

VALORES, CREENCIAS Y PRACTICAS POPULARES EN RELACION A LA SALUD ORAL (*)

Dra. Clara Misrachi L. **
Sra. Margarita Sáez S. ***

Cuad. Méd.-Soc., XXX, 2, 1989./27-33

ABSTRACT: *In this article the cultural patterns in oral health in low socio-economic groups are presented.*

Key words: ORAL HEALTH, CHILE, EDUCATION.

INTRODUCCION

El nivel de salud oral en Chile, al igual que en los restantes países en vías de desarrollo indica tendencias hacia el deterioro. El informe entregado por O.M.S. 1984 (1), muestra que la prevalencia de caries en 1960, (Índice C.O.P. a los 12 años de edad), era de 2.8, alcanzando un índice de C.O.P. de 6.3 en 1978.

De acuerdo al Ministerio de Salud de Chile (1982), las dos enfermedades orales de mayor prevalencia en nuestra población son la caries (98%) y las periodonciopatías (68%) (2). Sin embargo existe evidencia científica que muestra que ambas enfermedades se pueden evitar en su mayor parte, aplicando medidas preventivas a nivel nacional y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado de la salud oral de amplia cobertura.

En el planeamiento de programas educativos así como también de políticas de salud, es necesario considerar la importancia que tienen para la salud los estilos de vida y formas de vivir de las poblaciones objetivo (3, 4). Las conductas sociales y culturales son factores importantes en la etiología, predominio y distribución de muchas enfermedades. La forma en que la gente vive, lo que come, lo que cree, lo que valora, la tecnología de que dispone, son determinantes significativos de la salud individual y colectiva.

Los grupos familiares del estrato socioeconómico bajo, se caracterizan por vivir en condiciones en que los bienes, servicios y dinero a que acceden, implican carencias de alimentación, vivienda, educación y salud (5); lo que con frecuencia obliga al desarrollo de

un conjunto de acciones orientadas a satisfacer o atenuar parte de las mismas. Las situaciones sociales que enfrentan, se traducen en acciones que no sólo comprometen a los diferentes miembros de la unidad familiar, sino a una red de relaciones familiares y sociales, lo que redundando en un estilo de vida condicionado por el sustrato sociocultural en que se inscriben (6, 7, 8).

Los comportamientos de búsqueda de la salud comprenden entonces la secuencia de los distintos pasos actuados por un individuo para resolver un problema de salud percibido como tal (9).

Los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad, no se encuentran formulados en una doctrina, sino que forman parte de un cuerpo integral de creencias compartidas por la mayoría de la población (10). Las creencias sobre el origen de la enfermedad y las acciones terapéuticas, forman parte de la cultura popular. Dentro del campo de la cultura popular, las creencias, los conocimientos, los valores y las prácticas, conforman una importante gama de elementos culturales que se vinculan, a su vez, con factores biológicos, económicos y sociales (11, 12, 13).

* Este trabajo fue financiado por el proyecto Michigan State/Universidad de Chile, Proyecto clave 129530.

** Cirujano-Dentista, Magister en Educación. Facultad de Odontología. U. de Chile. Director Proyecto.

*** Antropólogo Investigador. Proyecto "Desarrollo de un Modelo de Atención Primaria en Salud Oral para Escolares".

Los programas de educación para la salud, deben estar basados en el conocimiento previo de las pautas culturales de las poblaciones objetivo (14). Si éstas no son consideradas, los contenidos no resultarán culturalmente relevantes y, por lo tanto, el programa tendrá escasas probabilidades de éxito.

Interesa explorar en este estudio aquellas pautas culturales que inciden en beneficio o deterioro de la Salud Oral de la población de bajos recursos socioeconómicos, con el objeto que sirvan de punto de partida para los programas de educación en esa área.

METODOLOGIA.

La investigación se realizó sobre la base de una muestra elegida al azar entre las madres de los 650 niños participantes en el Proyecto: "Desarrollo de un Modelo de Atención Primaria en Salud Oral para Escolares" que se desarrolla en el Consultorio Villa Sur y en 8 escuelas básicas de las comunas de La Cisterna y San Miguel (15).

La muestra consistió en 50 madres de nivel socioeconómico bajo, residentes en diez poblaciones de las comunas mencionadas. El tamaño de la muestra obedeció al carácter antropológico de este estudio, permitiendo una profundización progresiva del problema.

