



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS Y COMUNITARIAS**

**ESTUDIO CUALITATIVO: LA CONNOTACIÓN Y LOS DISCURSOS SOBRE LA
SALIVA EN TRES CONTEXTOS: UNA COMUNIDAD CIENTÍFICA, UN CONSULTORIO
RURAL Y UNA COMUNIDAD RURAL MAPUCHE**

Scarlett Mac-Ginty Fontecilla

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Valentina Fajreldin

TUTORES ASOCIADOS

Dr. José Manuel Manríquez

Dr. Gonzalo Rojas

**Santiago - Chile
2012**

Agradecimientos

Agradezco a mis tutores, principalmente a Valentina, por su dedicación, su calidad académica y ser una guía más allá de este trabajo de investigación.

A la comunidad mapuche de Panguipulli que compartieron sus experiencias y saberes conmigo y al área odontológica del CESFAM por su acogida.

A los que colaboraron como expertos en esta tesis y a todos los académicos y funcionarios que fueron parte de mi proceso formativo.

Debo agradecer también a los que me acompañaron en esta etapa, a mis compañeros y amigos de generación, especialmente a Francisco, a los que constituimos el Centro de Estudiantes de Odontología 2010, los fundadores de la Asociación de Estudiantes de Odontología de Chile y a las grandes personas que conocí en la Fech y en el Senado Universitario.

Finalmente agradecer a mi familia, la cual fue un constante apoyo.

Índice

Introducción	4
Problema de Investigación	5
Objetivos de la Investigación	6
Metodología del Trabajo.....	7
Marco Teórico.....	15
Resultados	34
Conclusiones	53
Referencias Bibliográficas	57
Anexos.....	62

Introducción

El presente trabajo de investigación se sitúa en una línea innovadora dentro de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, pues investiga una línea temática no abordada hasta el momento en Odontología a nivel nacional y además utiliza metodología cualitativa en su elaboración, lo que implica un foco en la comprensión del fenómeno.

El problema de investigación se enmarca en la construcción social de discursos en torno a la saliva y sus connotaciones, para lo cual, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, consulta a expertos y un trabajo en terreno. En este último, los grupos estudiados corresponden a los docentes de odontopediatría de la Universidad de Chile, el personal del área odontológica del CESFAM de la Comuna de Panguipulli (profesionales y técnicos) y la comunidad rural mapuche de la Comuna de Panguipulli.

Se buscó identificar, describir y analizar el discurso de integrantes de los grupos de estudio respecto a la saliva, sus propiedades y las connotaciones socio-culturales asignadas. Esto se hace considerando los imaginarios o representaciones sociales que estos grupos poseen.

Problema de Investigación

El problema de investigación se relaciona con la construcción social de discursos en torno a la saliva y las connotaciones que estos discursos le asignan, en el marco de la definición social sobre lo sano y lo patológico, lo individual y lo colectivo. Este problema se abordará a través del estudio del discurso de tres grupos sociales y pretende conocer e identificar diferencias discursivas y algunas de sus posibles consecuencias en las relaciones clínicas en que los grupos de actores se involucran.

A raíz del problema de investigación propuesto, se formula la pregunta de investigación: ¿En qué consisten y cómo se construyen, los distintos discursos y connotaciones socio-culturales sobre la saliva, en el contexto de la academia, los profesionales del equipo odontológico de la atención primaria en salud y del mundo rural mapuche?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Identificar los significados que otorga el discurso de tres grupos sociales distintos respecto de la saliva y sus propiedades y connotaciones socio-culturales, en el marco de la construcción social de las nociones de salud / enfermedad; para conocer las barreras que podrían incidir en las relaciones clínicas odontológicas.

Objetivos Específicos

- Identificar y describir el discurso de integrantes de una comunidad mapuche rural de la XIV Región en torno a la saliva en sus connotaciones sociales más relevantes.
- Identificar y describir el discurso de los docentes en odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en torno a la saliva en sus connotaciones para el ámbito profesional.
- Identificar y describir el discurso de los cirujano dentistas y técnicos del área odontológica de un consultorio rural de la XIV Región, en torno a la saliva en sus connotaciones para el ámbito profesional.
- Comparar los discursos de los grupos sociales descritos e identificar diferencias que podrían repercutir positiva o negativamente en la atención odontológica.

Metodología del Trabajo

1. Fundamento Metodológico:

La metodología del estudio es de corte cualitativo. Las técnicas cualitativas permiten generar información a partir de lo que los propios sujetos refieren.

Una forma de poder abordar los métodos de investigación es hacer una división macro entre la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa. La primera “se centra en observaciones externas susceptibles de cuantificarse, maneja muchos datos y usa métodos estadísticos”, la segunda “busca comprender un fenómeno en profundidad, se centra en descubrir el sentido y el significado de acciones sociales y su centro de observación son casos particulares” (1).

Existe polémica entre los investigadores de estos dos tipos de investigación, donde “los partidarios del análisis cuantitativo afirman que el análisis cualitativo carece de mecanismos internos que garanticen el nivel mínimo de fiabilidad y validez, y los partidarios del análisis cualitativo, por su parte, afirman que la supuesta neutralidad y precisión de medida de los datos cuantitativos no pasan de ser una mera afirmación ideológica, resaltando el escaso valor explicativo de varianza aportado por los test estadísticos y ridiculizando el abuso esotérico de fórmulas cada vez más cabalísticas para el logro de unas definiciones de los fenómenos sociales progresivamente alejadas de la realidad social” (2).

