

Componentes culturales que influyen en la salud bucal

Cultural components that influence oral health

María de los Ángeles Ramírez

Odontóloga, Cirujano Dentista; Estudiante de Maestría Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, León, México

Susana Suárez Paniagua, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, León, México

Javier de la Fuente Hernández, Odontólogo, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, León, México

Harumi Shimada Beltrán, Bióloga, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, León, México

José Francisco Reyes Durán, Doctor en Economía, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, León, México

Laura Susana Acosta-Torres, Odontóloga, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, León, México

Acceda a este artículo en siicasalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicasalud.com/dato/arsiic.php/139635

Recepción: 1/6/2014 - Aprobación: 31/3/2015
Primera edición, www.siicasalud.com: 1/6/2015

Enviar correspondencia a: María de los Ángeles Ramírez, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, 37684, León, México
angelesramirez@hotmail.com



+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Abstract

The aim of this work is to review the literature about the knowledge, attitudes and practices (KAP) about oral health, the three cultural components influencing the incidence of diseases at the oral cavity. The concept of culture and its components has undergone three phases: the concrete phase, the abstract phase and the symbolic phase; the latter is the current one, and the one over which other areas of knowledge have worked, including the health sciences. Culture can be learned, standardized and shared. Cultural components are transmitted through the processes of socialization (primary and secondary socialization) and they help determine the way in which health, and therefore the health-disease process, is understood by individuals. Knowledge is the result of social and cognitive processes determined by the characteristics accepted by and representative of the social group where they develop; they are the cognitive part of culture. The notion that every human being has about oral health will determine his/her attitude towards it. Attitude shows a way of being, a position, an inclination or tendency, it is a variable between situations and how people respond to them. Practices to face the health-disease process are actions that can be observed in individuals. They are present at the individual, family and community levels, and they impact on the overall health of the population. This work is an approach to the theme, while we discuss the Mexican population case.

Key words: health culture, oral health knowledge, oral health attitudes, oral health practices, oral health in Mexico

Resumen

El propósito de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca de los conocimientos, las actitudes y las prácticas en salud bucal (CAPSB), tres componentes culturales que influyen en la incidencia de afecciones de la cavidad oral. La cultura y sus componentes han pasado por tres fases en su conceptualización: la concreta, la abstracta y la simbólica; esta última es la que se encuentra vigente y sobre la cual otras áreas del conocimiento han trabajado, entre ellas, las ciencias de la salud. La cultura es aprendida, estandarizada y compartida. Los componentes culturales son transmitidos mediante los procesos de socialización (primaria y secundaria) que determinan la manera en la que la salud, y por lo tanto el proceso salud-enfermedad, son comprendidos por los individuos. Los conocimientos son resultado de procesos sociales y cognitivos que están determinados por las características aceptadas y representativas del grupo social en el que se desarrollan, son la parte cognitiva de la cultura. La concepción que cada ser humano tenga acerca de la salud bucal determinará su actitud. La actitud representa una forma de ser, una posición, inclinación o tendencia, es la variable intermedia entre una situación y la manera en cómo se responde a ella. Las prácticas ante el proceso salud-enfermedad son acciones observables en los individuos y están presentes en los niveles individual, familiar y comunitario e impactan en la salud general de las poblaciones. Este trabajo es una aproximación al tema, haciendo un acercamiento al caso de la población mexicana.

Palabras clave: cultura de la salud, conocimientos en salud bucal, actitudes en salud bucal, prácticas en salud bucal, salud bucal en México

Introducción

La salud bucal es parte integral de la salud general, las enfermedades que afectan la cavidad oral repercuten en la salud mental y física de los individuos. Existe evidencia de la relación existente entre las afecciones orales y un peso corporal bajo, trastornos del sueño y de la alimentación debidos al dolor y cambios en los procesos digestivos, etcétera.¹

La salud bucodental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan la boca y la cavidad bucal".² Esta

definición normativa³ es reconocida por investigadores y profesionales de la salud en todo el mundo, sin embargo, el concepto de salud bucodental, el proceso salud-enfermedad, y por lo tanto, el sentirse sano o enfermo es diferente para cada grupo social.