La metodología empleada fue de tipo antropológico, en primera instancia, se exploró a través de entrevistas abiertas, aspectos cualitativos referidos a las maneras particulares de la población para definir sus problemas de salud oral. Eso permitió elaborar una entrevista semi-estructurada, que posibilitó la descripción de las creencias, los valores y las prácticas con un enfoque émico (percibido desde adentro), la que cumplió la función de pauta guía, de modo que no restara profundidad y flexibilidad en el desarrollo de la entrevista. Conjuntamente se utilizaron técnicas etnográficas como la observación directa y/o participante, en una perspectiva holística.

La recolección de la información se hizo entrevistando a cada uno de los casos en sus domicilios. Las entrevistas se desarrollaron con un número promedio de cuatro encuentros y con una duración media de tres horas por entrevista. Se privilegió el registro textual de las expresiones de las informantes lo que posibilitó, a partir del análisis de la terminología popular, inferir las diferentes conceptualizaciones respecto de la salud oral.

RESULTADOS.

El grupo en estudio se compone, principalmente de mujeres de origen urbano 62% y 38% de origen rural. Entre estas últimas el tiempo promedio de permanencia en zonas urbanas es de 15 años. La edad promedio de las entrevistadas es de 31 años, con un rango de edad entre los 20 y los 45 años. La estructura familiar predominante en la muestra es el tipo de familia nuclear (62%), un 38% corresponde a familias extensas; la ausencia del padre se constató en el 14% de los casos. El tamaño promedio del grupo familiar es de 6,5 personas y el número de hijos de 2.8. El ingreso mensual promedio por familia alcanza a \$ 15.355.

El detrimento en la calidad de vida constituye una característica generalizada que se relaciona con problemas de alimentación, vivienda y ambientales. La "mediagua" constituye el tipo de vivienda más frecuente (38%), consistente en una o dos piezas de madera sin forrar, a las que se ha anexado una caseta sanitaria. Otro número importante de familias (34%), vive en una pieza cedida por la familia de uno de los cónyuges; el resto cuenta con una casa (28%), mayoritariamente en calidad de arrendatarios.

EL 72% de las entrevistadas ha alcanzado algún nivel de escolaridad básica, sólo el 18% ha finalizado el segundo ciclo de la misma; el 24% alcanza el nivel de educación media incompleta y un 4% corresponde a la condición de analfabetas.

El 64% de las entrevistadas reconocen como ocupación única, las labores de dueña de casa; el resto de las madres desarrollan otras actividades remuneradas, tales como: prestación de servicios domésticos en forma estable u ocasional (18%), en el Plan de Empleo Mínimo (4%) y como vendedoras ambulantes (6%). Ninguna de las entrevistadas tiene derecho propio a previsión social por las actividades realizadas y sólo el 24% declara ser beneficiaria del Fondo Nacional de Salud, derecho que adquieren a través del cónyuge.

Respecto a las actividades realizadas por el cónyuge, el 53% trabaja como obrero no calificado, el 21% en servicios (auxiliar, chofer), el 14% en pequeño comercio y el 12% declara estar cesante.

DESCRIPCION DE LOS VALORES, CREENCIAS Y PRACTICAS ASOCIADAS A LA SALUD ORAL.

En los hogares, la vida cotidiana transcurre bajo una atmósfera que, en la mayoría de los casos, se define por la fuerte tensión que acompaña a la madre en

sus actividades (crianza de los hijos, aseo, lavado, etc.) y por la escasez de recursos materiales que enmarca la realización de las mismas. Esto explica la sensación de cansancio, de constante tensión, de falta de tiempo que en forma iterativa declaran la totalidad de las entrevistadas.

La preocupación por la dentadura aparece en estrecha relación con la definición de situaciones-problema, lo que se refleja claramente a nivel de las prácticas. Si bien para todas las entrevistadas tener buena dentadura es deseable, la conciben como un bien que se perderá tempranamente en el transcurso de la vida. La frecuente pérdida de piezas dentales condiciona que el 82% de las madres, prevean los 45 años como edad promedio de duración de los dientes.