La metodología cuantitativa se basa en el Paradigma Positivista, el cual plantea que “la ciencia es una, y procede según la lógica del experimento, su patrón es la medición o cuantificación de variables para identificar relaciones; el investigador busca establecer leyes universales para “explicar” hechos particulares; el observador ensaya una aproximación neutral a su objeto de estudio, de modo que la teoría resultante se someta a la verificación posterior de otros investigadores” (3). Además, presenta como característica principal el “enfoque reduccionista, mecanicista, que consiste en que todos los aspectos de un

organismo pueden entenderse reduciéndolos a sus constituyentes más pequeños y estudiando los mecanismos de interacción de ellos” (4).

Según esta definición, se podría inferir que el desarrollo científico histórico se da por acumulación de conocimientos y nuevas tecnologías, pero autores como Thomas Kuhn explican que su mayor progreso se da a través de una estructura de revoluciones científicas, que vendrían siendo justamente “aquellos episodios de desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado completamente o en parte por otro nuevo e incompatible” (5).

Al igual que la política y sus instituciones que compiten entre sí, en las revoluciones científicas compiten la elección entre paradigmas, resultando una opción entre modos incompatibles de vida de la comunidad científica. Para argüir en la defensa de ese paradigma cada grupo utiliza el suyo propio, utilizando técnicas de persuasión de masas y no por medio de la experimentación y observación como se podría pensar (5).

Por todo lo mencionado, queda en duda los postulados básicos del método cuantitativo positivista, que ha dominado la ciencia occidental en el sentido de que: “el mundo social constituye un sistema de regularidades empíricas y objetivas, observables, medibles, replicables y predecibles mentalmente“ y dan paso a los métodos cualitativos como acceso a la realidad, donde “el mundo social es construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados” (2).

2. Estrategia Metodológica y Técnicas de Recolección de Información:

Con el propósito de comprender los fenómenos relacionados con el discurso y las connotaciones sobre la saliva, se decide estudiar estos procesos en grupos concretos a partir de la perspectiva de los actores involucrados, indagando las opiniones, percepciones e interpretaciones que ellos expresan acerca del fenómeno en estudio, mediante entrevistas semiestructuradas. Esta estrategia permitió explorar en forma intensiva el objeto de estudio al contextualizar la indagación en el escenario natural en el que el mismo se desarrolla. Posteriormente, se efectuó un análisis interpretativo de la información, tomando como referente el marco teórico.

Este estudio cualitativo constó de tres grandes etapas: Una revisión bibliográfica exhaustiva, entrevistas a expertos temáticos, los cuales constituyen el marco teórico; y el trabajo en terreno propiamente tal.

El trabajo en terreno se dividió en dos partes: La primera se desarrolló en la ciudad de Santiago, donde se realizaron entrevistas a odontólogos docentes y especialistas en odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. La segunda etapa se realizó en la comuna de Panguipulli, Región de los Ríos, donde se entrevistó a representantes de una comunidad rural mapuche y a profesionales y técnicos del área odontológica el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la Comuna.

La técnica utilizada es la “entrevista en profundidad semiestructurada”, la cual permite conocer, entender e interpretar mejor las percepciones y el comportamiento humano, además de hacer posible una recopilación detallada del contexto sociocultural y los patrones de comportamiento de personas ligadas a algún grupo específico de la población (6). Esta técnica de recolección de datos se aplicó a 15 actores seleccionados como informantes de forma individual y a un grupo de cuatro sujetos. Con cada actor se efectuó una sesión, con una duración promedio, de 30 – 60 minutos.

Antes de cada entrevista, se diseñó un guión de conversación o pauta temática, la cual tiene como objetivo asegurar la obtención de la misma información de varias personas al tratar el mismo tema, pero posee la suficiente flexibilidad para adecuarse a los tiempos y formas del entrevistado. No se realizó la validación de la pauta pues constituye una guía para el investigador, que busca captar los significados de los discursos y las experiencias de los sujetos de estudio, supeditado al contexto etnográfico; a diferencia de un cuestionario, el cual posee una orientación particularista y generalizadora, que requiere su validación previa.

Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado oral y escrito de todos los participantes, el cual contempló los siguientes aspectos: Compromiso de fecha, escenario, tiempo de la entrevista, objetivos y motivos de la entrevista, garantía de anonimato y confidencialidad de la información. Posteriormente, fueron transcritas y analizadas de acuerdo con las categorías emergidas desde el discurso mismo de los entrevistados y no con categorías previamente definidas.