La conceptualización de salud bucal que cada persona pertenece a un grupo social tiene está determinada por los parámetros de normalidad que el grupo acepta y determina; además, se ve influida por las condiciones socioeconómicas y culturales en las que éste se desarrolla.^{4,5}

La principal enfermedad bucal es la caries dental, ésta es considerada un problema de salud pública a nivel mundial debido al impacto negativo que genera en los ámbitos social, económico, psicológico y sobre la calidad

de vida, además de que debido a su carácter multifactorial, prevenirla y controlarla no es tarea sencilla.⁶

Los integrantes de grupos socioeconómicos bajos presentan mayor prevalencia y gravedad de caries⁷ debido a factores como el déficit de servicios sanitarios, la accesibilidad a los servicios odontológicos de salud y el poco poder adquisitivo para obtener instrumentos como pasta, cepillo e hilo dental. Con lo anterior es usual que se presente una restricción en el desarrollo de hábitos saludables y las condiciones de vida se vean afectadas, al igual que el desarrollo social y cultural.^{8,9}

Diferentes estudios han informado una disminución de los índices de caries en los últimos años en los países desarrollados. Sin embargo, en los países emergentes, la situación no presenta el mismo panorama favorable, debido, entre otras factores, a la falta de programas preventivos culturalmente adecuados, aunada al poco conocimiento de las necesidades reales de las comunidades sobre el cual se puede basar el diseño de los programas y las políticas públicas tendientes a prevenir la aparición de nuevos padecimientos y al mejoramiento de la salud bucal de los individuos.^{10,11}

En México, la descripción y evaluación de los componentes culturales que influyen en la salud bucal de los mexicanos es fundamental para promover y desarrollar soluciones interdisciplinarias para el fortalecimiento de los proyectos y las políticas públicas tendientes a mejorar la salud bucal de la población.¹² Tomando en cuenta lo anterior, la presente revisión bibliográfica plantea realizar un acercamiento a la descripción de los componentes culturales, conocimientos, actitudes y prácticas que afectan la salud bucal en la población mexicana.

La selección bibliográfica para la realización del presente artículo se llevó a cabo consultando las bases de datos PubMed, Google Académico, Scielo, Redalyc, DGB UNAM y recursos disponibles de la Secretaría de Salud de México. Se compilaron artículos originales, libros, tesis de maestría y doctorado, así como programas y planes de salud; se seleccionaron los que aportaron mayor información sobre cultura y la salud bucal.

La cultura y su transmisión

La conceptualización de la cultura ha pasado por una dramática transformación a través de los años; debido a su complejidad, aun en nuestros días no existe un término único que la defina y es amplia la cantidad de autores que la describen desde los enfoques propios de las disciplinas que la estudian. Ha sido analizada a través de los años principalmente por la antropología, esta área es la más aceptada e influyente y sobre la cual se describen las consideraciones necesarias para comprenderla.

El reconocido sociólogo Gilberto Giménez,¹³ en su libro *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*, detalla la forma en la que la cultura ha sido estudiada por los autores más representativos en el área: Tylor, Boas, Geertz y Thompson.

La fundación del concepto de cultura comienza en 1871 con la visión del antropólogo Edward B. Tylor,¹⁴ que en su obra *Primitive culture* la describe como "aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, el derecho, la moral, las costumbres y cualquier otro hábito o capacidad adquirido por el hombre en cuanto perteneciente a la sociedad", este significado de corte etnográfico se basa en el análisis de los comportamientos e interacciones de los individuos en su grupo social. Para Tylor, la civilización de todos los pueblos se iniciaba con

las características míticas y divinas de los grupos primitivos, posteriormente se modificaban según su paso por diferentes etapas, todas ellas idénticas para todos, bien definidas en diferentes momentos pero cada una avanzando con diferentes ritmos hacía su evolución, en otras palabras, la cultura es uniforme en los diferentes grupos, sólo que es vivida en diferentes momentos.

El antropólogo Franz Boas,¹⁵ por su parte, definió la cultura como "la totalidad de las reacciones y actividades mentales y físicas que caracterizan la conducta de los individuos componentes de un grupo social, colectiva e individualmente, en relación con su ambiente natural, con otros grupos, con miembros del mismo grupo y de cada individuo hacia sí mismo". Boas reconoció la pluralidad entre las culturas, contraponiéndose a la visión rígida de Tylor. Tras esta propuesta se identifican tres fases históricas de la cultura, la fase concreta, la fase abstracta y la fase simbólica.