No obstante, la apariencia constituye un valor generalizado en la población, la presentación personal se asocia significativamente con el estado de los dientes. Expresión directa de esta realidad, es la alta valoración de que son objeto aquellas piezas dentales que naturalmente exponen en la interacción social. Los antecedentes obtenidos muestran que el 60% de las entrevistadas, otorgan una escasa valoración a los molares, en comparación con los dientes anteriores; en tal sentido declaran: "si una por los dientes... ni se atreve a veces ni a reirse". Igualmente, el poseer "tapaduras de oro" en las piezas centrales superiores, es considerado signo de estatus por el 68% de las madres. Cabe consignar la práctica de provocarse caries intencionalmente en los dientes anteriores con el propósito de obturarlas con oro. Expresiones tales como: "de pura pretenciosa se me picó el diente, porque me ponía pedazos de cierre-eclair dorado para que pareciera oro", "yo me picaba los dientes con un alfiler para poder tapármelos con oro", confirman la atribución de status social que se otorga a las obturaciones de oro anteriores.

La tabla 1 ilustra la frecuencia en que se mencionan creencias referidas a los dientes y su cuidado.

Tabla 1

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD Y EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS DIENTES.

Exceso de cepillado	12%
Herencia	76%
Edad de erupción de los dientes temporales.	46%
Embarazo	88%
Alimentación	64%
Dulces (sólo si se mastican)	100%

La calidad de los dientes en un alto porcentaje aparece asociada directamente a la herencia, predomina entre las madres la representación que, "tener buena o mala dentadura es de nacimiento". Otro factor vinculado con la calidad de la dentadura, es la edad de la erupción de los dientes temporales; en tal sentido afirman: "mejor tardíos porque salen más firmes"; de esta forma se postula una relación entre la tardanza en la erupción de los dientes temporales y la buena calidad de la dentadura.

El efecto nocivo para la dentadura, atribuido al embarazo, se menciona recurrentemente por las madres. Según sus propios términos, dicho estado se caracteriza por un "debilitamiento de la dentadura", debido a la "descalcificación de la madre". Afirman: "La guagua le come todo a una", "Cada hijo cuesta un diente", "Se me picaron los dientes desde que tuve los niños", "Se me cayeron los dientes por falta de calcio", "Estando embarazada se me cayeron las tapaduras". Igualmente, el consumo de antibióticos es descrito como "malo para los dientes"; se considera que los antibióticos "comen las defensas", a la vez que "ponen los dientes amarillos".

Sobre las prácticas alimentarias, es destacable consignar que el 64% de las entrevistadas reconocen la alimentación como muy importante para la dentadura. En efecto, desde que el niño es gestado, la alimentación materna constituye un valor significativo, tanto para la madre como para el niño; por lo cual, la madre procura estar "bien alimentada". El período de amamantamiento es altamente valorado como beneficioso para la salud y el crecimiento del niño. En relación a la dentición señalan: "al niño... la alimentación le da fuerza a la raíz".

Con respecto a los alimentos definidos como negativos, los "dulces" (caramelos), se reconocen por la totalidad de las madres como "malos para los dientes y las muelas". Sin embargo, el efecto nocivo atribuido a los dulces se vincula sólo con la práctica de masticarlos; es así como afirman que por masticar dulces "se les hacen tazas en las muelas"; a la vez que señalan: "Las muelas de los niños son blanditas". Ambos argumentos prevalecen en la explicación sobre por qué para las madres, el consumo de galletas no constituye una preocupación. En relación a éstas acotan: "Son blanditas" y "No les rompen los dientes". Al respecto, cabe señalar que si bien el consumo de dulces se considera destructivo

para la dentadura del niño, ya que según ellas "igual los mascan", éste constituye una práctica diaria. Se pudo constatar, mediante la observación, que es la madre quien frecuentemente proporciona el dinero para su adquisición; otros proveedores son: el padre, la abuela, los tíos, etc.

Entre los alimentos valorados positivamente para la salud en general y en particular para los dientes, fueron mencionados en forma recurrente: las frutas, las verduras, "el caldo", "la leche", el pescado, el cochayuyo, las legumbres y la harina tostada. Especial importancia se otorga a la cebolla cruda con sal, que al ser incluida en la alimentación desde la niñez, "da fuerza a los dientes".

En relación a la higiene oral, se menciona el cepillado o enjuague, el que efectúan antes del desayuno y/o antes de acostarse, porque, según sus propios términos "en la mañana la boca amanece amarga" y en la noche "para sacarse la comida del día". La idea de cepillarse después de cada comida, aunque prevalece entre el 86% de las entrevistadas, no se materializa y aparece condicionada a variables como "cuando me acuerdo", o "si estoy muy cansada no lo hago". Para justificar la contradicción entre lo que declaran como deseable a nivel teórico y sus comportamientos cotidianos, hacen referencia a la falta de tiempo y a la ausencia de hábito. Con frecuencia, las madres argumentan: "A una no le queda tiempo para nada...", "No me inculcaron el hábito desde chica", etc. Un número significativo de entrevistadas (22%), declaran haber iniciado el cepillado de dientes siendo adultas, aprendiendo dicha práctica de sus patrones. Sobre la higiene bucal de los niños y la responsabilidad que al respecto se asigna a la madre, afirman supervisar el cepillado sólo excepcionalmente.