3. Etapa Previa al Trabajo en Terreno:

Entrevista a Expertos:

Experto Entrevistado	Resumen Currículum
Tibor Gutiérrez	<p>Antropólogo, Licenciado en Antropología, Universidad de Chile.</p> <p>Curso Sociolingüística Aplicada en Poblaciones Indígenas Latinoamericanas, LSU. Louisiana State University, USA.</p> <p>Corporación de Desarrollo Indígena: Encargado de la Unidad de Fomento y Desarrollo Productivo en Microempresas Indígenas, región 4º, 5º, 6º y Metropolitana.</p> <p>Jefe Nacional del Departamento de Desarrollo y Fondo de Desarrollo Indígena; UNESCO, Guatemala.</p> <p>Docencia Universitaria: Profesor y Ayudante de las Cátedras de Etnología, Cultura y Lengua Mapuche, Universidad de Chile.</p>
Rodrigo Cabello	<p>Cirujano Dentista de la Universidad de Chile.</p> <p>Magíster en Ciencias Odontológicas mención Cariología, Universidad de Chile.</p> <p>Docente Cariología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.</p>

	<p>Asesor Departamento de Salud Bucal, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud desde el año 2006 hasta el año 2009.</p>
<p>Nelson Lobos Jaimes-Freyre</p>	<p>Cirujano Dentista de la Universidad de Chile.</p> <p>Profesor Titular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.</p> <p>Especialista en Histopatología Buco Máxilo Facial y en Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones de Mucosa Oral.</p> <p>Ex Director del Departamento de Patología de la Universidad de Chile.</p> <p>Ex Presidente de la Sociedad de Patología Buco Máxilo Facial.</p> <p>Autor de Libro: "Sida y Odontología", Ed. Avances Médicos Dentales Madrid-España. "Patología de la Mucosa Oral", Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile.</p>

4. Trabajo en Terreno:

A continuación se detalla la población a la cual se aplicaron los instrumentos de estudio: “entrevistas en profundidad semiestructuradas”, individuales y grupales.

La muestra con que se trabaja ha sido intencionada; esto es, los sujetos sociales, en quienes se aplicaron los instrumentos, han sido seleccionados en consideración de sus características y roles dentro de los diferentes contextos, y no en consideración de su representatividad estadística; dado que en fenómeno estudiado se analiza desde la metodología cualitativa como ya se ha explicado.

5. Grupos de Estudio:

Comunidad Académica del Departamento de Odontopediatría de la Universidad de Chile	Se realizaron cuatro entrevistas para conocer su construcción social sobre la saliva, como miembros de una comunidad científica. Tres participantes del sexo femenino y uno del masculino, todos los profesionales hicieron su pregrado en la Universidad de Chile donde posteriormente se especializaron e incorporaron a la docencia.
Cirujano Dentistas que trabajan en el CESFAM de Panguipulli	Se realizaron cuatro entrevistas, para identificar diferencias y similitudes con la Comunidad Científica de Odontopediatría. Tres participantes del sexo masculino y uno del femenino, todos los participantes realizaron sus estudios en universidades tradicionales chilenas correspondientes a la U. de Chile, U de la Frontera y U. Austral de Chile. En tres de

	<p>ellos este CESFAM constituye su primer trabajo formal. El trabajo desempeñado se resume en atención asistencial según grupos priorizados dentro del marco del MINSAL, charlas educativas, atención en rondas a postas rurales y trabajo en el Módulo Junaeb.</p>
<p>Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) que trabajan en el área odontológica y en postas rurales del CESFAM</p>	<p>Se realizaron cuatro entrevistas, bajo el supuesto, de que gran parte de la información que se entrega a los usuarios del sistema de salud, es transmitido por el personal sanitario no profesional.</p> <p>Tres participantes del sexo femenino y uno del masculino. Tres de los participantes trabajan actualmente en el servicio dental y uno de ellos en una de las postas rurales. Todos son procedentes de la comuna de Panguipulli y realizaron sus estudios como técnicos de enfermería de Nivel Superior sin especialización y aprendieron las labores del área odontológica en el CESFAM.</p>
<p>Comunidad Rural Mapuche residente en la Comuna de Panguipulli</p>	<p>Se realizaron tres entrevistas individuales y una grupal, para conocer su construcción social sobre la saliva, las cuales se resumen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirigenta Mapuche, perteneciente al Parlamento de Koz Koz. - Dirigenta Mapuche, Presidenta de la Mesa Intercultural de Salud. - Anciana Mapuche del sector de Cayumapu. - Grupo de Adultos Mayores de la Posta de Bocatoma.

Marco Teórico

Este capítulo, coherente con la metodología cualitativa utilizada en este trabajo de investigación, se compone de una revisión bibliográfica y de información entregada por expertos en las áreas de antropología, patología oral y cariología, entrevistados en una etapa previa al trabajo en terreno propiamente tal.

Para abordar un problema desde la perspectiva cualitativa, es necesario definir nociones básicas que orientan la teoría acerca de lo que se desea conocer. Una de ellas es la noción de "cultura" en el sentido antropológico. Esta puede definirse como un "complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas principalmente a través del lenguaje y su vida en la sociedad" (7). Es un fenómeno dinámico que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización.

La comprensión de los procesos culturales por parte del personal sanitario, ha producido una tendencia al cambio dentro de las concepciones de la salud-enfermedad; y a la vez han sido los nuevos escenarios en la salud pública los que han evidenciado el rol de los aspectos culturales y los aspectos sociales en los fenómenos sanitarios, como un tema prioritario de identificar. Ya desde el año 1979 con la Declaración de Alma Ata; y desde el año 1986, en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclama la carta de Ottawa, haciéndose cargo de los problemas de salud de las comunidades a partir del lema "Salud para todos para el año 2000", se hace explícito el requerimiento de una nueva manera en que los líderes deben enfrentar ese tema en sus respectivas comunidades (8).