La fase concreta estaba relacionada con las costumbres de la visión de Tylor y, por lo tanto, la cultura era vista como el modo de vida que caracterizaba a un grupo; en la fase abstracta se cambian las costumbres por los modelos normativos que regulan los comportamientos en un mismo grupo social.¹³

En los años noventa, aparece la fase simbólica de la cultura, en el sentido que le dan Geertz¹⁶ y Thompson¹⁷ es vista como "una telaraña de significados" o como "las pautas de significados históricamente transmitidos y encarnados en formas simbólicas, en virtud de las cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias".

A raíz de este bagaje histórico, Giménez retoma la simbología y define la cultura como: "la organización social de significados, interiorizados de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquemas o de representaciones compartidas, y objetivadas en formas simbólicas, todo ello en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados".¹³

El enfoque simbólico ha sido adoptado en numerosas disciplinas como la sociología, las ciencias políticas, incluso en ciencias de salud como la medicina y la psicología.¹² Jean¹⁸ define la cultura de la salud como "un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales constituyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así sustentan las formas sociales vigentes, las instrucciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas."

En un determinado contexto cultural, los individuos cristalizan sus pensamientos, conocimientos y creencias a través del aprendizaje, por lo tanto la cultura es aprendida.¹⁸ Es estandarizada porque está determinada por y para todo el grupo social, y para ser compartida con los demás miembros de la sociedad, se necesita del lenguaje, que permite la transmisión e interpretación de la cultura y sus componentes.¹⁹⁻²²

Para que un individuo se adentre en la cultura de un grupo es necesario que pase por un proceso llamado socialización. La socialización es el proceso que desarrolla la personalidad de los individuos, fundamentado en su aprendizaje cultural y la transmisión generacional de éste. Existen dos procesos consecutivos de socialización, la primaria y la secundaria.²³

Tabla 1. Internalización de la realidad; socialización primaria y secundaria.

Socialización primaria	Socialización secundaria
• Inicia en la niñez	• Comienza al tener contacto con otros grupos
• No se pueden elegir los significantes	• No se pueden elegir los significantes
• Se aprende un rol en la familia	• Se adopta y se aprende vocabulario especializado de los roles de la división social del trabajo
• Fuerte carga emocional que lo une a sus significantes	• Puede prescindir de la carga emocional
• Internaliza el mundo que le transmiten sus significantes como único	• Internalización de submundos, el mundo de los padres no es el único
• El mundo internalizado se implanta en la conciencia con firmeza	• Lo internalizado en esta etapa se puede desechar de manera sencilla. Se necesitan impactos biográfico fuertes para implantarlo con firmeza
• El conocimiento se da casi automáticamente	• El conocimiento debe ser reforzado por técnicas pedagógicas
• Sólo se produce cuando el niño se identifica en su realidad	
• El niño se apropia de los roles, las actitudes y el mundo de sus otros significantes	

De acuerdo con Berger y Luckman,²⁰ en la socialización primaria se parte del supuesto de que los individuos al nacer no pertenecen a ningún grupo social, sin embargo, nacen con la disposición de pertenecer a una sociedad. Al completar este proceso primario, llevado a cabo en la niñez, el individuo es considerado ya como parte de un grupo social. En esta etapa son importantes los significantes, es decir, las personas con las que se tiene una relación afectiva y estrecha que hace posible la transmisión de significados culturales y la comunicación, por lo que se convierten en sujetos influyentes en el proceso de socialización.

En la socialización secundaria se adquieren conocimientos específicos de los roles propios de cada profesión o actividad a la que se dedique el individuo. Durante la socialización secundaria se adquieren vocabularios específicos, significados, actitudes, sentimientos de cada rol; es así como en esta etapa se internalizan submundos como parte de la realidad.²⁰

Los padres y familiares son responsables de manera inicial de la transmisión cultural a los menores, éstos a su vez harán lo propio con las futuras generaciones, convirtiéndose así en los significantes de sus propios hijos o familiares. El rol que el significante ejerza está socialmente aceptado, depende del género, del lugar que ocupe en la familia y el papel que desempeña con base en su ocupación o profesión. Dichos aspectos impactan en la percepción del proceso salud-enfermedad, las conductas, los estilos de vida y por lo tanto determinarán la manera en la que se utilizan los servicios de salud.²⁴

Los roles son representados y asignados por los integrantes de una sociedad, son determinantes para comprender la manera en la que se va constituyendo la cultura de la salud bucal. El papel del padre generalmente es de proveedor económico.²⁵