Respecto a los productos empleados por las madres en su higiene oral, y la caracterización del tipo ideal de cepillo dental se obtuvo lo siguiente:

Tabla 2
PRODUCTOS EMPLEADOS POR LAS MADRES EN SU HIGIENE ORAL:

Pasta de dientes o bicarbonato	48%
Pasta de dientes o agua	40%
Bicarbonato o sal	12%

Tabla 3
CARACTERIZACION DEL TIPO IDEAL DE CEPILLO DENTAL:

"Que no sea duro"	52%
"Que sea blando"	18%
"Que sea duro"	18%
"Cualquiera"	12%

Respecto al uso de prótesis, el 68% de las madres declaran un rechazo a "la placa"; expresión directa de ello son los siguientes argumentos: "No hay como los dientes de uno", "Vaya a saber uno de quién son... a lo mejor de un muerto". Otras consideraciones negativas dicen relación con el uso de "puentes"; el 26% afirma: "Los ganchos de los puentes pican los dientes", "Echan a perder los dientes de al lado". Sin embargo, cabe consignar que aquellas madres que han perdido varias piezas dentales, especialmente las anteriores, valoran la obtención de una prótesis.

El manejo de la situación salud-enfermedad se limita, en la totalidad de los casos, a enfrentar problemas en los cuales el dolor aparece como factor desencadenante.

Tabla 4
PRODUCTOS MENCIONADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ODONTALGIAS

Productos	Niños	Adultos
Fármacos	68%	16%
Fármacos + Yervas	20%	28%
Fármacos + otros productos	12%	20%
Yervas		8%
Yervas + otros productos		14%
Otros productos caseros		14%
Total	100%	100%

El 58% de las entrevistadas define el sangramiento de encías como normal durante la práctica del cepillado. Si bien sólo el 42% de las mismas considera un problema que las encías sangren, la totalidad menciona causas que pueden originarlo.

Tabla 5

FACTORES MENCIONADOS COMO CAUSA DEL SANGRAMIENTO DE ENCIAS.

cepillo duro	44%
infección	28%
debilidad de la encía	22%
presencia de caries	16%
falta de higiene	8%
herencia	4%

Entre las formas de enfrentar el sangramiento de encías, cabe consignar el empleo de diferentes productos, especialmente de tipo casero para contrarrestarlo. El 38% menciona el enjuague con salmuera tibia después del cepillado, como la práctica de mayor frecuencia.

Tabla 6

PRODUCTOS MENCIONADOS EN EL TRATAMIENTO DEL "SANGRAMIENTO DE ENCIAS"

Fármacos	12%
Yerbas	4%
Enjuague salmuera	30%
Fármacos + Yerbas	2%
Fármacos + enjuague solo	8%
No mencionan tratamiento	44%
Total	100%

La toma de decisiones con respecto a la atención dental, aparece mediatizada por factores de variada índole. La decisión de acudir al especialista sólo se toma en cuanto el dolor se hace insoportable y generalmente coincide con un gran daño de la pieza dentaria. En caso de que esta sea susceptible de tratamiento, las entrevistadas declaran: "una no lo puede pagar". La totalidad de las madres aluden a la falta de dinero al explicar por qué sólo acuden a los centros asistenciales para extracciones; otros factores mencionados dicen relación con las percepciones sobre la calidad de la atención, el temor y la falta de tiempo.

El "miedo al dentista" es señalado por el 68% de las madres, como causa de la no concurrencia a los servicios para "tratamientos"; la experiencia es percibida como "lenta y dolorosa". Respecto a las percepciones sobre la atención, el 74% de las entrevistadas declaran: "No me gusta ir al consultorio porque hay que esperar toda la mañana"; "Más el problema

que hacen para atender", "Una va a pedir para tapaduras... y nunca le dan hora", "Sólo sacan de apuro... no dicen nada". Contrastando con los testimonios antes expuestos, el 58% de las entrevistadas reconocen acudir a la Posta Central cuando requieren de extracciones. Este centro asistencial es percibido como más eficiente y de fácil acceso. Sobre el mismo declaran: "Más me gusta la posta, porque por lo menos allá no duele tanto".