Un punto fundamental en este esfuerzo internacional por innovar y adecuar los sistemas de salud pública a los requerimientos actuales es la determinación de un cambio paradigmático en la concepción de salud; que guíe el accionar de la técnica y el ejercicio del cuidado de la salud. Este nuevo concepto de salud deja de centrarse en la ausencia de enfermedad, para preocuparse por el bienestar Biopsicosocial de las comunidades. Este paradigma entiende el proceso salud - enfermedad como "la resultante de una combinación de factores entre los

que se incluyen las características biológicas, factores conductuales y condiciones sociales” (9, 10).

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos (11).

Así, los determinantes sociales han sido definidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud, o “las características sociales en que la vida se desarrolla” (12); de manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales, objetos de políticas públicas, son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (13).

En este contexto, una de las dificultades más importantes en la relación tanto clínica, como en el diseño de las políticas públicas en salud, es no considerar –ni siquiera identificar- la cultura de los usuarios y de los prestadores de salud. La antropología médica contribuye a develar y comprender cómo la cultura se involucra y determina el proceso de atención en salud, como también proporciona elementos socio-antropológicos para apreciar el fenómeno de salud – enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural (14).

Para los antropólogos médicos es posible –y necesario– dividir la enfermedad en: el fenómeno clínico como manifestación (disease), y la experiencia de estar enfermo (illness), que es el área apropiada para el estudio antropológico. Algunos autores distinguen asimismo la enfermedad objetiva/subjetiva, étic/émic, entre otras dicotomías que implican un reconocimiento a que la enfermedad es leída desde los sujetos y no es meramente una entidad independiente. El concepto de “Disease” varía de sociedad en sociedad, y es explicable por factores tanto climáticos o geográficos como otros relativos a las actividades productivas, la distribución de los recursos, factores como la malnutrición, la polución, la

inseguridad económica, la vivienda, la posición que política y socialmente se tenga dentro de la comunidad, entre otros, que contribuyen a la susceptibilidad de la salud. Y más allá de su existencia en cuanto a fenómeno físico, existe cuando se la reconoce desde la cultura (Illness). Por ello, no es sólo variable en relación a diferencias culturales sino también dentro de una misma sociedad y en el tiempo. En el nivel individual tiene que ver con la respuesta del paciente al sufrimiento o la enfermedad, lo que se conoce como "padecimiento", o, según el concepto de "mindful body", un cuerpo siente físicamente la angustia del malestar que porta. En respuesta de "disease" o "illness" cada sociedad crea un Sistema Médico (15).

Podemos entender a los Sistemas Médicos como Sistemas Culturales. "Un Sistema Médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva" (14). En consecuencia, las medicinas son construcciones sociales que responden a necesidades de un entorno social específico (14). Ningún sistema médico puede ser comprensible y actualizable por parte de los individuos de un colectivo sin hacer referencia a la noción de Imaginario social.

1. Imaginario Social

Este concepto puede ser utilizado para referir a la forma en que cada comunidad –y por ende sus individuos- construyen una representación sobre determinados fenómenos, haciéndola suya y diferenciándose del resto de los colectivos culturales. De esta manera, las representaciones sociales son particulares de un grupo de pares (cualquiera sea su tipo: comunidad científica; comunidad étnica; grupo etario; miembros de alguna organización religiosa o política, entre otras diversidades sociales). Las representaciones sociales o imaginarios, son tan particulares al grupo como compartidas por los individuos que confirman ese conglomerado cultural particular.

Podemos definir el imaginario como "un conjunto de producciones, mentales o materializadas en obras, a partir de imágenes visuales (cuadro, dibujo, fotografía) y lingüísticas (metáfora, símbolo, relato), que forman conjuntos coherentes y dinámicos que conciernen a una función simbólica en el sentido de una articulación de sentidos propios y figurados" (16). Integra la propia actividad de la imaginación y designa los agrupamientos sistemáticos de imágenes, en

la medida en que comprenden un principio de autoorganización, de autopoietica, que permite abrir lo imaginario a la innovación, transformaciones en el tiempo y recreaciones.

Existiendo diferentes conceptos del imaginario, no obstante, se pueden distinguir algunas vías de abordaje y resultados convergentes que permiten sostener que el imaginario (de una obra, de un creador, de un pueblo, de una época), lejos de ser un conjunto anárquico, caótico, hecho de asociaciones heteróclitas de imágenes, obedece a estructuras y conoce una historia marcada por un juego sutil de constantes y variaciones en el tiempo. Lo imaginario no es –como podría parecer- una forma de lo irracional; debe ser visto, más bien, como un espacio-tiempo análogo. “Los imaginarios se organizan efectivamente en lógicas y sus potencialidades provienen de la complejidad de sus texturas” (16). Entre las funciones del Imaginario, los seres humanos inventan, desarrollan y legitiman sus creencias en imaginarios, en la medida en que esta relación con lo imaginario, obedece a necesidades, satisfacciones, efectos a corto y largo plazo que son inseparables de su naturaleza humana.