La madre durante algún tiempo se limitó al mantenimiento de hogar, no tenía un trabajo remunerado, por lo cual la sociedad aceptó su rol como cuidadora y responsable de la salud familiar, es ella quien decide la ruta de atención sobre la base de sus conocimientos y la percepción del proceso salud-enfermedad determinado en su grupo social.^{24,26,27}

Componentes de la cultura de la salud bucal en México

Para realizar cambios en los proyectos tendientes a mejorar la salud pública bucal de las poblaciones es necesario en primer lugar hacer diagnósticos culturales que den un panorama de, entre otros componentes, los conocimientos y actitudes cuya relación influye en las prácticas realizadas en el proceso salud-enfermedad.^{28,29}

Los conocimientos en salud bucal son descritos como la información a la que se tiene acceso con referencia a los cuidados necesarios para mantener sanas las estructuras bucodentales y que serán la base para tomar decisiones en materia de salud. Entre las fuentes de obtención de conocimientos en salud bucal se enlistan los servicios de salud, los medios masivos de comunicación, la escuela, la familia, el grupo social, el ambiente y los acontecimientos de la vida diaria.³⁰

Los conocimientos son resultado de procesos sociales y cognitivos que están determinados por las características aceptadas y representativas del grupo social en el que se desarrollan. Son cristalizados mediante el aprendizaje y pertenecen a la parte cognitiva de la cultura; es parte fundamental para que un cambio de actitud se presente, sin embargo, son necesarios otros factores como la motivación para que puedan concretarse.^{19,20}

Los conocimientos acerca de los cuidados y los factores de riesgo que inciden en la salud bucodental son la base para la explicación del proceso salud-enfermedad y el fundamento para decidir qué prácticas se realizarán para el mantenimiento y la recuperación de la salud, contribuyen a la aparición y transmisión de hábitos, entre ellos los alimentarios y los de higiene. Los conocimientos son un prerrequisito esencial para la mejora de la salud bucal de las comunidades.³¹

La transmisión de conocimientos respecto de la salud bucal no siempre se da bajo supuestos científicos, también existe la transmisión de conocimientos populares, por ejemplo, en México es común la creencia popular de que cada hijo significa un diente perdido, es decir, que cada embarazo implica la pérdida de un diente, esta relación no es del todo certera, pues durante la gestación es necesario tener especial cuidado con la higiene bucal, ya que los tejidos están más propensos a padecer alteraciones debido a los cambios hormonales y fisiológicos propios del estado gestacional, sin embargo, este estado por sí sólo no es indicativo de pérdida dentaria.^{32,33}

Otra información popular, determinada por la cosmovisión mexicana es la causa de la presencia de labio y paladar hendido, que se cree es causado por mirar un eclipse. Esta creencia se remonta a los aztecas quienes relacionaban este fenómeno con una luna que había sido mordida, si una madre miraba tal fenómeno, lo mismo ocurriría con la cara del bebé, sin embargo, la etiología de esta malformación congénita es conocida y se sabe que está asociada con situaciones congénitas y ambientales.^{32,34}

Otro componente cultural es la actitud que representa una forma de ser, una posición, inclinación o tendencia con respecto a un objeto o una situación, puede entenderse también como un vínculo entre lo que el sujeto conoce, su visión del mundo y la manera en la que actúa en consecuencia. Es posible que exista un cambio favorable de actitudes y prácticas en salud bucal cuando se tenga un mejor conocimiento sobre el cuidado de la cavidad oral.³⁵

El tercer componente está integrado por las prácticas, éstas 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 para la aparición y el deficiente control de trastornos bucodentales.^{30,31,36}

Las prácticas higiénicas y de control de las enfermedades se han documentado desde épocas prehispanicas. Los aztecas, por ejemplo, para limpiar sus dientes utilizaban lienzos, ceniza blanca y miel blanca y para controlar el dolor dental se estilaba punzar los dientes con un diente de cadáver.³⁷

Aun en nuestros días, existen informes del uso de especies botánicas en el tratamiento de las afecciones bucales, entre ellas *Bursera arida*, conocida como aceitillo, y *Jatropha neopauciflora*, conocida como sangre de grado, que son utilizados en infecciones, herpes labial tipo 1, dolor dental y candidiasis.³⁸ Para las periodontopatías se enlistan 49 especies, entre ellas la manzanilla, para el tratamiento de la gingivitis, y el capulín para el dolor y la hemorragia gingival.^{39,40}