De igual modo, las consultas a especialistas por enfermedades periodontales, se realizan sólo a nivel de situaciones extremas; vale decir, cuando se agrega al sangramiento de encías intenso dolor, hinchazón y gran movilidad dentaria.

CONCLUSIONES.

La población tiene su propio modelo explicativo que opera en la definición y en el manejo de las enfermedades orales comunes, el que generalmente no responde al modelo interpretativo de la medicina moderna u oficial.

El valor positivo que la población otorga a la dentadura tiene estrecha relación con la presentación personal. Sin embargo, este valor no se ve reflejado en las prácticas de búsqueda de salud, tanto en las que dicen relación con el autocuidado como con aquellas referidas a demandas por terapias médicas. Estas prácticas están influenciadas en gran medida por la creencia popular de que cualquier acción que se tome no modificará el hecho que los dientes duren a lo más hasta la quinta década de la vida (82%).

Esta creencia se encuentra estrechamente relacionada con las representaciones sobre las causas que dan origen al deterioro y pérdida de las piezas dentarias, las que se vinculan con factores no manejables por los individuos: la herencia (76%) y el embarazo (88%).

La caries y las primeras etapas de la enfermedad periodontal, en un alto porcentaje no son reconocidas como enfermedades. Los conocimientos en relación a la etiología y la falta de las medidas de prevención de estas dos enfermedades, demuestran la escasa efectividad de la información de que son objeto, en particular, los estratos bajos de la población.

En relación a los conocimientos sobre los factores causales de la caries, el consumo de azúcar no se percibe dañino. La creencia popular indica que el daño se asocia sólo con la dureza de los llamados "dulces", los que al ser masticados destruyen las piezas dentarias (100%). El consumo de alimentos con gran

contenido de sacarosa en los niños, es propiciado por los adultos que se los proporcionan en forma diaria.

Referente a la gingivitis, el sangramiento de la encía se percibe como normal durante el cepillado (58%). La práctica de higiene oral no constituye una rutina diaria en las prácticas habituales de higiene personal (100%).

El manejo de la situación salud-enfermedad se limita en la totalidad de los casos a definir y enfrentar los problemas cuando el dolor es el factor desencadenante. Los comportamientos de búsqueda de salud oral, aparecen orientados preferentemente hacia las prácticas médicas populares y/o tradicionales.

La disminución en la demanda por acciones terapéuticas de la medicina oficial, está condicionada significativamente por la forma negativa en que son percibidos los servicios dentales (74%).

RESUMEN.

Este estudio tiene como propósito aumentar el conocimiento sobre los patrones culturales relacionados con la salud oral, que prevalecen en la población de bajo nivel socioeconómico, con el objeto de que sirvan de punto de partida para los programas de Educación en esa área.

El análisis cualitativo de los datos, posibilitó realizar inferencias sobre los valores y cuerpo de creencias que enmarcan los comportamientos de autocuidado de la salud oral. Entre estos comportamientos, la higiene bucal no constituye una práctica diaria.

Las creencias predominantes sobre los factores que influyen la calidad de los dientes son: la herencia, el embarazo, la edad de erupción de las piezas dentarias temporales, la ingestión de antibióticos y la "mala" alimentación.

La población atribuye a los "dulces" un efecto destructivo sobre los dientes, pero este efecto es asociado sólo a la acción de masticar aquellos que son duros. Un alto porcentaje de la población percibe el sangramiento de las encías como normal durante el cepillado. Sólo el 8% reconoce como causa la falta de higiene oral.

El manejo de la situación salud-enfermedad se limita a resolver problemas en que el dolor aparece como el factor que induce a la acción. El primer recurso utilizado es la automedicación, a través de una combinación de drogas y hierbas.

La forma negativa en que la población percibe los servicios dentales, condiciona significativamente la disminución de demandas por acciones terapéuticas.

SUMMARY

This study aims at increasing knowledge on the cultural patterns associated with oral health, prevailing in low socioeconomic populations.

The qualitative analysis of the data allowed inferences on the values and body of beliefs that frame the oral health selfcare behaviours. Among these behaviours, oral hygiene does not constitute a daily practice.

Predominant beliefs on the factors that influence the quality of teeth are: inheritance, pregnancy, the age of temporary teeth eruption, antibiotics ingestion, and "bad" nourishment.