2. Interculturalidad y Promoción de Salud.

En las últimas décadas, por parte de los investigadores en salud pública y un conjunto intersectorial compuesto por la sociedad civil (organizaciones indígenas, gobiernos y organizaciones internacionales), se ha utilizado el concepto de Interculturalidad en Salud, el cual se refiere al “conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud” (14). Es decir, valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva se plantea el objetivo de crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas, para lo cual se debe buscar estrategias conforme a este desafío.

Entre estas estrategias se encuentra la necesidad de la comunicación intercultural y la validación cultural, la cual consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. “El

profesional debe comprender, respetar e incluso integrar algunos elementos culturales del paciente que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo, lo cual no significa, que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente.” Lo planteado se sustenta en que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el enfermo y el profesional, el que se logra si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para médicos como pacientes (14).

En este marco paradigmático, es necesario que la salud oral deje de centrarse exclusivamente en los aspectos biomédicos, para adoptar una visión integral del ser humano, abarcando aspectos culturales y sociales insoslayables al momento de intervenir. En primer término, es necesario considerar que los colectivos o agrupaciones de científicos en odontología, constituyen uno más de los colectivos portadores, creadores y recreadores de imaginarios o representaciones sociales sobre los objetos de su ámbito de estudio-clínicos.

A partir del año 2002, el “programa global de salud oral” de la OMS, reorientó su estrategia de acción hacia una integración con la prevención de enfermedades crónicas y la promoción en salud general. El programa trabaja para crear políticas de salud que busquen “controlar los factores de riesgo para la salud oral, comunes también para las enfermedades crónicas; enfocado a las conductas de riesgo modificables” (17). Las conductas de los individuos influyen en la salud de estos mismos (18), y estas conductas determinarán en gran medida, la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, y asimismo de las patologías bucales (19).

Según Finayson y col (20), existe una comprensión en la comunidad científica odontológica, que la promoción en salud oral necesita adoptar una perspectiva más amplia y dirigir sus esfuerzos a múltiples determinantes de salud oral. La investigación apunta a que no se puede dirigir los esfuerzos sólo a los individuos y sus características biológicas y conductuales, sino que deben considerar factores psicosociales y físicos del ambiente del individuo.

Por otra parte, existe un compromiso del Estado chileno en avanzar en la pertinencia de las políticas públicas hacia el mundo indígena, bajo un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos de los indígenas. De este modo, el propósito de la “política de salud y pueblos indígenas” es “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución y evaluación del proceso” (21).

3. La Saliva como Construcción Social

La temática de la saliva, dentro de la investigación odontológica contemporánea, se suele estudiar solamente de la perspectiva biologicista, pasando de lo molecular a la microbiología y de los signos a los síntomas relacionados con su producción y composición, es decir lo objetivable, dejando afuera los aspectos subjetivos y vivenciales que connota la presencia (o ausencia) de este fluido, el cual en todo el mundo, lleva definitiva connotaciones positivas y negativas, en base a sus consecuencias sociales, psicológicas, comportamiento y entornos culturales (22).

Una visión negativa de la saliva, se deriva del descubrimiento de que este fluido puede poseer patógenos del aire y de las enfermedades respiratorias. De hecho, a mediados del siglo XIX escupir en un lugar público era algo común, generalmente asociado al hábito de fumar tabaco. Esta práctica socialmente aceptada da un giro en el momento que la saliva es puesta bajo la luz del microscopio desvelándose que podía contener gérmenes. Esta visión negativa de la saliva crece aún más cuando Robert Koch en 1882 descubre el *Mycobacterium tuberculosis*, así como posteriormente se conoce sobre la transmisión con la saliva de otras enfermedades como la Influenza. De todas formas cabe destacar que el verdadero responsable de la transmisión de estos microorganismos es el esputo y no la saliva propiamente tal (22).

La tuberculosis, considerada en esa época como la más común y destructora de las enfermedades, y el descubrimiento de Robert Koch acerca de su etiología y sus mecanismos de transmisión hace poner en marcha políticas públicas, como la prohibición de

escupir en el suelo y la instalación de escupideras en los lugares públicos en varios países para evitar el contagio dentro de la población (23, 24).

Este discurso también ha ido desarrollándose en la Odontología, donde por un lado se manifiesta en el desarrollo de la Bioseguridad, evitando el traspaso de fluidos como la saliva. Además, su transmisión se plantea como responsable de aumentar el riesgo de caries dental: la enfermedad con más incidencia y morbilidad a la que se ven enfrentados los odontólogos.

3.1 La aparición del VIH/SIDA y el desarrollo de la Bioseguridad

El hito histórico que marca el concepto de bioseguridad en el ámbito médico y odontológico es la irrupción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (*Lobos N. Entrevista Personal, 28 de junio de 2012*). En 1981 Gottlieb del CDC informó la existencia de una nueva enfermedad capaz de dañar el sistema inmunológico en individuos homosexuales a través del desarrollo de infecciones y tumores secundarios que condujeron a estos pacientes a la muerte, posteriormente Monstagnier demostró que el agente causal del SIDA era un virus y en 1983 informaron haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente. En 1984 Levi y sus colaboradores lograron aislar el agente causal del SIDA y en 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus recomendó que el agente causal del SIDA se denominara Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (25), por otra parte, la formas de contagio no estaban claras en los primeros hallazgos de la enfermedad y tampoco la labilidad del virus, siendo el tema aún más controversial.

