1996.
37. Lynch I, Tiedje LB. Working with multiproblem families in intervention model for community health nurses. *Public Health Nurs* 1991; 8:147-153.
38. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educ Med Salud* 1977; 11:3-25.
39. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa, 1996.
40. Cortés N. La práctica odontológica y la subjetividad. *Rev Fac Odont Univ Ant* 2001; 13:70-72.
41. Heller A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Península, 1997:418.
42. Ríos ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa NC. Senso comum, ciência e filosofia – elo dos saberes necessários a promoção da saúde. *Ciencia & Saude Coletiva* 2007; 12: 501-507.
43. Bastidas M, Pérez F, Torres N, Escobar G, Arango A, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest Educ Enferm* 2009; 27(1):104-111.
44. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciencia & Saude Coletiva* 2001; 6:63-72.