La alimentación desempeña un papel importante en la incidencia de enfermedades. México presenta un panorama de polos opuestos, se reconoce que en los hogares pobres el aporte alimentario está limitado a cierta clase de alimentos, principalmente maíz, y en los hogares donde el aporte económico es suficiente para cubrir las necesidades básicas, se encuentra una mayor diversidad compuesta por frutas, verduras y vegetales, dicha disparidad representa una desventaja para sectores de la población con escasos recursos económicos. Asimismo, la encuesta señala la tortilla de maíz, jitomate, huevo, frijol, leche y refrescos como los alimentos de mayor consumo en nuestro país.⁴¹⁻⁴³

El consumo anual de bebidas carbonatadas y azucaradas alcanza entre los mayores de 10 años, entre 488 y 627 piezas de 355 ml cada una; al día se informa una ingesta promedio de 600 ml por persona; esto representa un consumo elevado que actúa como factor de riesgo de caries debido a que estas bebidas presentan un pH ácido (entre 2.46 y 3.96) y un alto contenido de azúcar.^{44,45}

El consumo de alimentos y bebidas azucaradas es una práctica frecuente entre los niños. Existen evidencias del elevado consumo de bebidas azucaradas y el deficiente aseo bucal después de dicha actividad. En un estudio realizado en 2011, se encontró que los niños consumen más bebidas azucaradas que agua porque el consumo de

esta última está asociada únicamente con la actividad física.^{46,47}

Conclusiones

Sería favorable que los programas de promoción para la salud bucal prestaran especial atención a las niñas, pues el rol que representan como madres está determinado, en ellas recaerá el peso del cuidado de la salud de la familia y son las principales transmisoras (significantes) de conocimientos y actitudes, además de ser la primera persona en inculcar el hábito de higiene oral, que si ellas mismas no practican difícilmente podrá ser conocido y aceptado por los hijos.

En una sociedad como la mexicana, que tiene una amplia diversidad de grupos socioculturales, la descripción y el análisis del impacto que tiene la cultura en la percepción, el conocimiento, la actitud y por lo tanto en las prácticas en salud bucal, es de interés primordial para sentar las bases científicas y culturales que pueden ser utilizadas en el diseño de programas y políticas públicas de salud bucal.

En los programas de salud bucal se deben reconocer las diferencias culturales que existen en el país. Los programas deben ser más enfáticos en la prevención de las enfermedades educando para ello a la población, intentando romper los círculos viciosos en la transmisión de conocimientos y los hábitos perniciosos en las familias, basándose siempre en estrategias culturalmente adecuadas que justifiquen las acciones y que garanticen el mayor aprovechamiento de los recursos destinados, así como un mayor cumplimiento de los objetivos.

Además, es necesario el estudio de los componentes culturales de la salud bucal desde un abordaje multidisciplinario en beneficio del reconocimiento de las diferencias existentes entre contextos culturales de las comunidades mexicanas. México es un país de gran diversidad cultural, por lo tanto, no podemos considerar que hay sólo una cultura de la salud bucal, por el contrario, es adecuado señalar que existen varias culturas de la salud bucal. Es necesario identificar los CAPSB de los distintos grupos socioculturales en este país mediante el trabajo colaborativo, en pro del respeto y el aprendizaje de métodos de curación diferentes de los que se practican en la odontología actual, y dirigir los programas, planes y políticas de salud bucal hacia la inclusión de grupos mexicanos que utilizan medicina popular y al mejoramiento de la competencia cultural.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siic.salud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization 83(9):644, 2005.
2. who.int, centro de prensa. Salud bucodental, nota informativa N°318 [sede web]. Febrero de 2007 [consultado el 24 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs318/es/>.
3. Requena M. Consideraciones en torno de la definición de salud. Cuad Med Soc XXXIX 1(3):64-68, 1996.

4. Komblit AL, Mendes-Diz AM. La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Grupo editor Aique, Buenos Aires, 2000.

5. Rodríguez L. Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva [Internet]. Proceedings 2008 Sep 24-26; Córdoba - Argentina, III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) [citado el 24 de octubre de 2013], 21 p. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>.