En Chile, al alero de la problemática mundial del SIDA, se crea la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), la cual a través de grupos de especialistas –donde también participan los dentistas– busca estrategias de cómo enfrentarse a la enfermedad (*Lobos N. Entrevista Personal, 28 de junio de 2012*).

En el ámbito odontológico anterior a este hito, existían mínimos protocolos de bioseguridad para la atención dental general, ningún profesional usaba elementos básicos, como hoy en día lo son los guantes y mascarillas (*Lobos N. Entrevista Personal, 28 de junio de 2012*).

A la llegada del SIDA el gran problema para los cirujanos dentistas pasó a ser la saliva y la sangre en la boca. Dentro de las discusiones del CONASIDA se encontraba que un dentista podría aspirar saliva y sangre, por ejemplo cuando se estaba realizando un destartraje con ultrasonido, y teóricamente a través de los aerosoles se podrían contagiar a través de la mucosa nasal y los párpados; además del contacto de fluidos corporales con heridas en las manos. En atención a esto es que actualmente se usa mascarilla, anteojos y guantes desechables. En este contexto la saliva se convirtió en un asunto fundamental como transmisora, no solo del SIDA sino también de otras enfermedades. (*Lobos N. Entrevista Personal, 28 de junio de 2012*).

Al alero de estas discusiones se crean las primeras normas de bioseguridad, conductas y procedimientos a seguir en la atención odontológica, las cuales dentro del transcurso del tiempo cada vez son más estrictas. En opinión del Dr. Lobos “En estos momentos la bioseguridad ha llegado a un punto que yo creo que es un negocio, exageradamente se está haciendo y encarece en una manera tal la atención odontológica... que si tú piensas todo lo que se gasta en un examen clínico, entre los guantes, la servilleta, incluso para mover las asas de la luz... y se tiene horror de meterse, de tocar una boca, y eso ha sido planteado por la bioseguridad y todo se ha complicado bastante... pero si tu piensas la humanidad ha vivido con los virus de que existe el hombre, los virus se encontraron en la época, en 1930, los retrovirus son de la época del 60, yo pienso es tanta la exageración del contagio por saliva, teniendo en cuenta que también la saliva tiene defensas, tiene inmunoglobulinas, una serie de cosas que puede neutralizar al VIH” (*Lobos N. Entrevista Personal, 28 de junio de 2012*).

3.2 La Caries Dental y el Paradigma de la Transmisión

En el transcurso de los últimos años, la comprensión de que las enfermedades odontológicas como la caries dental y las enfermedades periodontales son prevenibles y controlables ha suscitado un avance hacia una valoración de la importancia de la promoción y prevención en

salud, lo cual se ha traducido en diferentes políticas de salud pública que buscan disminuir la prevalencia de las enfermedades bucales y lograr una población más sana. Ejemplo de esto son las Garantías Explícitas de Salud (GES) Odontológicas del Niño de 6 Años y el GES Odontológico de la Embarazada. La construcción de estas políticas se enmarca en paradigmas, entendidos como, un “conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo” (5), los cuales responden a imaginarios sociales.

La “norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil”, publicada por el Ministerio de Salud en 1998 indican que “La caries dental es una enfermedad infecto contagiosa. Esta transmisibilidad se realiza por *S. mutans* y puede ser transmitida por intercambio de saliva. Una forma de prevención es evitar la infección o posponerla el mayor tiempo posible. Estudios Clínicos demuestran que mientras más tarde un niño es infectado con *S. mutans*, presentan menos riesgo de tener caries dentales” (26).

“La forma de transmisión puede ser directa o indirecta. El contagio directo se produce a través de los besos, dónde la flora oral es transmitida por la saliva. El contacto indirecto ocurre por la vía de uso de objetos, tales como cepillos de dientes, tenedores o cucharas u otros objetos que puedan estar contaminados con flora bacteriana cariogénica. La evidencia de la transmisión de *Streptococos mutans*, se basa en la aislación de colonias comunes entre familiares, especialmente entre madre e hijo” (26).

“La transmisión ocurre sólo un tiempo después de la erupción de los dientes, ya que los *S. mutans*, se colonizan sólo en superficies no lisas. Se define como “ventana de infectividad”. el periodo durante el cual el niño es más susceptible de adquirir estos microorganismos. Los rangos van desde los 19 a 31 meses, con una media de 26 meses. El rango de infección depende de varios factores, del grado de infección de los padres, de la frecuencia del contacto con el niño, de la dieta y del estado inmunológico del niño” (26).