The population attributes to sugary foods a destructive effects on teeth, but this effect is associated only with the action of chewing hard candies. A high percentage of the population perceives gum bleeding as normal during tooth brushing. Only 8% recognize bad oral hygiene as the main cause.

The management of the health-sickness situation is limited to solve problems in which pain appears as the action inducer factor. The first resource utilized is automedication, through a combination of drugs and herbs.

The negative way in which the population perceives the dental services, significantly conditions the decrease in demands for therapeutic actions.

RESUME.

Cette étude prétend accroître la connaissance de patrons culturels relationnés avec la santé buccale, prévalents dans la population de bas niveaux socio-économique, à fin de servir de point de départ aux programmes éducatifs sur ce domaine.

L'analyse qualitative des données a permis d'inférer sur les valeurs et sur les croyances qui encadrent les comportements de l'auto-surveillance de la santé buccale. Parmi ces comportements, l'hygiène buccale ne fait pas partie d'une pratique journalière.

Les croyances dominantes sur des facteurs qui influeraient la qualité des pièces dentaires, seraient: l'hérédité, les grossesses, l'âge d'apparition des pièces temporales, l'ingestion d'antibiotiques et la "mauvaise" alimentation.

La population inculpe les sucreries d'avoir un effet destructif sur les dents, mais cet effet l'associe à l'acte masticatoire de sucreries dures.

Un grand pourcentage perçoit comme normal le

saignement des gencives pendant le brossage. Seulement un 8% reconnaît comme cause le manque d'hygiène.

La réaction face à cette situation de santé-maladie se limite à solutionner les problèmes dont la douleur apparaît comme le facteur induisant l'action. Le premier recours employé en ces cas est l'auto-médication, moyennant drogues et herbes médicinales.

La façon négative dont la population perçoit les services dentaires conditionne d'une manière significative la diminution de la demande d'actions thérapeutiques.

BIBLIOGRAFIA.

- (1) W.H.O. Prevention Methods and programmes for oral diseases. Tech. Rep. Series 713, Geneva, Switzerland, 1984.
- (2) Ministerio de Salud de Chile. Salud Bucal, Noviembre 1982. Documento mimeografiado.
- (3) MEDINA, E. Medicina Tradicional Chilena. Un estudio sobre manifestaciones y significados del sistema médico popular urbano y rural, como recurso no oficial de salud. Tesis para obtener el título de maestro en Antropología Social. México U. Iberoamericana. 1981.
- (4) MUNIZAGA, C. "Algunos Enfoques de la Importancia Práctica de la Actual Medicina Popular Aborigen en Chile". En: Enfoques en Atención Primaria. 3 (2), pp. 33-38, Santiago, 1988.
- (5) ALTAMIR, O. "La pobreza en América Latina". Un examen de conceptos y datos. En: Revista de la CEPAL N° 13, 1981.
- (6) ALVAREZ, M. Deprivación y Familia. Ed. Universitaria, Santiago, 1982.
- (7) ARGUELLO, O. Delimitación del Concepto "Estrategias de Supervivencia" y sus vínculos con la investigación Sociodemográfica. Talleres de Estrategias de Supervivencia. (Documento de Trabajo) PISPAL, Buenos Aires, 1980.
- (8) LOMNITZ, L. "Cómo sobreviven los Marginados". Un estudio en barrios de México. Ed. Siglo XXI, México, 1980.
- (9) PEDERSEN, D. et. al. Estilos de Vida y Salud. OPS/FWKK, Programa de Salud Materno Infantil. (Documento de Trabajo) Octubre 1985.
- (10) PEDERSEN, D. Curanderos, Divinidades, Santos y Doctores: Elementos para el Análisis de los Sistemas Médicos. II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. (Documento inédito). Lima, 1988.
- (11) LARA, C. et. al. "La Tradición Popular" En: Boletín del Centro de Estudios Folklóricos. U. de San Carlos de Guatemala. N° 42/43, 1983.
- (12) WELLIN, E. Theoretical Orientations in Medical Anthropology: Continuity and Change over the Past Half Century. En D. Landy, ed. Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology. New York, Macmillan, p. 48, 1977.
- (13) OPS/OMS. II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Lima, Perú, Junio p. 3, 1988.
- (14) OPS/OMS. Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. Washington D.C., 1985.
- (15) MISRACHI, C. Desarrollo de un Modelo de Atención Primaria en Salud Oral para escolares, a través de la Integración Docente Asistencial. (Documento Mimeografiado) Facultad de Odontología, U. de Chile, 1986.