6. Casanova-Rosado A, Medina-Solís C, Casanova-Rosado J, Vallejos-Sánchez A, Maupomé G, Ávila-Burgos L. Dental caries and associated factors in Mexican school children aged 6-13 years. *Acta Odontologica Scandinavica* 63:245-251, 2005.
7. Medina-Solís CE, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Avila-Burgos L, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Rev Invest Clín* 58(4):296-304, 2006.
8. Laaksonen M, Rahkonen O, Nartikainen P, Lahelma E. Socioeconomic position and self-rated health: the contribution of childhood socioeconomic circumstances, adult socioeconomic status and material resources. *American Journal of Public Health* 95(8):1403-1409, 2005.
9. Fisher-Owens S, et al. Influences on children's oral health: A conceptual model. *Pediatrics* 120(3):e510-e520, 2007.
10. 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* 17(4):269-286, 2006.
11. Supraba BS, Rao A, Shenoy R, Khanal S. Utility of knowledge, attitude, and practices survey, and prevalence of dental caries among 11- to 13- year-old children in an urban community in India. *Glob Health Action* 6:1-7, 2013.
12. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet] 2004. [citado el 25 de oct 2013]; 30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es.
13. Giménez G. Estudios sobre la cultura y las identidades sociales. 3a edición. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes pp. 25-51, 2007.
14. Tylor E. Primitive culture. Cambridge University Press, Reino Unido 453 p., 2010.
15. Boas F. The mind of primitive man. 3ª edición. MacMillan Company, Nueva York. 293 p., 1911.
16. Geertz C. The interpretation of cultures. Basic, Nueva York 476 p., 1973.17. Thompson JB. El concepto de cultura. En ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas. 3ª edición. Casa abierta al tiempo, México, 240 p., 2011.
18. Jean E, Braune F. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias sociales. *Rev Latino-Am Enfermagem* 18(3):177-185, 2010.
19. Alarcón A, Vidal H, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile* 131(9):1061-1065, 2003.
20. Berger P, Luckman T. La construcción social de la realidad. 17a edición. Amorrortu editores, Argentina, 233 p., 2001.
21. Carrada T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Med IMSS* 40(3):203-211, 2002.
22. Voigt K. Community oral health practice for the dental hygienist. 3a edición. United States of America, Elsevier, 280 p., 2012.
23. Rohlf's I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 14(3):60-71, 2000.
24. Hornick-Lockard B. Cultural transmission. EBSCO Research Starters 2008.
25. Espinosa-Cortes LM, Mora-Rios J, Salas-Valenzuela M. Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones vulneradas en México: un abordaje multidisciplinario. *Saúde Soc Sao Paulo* 22(2):590-602, 2013.
26. Buitrago P. Perfil cultural de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en padres de escolares de 6 a 10 años de una escuela primaria del D.F. (México) y una de Armenia Quindío (Colombia). [Tesis] [México, DF]: Universidad Nacional Autónoma de México, 40 p., 2008.
27. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C. Sánchez-Mejía A. Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(11):4533-4540, 2011.
28. Mehta A, Kaur G. Oral health-related knowledge, attitude, and practices among 12-year-old schoolchildren studying in rural areas of Panchkula, India. *Indian J Dent Res* 23(2):293-299, 2012.
29. Cevallos R, Amores A. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 94 p., 2009.
30. Franco A, Santamarina A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Revista CES Odontología* 17(1):19-29, 2004.
31. Gumucio S. Data collection: Quantitative methods, The KAP survey model (knowledge, attitude & practices). *Médecins du Monde, Francia*, 73 p., 2011.
32. Secretaría de salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Mitos y tradiciones. [Consultado: 20 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/avisos/780-mitos-y-tradiciones-.html>.
33. Rodríguez-Chala HE, López Santana M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2003. [citado el 02 de nov 2013]; 40(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200009&lng=es.
34. Jiménez-Barragán K, González Sánchez JG. Uso de plasma rico en factores de crecimiento para disminuir la recurrencia de fistulas nasopalatinas en pacientes con antecedente de paladar hendido. *An Orl Mex* 56(2):63-75, 2011.
35. Khamaiseh A, Al Bashtawy M. Oral health knowledge, attitudes, and practices among secondary school students. *British Journal of School Nursing* 8(4):194-199, 2013.
36. Ministerio de Salud. Prácticas sociales y salud pública. Perú, 2005.
37. Guerrero-Estrella C, Contreras-Acosta C, Valle-Armenta E. La medicina náhuatl. *Acta Médica de Sonora* 10(3):14-17, 2010.
38. Canales M, Hernández T, Caballero J, Romo A, Durán Á, Lira R. Análisis cuantitativo del conocimiento tradicional de las plantas medicinales en San Rafael, Coxcatlán, Valle de Tehuacán-Cuicatlán, Puebla, México. *Acta Botánica Mexicana* 75:21-43, 2006.
39. Waizel-Bucay J. Algunas plantas usadas en México en padecimientos periodontales. *Revista ADM* 68(2):73-88, 2011.
40. Cathi-Zongua N. La necesidad de un modelo de intervención odontológica preventiva para las poblaciones dispersas del valle del Mezquital, Hidalgo. Aquí estamos. *Revista de Exbecarios indígenas del IFP-México: Miradas indígenas sobre la salud pública* 6(11):31-36, 2009.
41. Romo-Pinales RM, De Jesús-Herrera MI, Bribiesca-García ME, Rubio-Cisneros J, Hernández-Zavala MS, Muurieta-Pruneda JF. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcōyotl. *Bol Med Hosp Infant Mex* 62(2):124-135, 2005.
42. Martínez-Jasso I, Villezca-Becerra PA. La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. *Revista de Información y Análisis* 21:26-37, 2013.