El Dr. Rodrigo Cabello señala que esta definición tiene que ver con que la caries dental desde la Teoría de Placa Específica de Leche. En los años 90 se empieza a entender que el

S. mutans es el causal de la caries dental; entendiéndolo casi como una monoinfección. Es decir, en algún momento de la vida se adquiere el S. mutans y esa adquisición o esa infección generan enfermedad. Bajo esa teoría, se identifican ciertos momentos de la vida, que son las Ventanas de la Infectividad, en el fondo, sería el momento en que se tiene mayor probabilidad de adquirir el S. mutans. Considerando la investigación y las técnicas microbiológicas de la época, existirían evidencias que sustentan ese paradigma. Pero que la evidencia actual muestra otras realidades (*Cabello Rodrigo, Entrevista Personal, 5 de diciembre de 2012*).

Para que una enfermedad sea infecciosa y transmisible tiene que cumplir con ciertos criterios y esos criterios son los Postulados de Koch, que son los criterios de causalidad microbiológicos, que básicamente son tres:

1. El microorganismo debe estar presente en todos los individuos con la misma enfermedad.
2. El microorganismo debe ser recuperado del individuo enfermo y poder ser aislado en medio de cultivo.
3. El microorganismo proveniente de ese cultivo debe causar la misma enfermedad cuando se lo inocula a otro huésped.

Respecto a la caries se sabe actualmente que puede existir un paciente con S. mutans y sin caries y un paciente con caries y sin S. mutans. El conteo de S. mutans es un muy mal predictor de caries, además la proporción de este grupo en la población de microorganismos no alcanza a llegar al 10% de las 600 especies conocidas en la boca. Entonces, con esos elementos, hoy en día, nos damos cuenta que lo que importa más que la especie en particular, es el biofilm que está asociado. Este biofilm no es intrínsecamente nocivo. De hecho, es un grupo de bacterias que tiene que vivir necesariamente en la boca: no es compatible la vida sin biofilm. Lo interesante es, cuándo este biofilm pierde esta relación simbiótica con el individuo y se vuelve patológico. Se ha visto que esto sucede no por la introducción de una nueva bacteria o una infección exógena, sino porque el cambio ecológico que se produce en la boca, que está vinculado con los comportamientos del individuo (*Cabello Rodrigo, Entrevista Personal, 5 de diciembre de 2012*).

Finalmente lo que gatilla la caries dental es un cambio ecológico que ejerce un efecto sobre el biofilm y esos cambios tienen que ver, por ejemplo, con disminuciones de los flujos salivales, alteraciones de alimentación, aumento de consumo de azúcares. Es decir, un listado de situaciones que cambian la ecología de la boca y propician la aparición de la enfermedad (*Cabello Rodrigo, Entrevista Personal, 5 de diciembre de 2012*).

Respecto a la afirmación de que realizar un tratamiento odontológico a una mujer embarazada repercute en que sus hijos tengan menos caries, se debería a que se evita el contagio de bacterias a los hijos al estar sanas las madres, el Dr. Cabello señala que, en realidad, la menor tasa de caries en los hijos se explica por la transmisión de costumbres y hábitos saludables en la etapa en que el niño tiene un mayor riesgo de sufrir caries. No es que el niño tenga más *S. mutans* porque se los compartió la madre, sino que esa madre tiene malos hábitos que repercuten en sus hijos que incide en que exista una flora bacteriana más agresiva (*Cabello Rodrigo, Entrevista Personal, 5 de diciembre de 2012*).

Asimismo, cuando empiezan a aparecer las nuevas técnicas de microbiología, como la microbiología molecular, esta permite pesquisar a los microorganismos cuando están en muy baja proporción, encontrando que el *S. mutans* está en la boca desde cuando se nace antes de la erupción de los dientes (*Cabello Rodrigo, Entrevista Personal, 5 de diciembre de 2012*).

3.3 Connotaciones Culturales y Rituales de la Saliva

Además de las concepciones e imaginarios de la saliva que acabamos de revisar, la saliva tiene distintas connotaciones sociales y rituales relacionadas con culturas diversas y sus discursos. Por ejemplo, en algunas comunidades africanas, ciertos rituales de nacimiento implican el uso de saliva.

Entre los *wolof* de África occidental, cuando un bebé nace, una anciana va a visitar a la madre y al niño, y posteriormente le da al niño una bendición escupiendo en su cara y besándolo. Del mismo modo, un grupo de varones mayores da bendiciones sobre el niño escupiendo en su oído y frotando saliva sobre la cabeza de este. Entre los *wolof*, además, la

saliva tiene el poder de retener palabras como bendiciones. Se afirma que, "Como la miel en el agua, el habla, buena o mala, se disuelve en la saliva, que conserva parte de su poder" (27).

Asimismo, entre los *igbo* de Nigeria, también hay rituales de nacimiento asociados con el uso de saliva. Después que un niño nace y comienza a llorar, él o ella es llevado a la casa solariega donde cualquier pariente que es conocido como un orador mastica granos de pimienta de cocodrilo, escupe la mezcla sobre el dedo y lo inserta en la boca del bebé debajo de la lengua. Él o ella entonces frota la mezcla sobre la *genioglossi* y exhorta al niño a convertirse en un orador (28). Del mismo modo, entre los *Ashanti* de Ghana, después del nacimiento de un niño y en su ceremonia de nombramiento, el abuelo del niño escupe su boca del para fortalecer su espíritu (29).