43. Caudillo-Joya T, Adriano-Anaya MP. Caries dental y hábitos bucales en población pre escolar de la delegación Milpa Alta, su relación con variables socioprofesionales. *Revista ADM* 65(4):46-54, 2009.
44. Molina-Frechero NM, Castañeda-Castaneyra RE, Enrique Gaona E, Mendoza-Roaf P, González-Montemayor T. Consumo de productos azucarados y caries dental en escolares. *Rev Mex Pediatr* 71(1):14-16, 2004.
45. Maupomé-Carvantes G, Sánchez-Reyes V, Laguna-Ortega S, Andrade-Delgado LC, Díez de Bonilla-Calderón J. Patrón de consumo de refrescos en una población mexicana. *Salud Pública de México* 37(4):323-328, 1995.
46. Théodore F, Bonvecchio A, Blanco I, Carreto Y. Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Salud Colectiva, Buenos Aires* 7(2):215-229, 2011.
47. Théodore F, Bonvecchio A, Blanco I, Irizarry L, Nava A, Carriado A. Significados culturalmente construidos para el consumo de bebidas azucaradas entre escolares de la Ciudad de México. *Rev Panam Salud Pública* 30(4):327-34, 2011.

Información relevante

Componentes culturales que influyen en la salud bucal

Respecto a la autora



María de los Ángeles Ramírez. Cirujana Dentista, egresada de UNAM, México DF, México. Diplomada en Odontopediatría. Estudiante de Maestría, Escuela Nacional de Estudios Superiores, UNAM Unidad León, León, México.



Respecto al artículo

El propósito de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca de los conocimientos, las actitudes y las prácticas en salud bucal (CAPSB), tres componentes culturales que influyen en la incidencia de afecciones de la cavidad oral.

La autora pregunta

La influencia que la cultura ejerce sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal (CAPSB) es un tema poco descrito en el campo de la odontología, con el estudio de las bases teóricas acerca de la transmisión cultural se podrán tener fundamentos para realizar la evaluación, el análisis y la descripción de los CAPSB, lo cual representa el primer paso en la integración multidisciplinaria de proyectos tendientes a mejorar las condiciones orales de la población.

En la familia, ¿quién es el principal transmisor de los elementos culturales de la salud bucal?

- A La madre o los cuidadores.
- B Los tíos.
- C Los vecinos.
- D Los profesores.
- E La enfermera.

Corrobore su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/139635

Palabras clave

cultura de la salud, conocimientos en salud bucal, actitudes en salud bucal, prácticas en salud bucal, salud bucal en México

Key words

health culture, oral health knowledge, oral health attitudes, oral health practices, oral health in Mexico

Lista de abreviaturas y siglas

CAPSB, conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal; OMS, Organización Mundial de la Salud.

Cómo citar *How to cite*

Ramírez MA, Suárez Paniagua S, De la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Reyes Durán JF, Acosta-Torres LS. Componentes culturales que influyen en la salud bucal. *Salud i Ciencia* 21(3):294-300, May 2015.

Ramírez MA, Suárez Paniagua S, De la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Reyes Durán JF, Acosta-Torres LS. Cultural components that influence oral health. Salud i Ciencia 21(3):294-300, May 2015.

Orientación Epidemiología

Conexiones temáticas

Odontología, Salud Pública, Atención Primaria, Educación Médica