La saliva también puede ser utilizada en algunas de las actividades o rituales de la vida diaria. Los contextos en los que la saliva se puede usar incluyen escupir como una forma de saludo. Entre los *Nuer* de Sudán del Sur, se observa que los hombres escupen sobre las cabezas de sus hijos al regresar de los viajes y las niñas que no se han visto la una a la otra durante algún tiempo, escupen entre sí como una forma de saludo (30). Escupir a modo de saludo puede tener lugar también a reforzar las jerarquías sociales. Entre los *Lozi* de Zambia, los jefes mayores o personas reales se muestran a favor y alabanza por la colocación de saliva en la lengua del plebeyo (31). Por último, la saliva puede ser utilizada en rituales de iniciación. Entre los *bemba* de Zambia, en el ritual de iniciación (*Cisungu*) las niñas realizan una ceremonia donde pasan cuentas ceremoniales o ramas, de niña a niña con la boca (32, 33). Estas perlas y ramitas se describen como siendo cubiertas de saliva.

Otros investigadores han sugerido la posibilidad de que la premasticación de los alimentos, en los países subsaharianos de África, puede ser un comportamiento asociado con la transferencia de saliva de los padres a los bebés y niños pequeños. Entre los *Ovimbundu* de Angola, Gladwyn Murray Childs señala que: "La madre toma la papilla de la olla y primero la pone en su boca para que se enfríe con la saliva, y luego con la curva de su dedo, la pone en la boca del bebé. Cuando ve que el sueño le ha quitado, ella chupa las gachas de la boca del niño y lo escupe en el suelo" (34). La premasticación de alimentos puede ocurrir más

frecuentemente con el uso de hierbas como medicamentos en el tratamiento de condiciones médicas. También se ha divulgado entre los *Banyoro* de Uganda que las enfermeras que eran responsables del cuidado de los niños, a menudo premasticaban hierbas y luego las coloca en la boca del lactante (35). La saliva también se puede utilizar para suavizar los pezones y los pechos cuando se alimenta a un bebé como se informó entre los *igbo* de Nigeria (36).

En América del Sur, existe una tradición que se originó con los *incas*, la cual persiste en la actualidad. Las mujeres en el Perú, Bolivia, Venezuela, y otros países a lo largo de los Andes continúan con el proceso de fermentación de raíces de mandioca, maíz, o las frutas en el alcohol intoxicante "Chicha", usando el aparato digestivo y las propiedades fermentativas de su propia saliva. Se cree que las enzimas amilolíticas presentes en la saliva convierten los almidones dentro de las plantas, en azúcares fermentables (22). De hecho, el nombre "Chicha" se deriva de la palabra española "Chical", que libremente se traduce como "escupir" o "saliva".

Hace cientos de años, esa bebida fue de gran importancia para los incas. Hoy algunos sudamericanos todavía lo ven como una parte esencial de su cultura. Los *incas* utilizaban la bebida durante su ritual, y la chicha se convirtió en un objeto valioso como el oro, pues la bebida comúnmente se vendía como un factor clave de la economía dentro de su sociedad. Hoy en día, la chicha todavía se usa entre los amazónicos como un elemento básico en su dieta, así como un incentivo para el trabajo y la bebida social. Aunque hay formas más modernas para fermentar el maíz u otros productos, comúnmente se cree el único sabor amargo de la chicha se pierde si no hay contacto con la saliva humana. Esta propiedad puede ser conferida por la presencia de bacterias *Lactobacillus* en el esputo de la donación de las mujeres (22).

Dentro de la cultura mapuche en los antiguos ritos se utilizaba el muday, que es una bebida fermentada de carácter ritual. El antropólogo Tibor Gutiérrez relata que las ancianas masticaban durante toda la noche un puñado o de trigo, o de maqui, o de hierba, o de semilla; las masticaban y las iban escupiendo en unos grandes recipientes de madera, y luego la combinaban con miel y avellana. Esa era la receta para hacer el muday: Miel,

avellana, muday con la saliva y esto se dejaba fermentar por tres días y después se lleva al ceremonial. (Gutierrez Tibor, *Entrevista Personal*, 5 de octubre de 2012).

“El muday se utiliza siempre para el *nguillatun*, o por alguna rogativa, eso te lo va a decir la persona que organiza el encuentro ceremonial, si es una machi, si es un werken o un mensajero, si es un lonko o un jefe, el que organiza, y tiene que ser para algún tipo de acción concreta, como un juego de *palín*, además se utiliza para el *We Tripantu*, para la inauguración de una *ruka*, el entierro de alguna autoridad.” (Gutierrez Tibor, *Entrevista Personal*, 5 de octubre de 2012).

“La preparación se hace de distintas maneras, ahora último ya no lo utilizan de forma tan tradicional, sino que están hirviendo el trigo, el maíz, el maqui o la avellana o el piñón, y se le coloca miel en lugar de azúcar, se endulza, aunque no tiene que ser una bebida muy dulce, tiene que ser más bien amarga y también se le agrega un poco de canelo” (Gutierrez Tibor, *Entrevista Personal*, 5 de octubre de 2012).

Dentro de sus connotaciones religiosas y rituales vemos cómo escupir es una costumbre practicada en eventos ceremoniales, como el *machitún* y tiene relación también con la creencia que este acto aleja la mala suerte, como para sanar “el mal de ojo” en varias culturales.

En relación a la medicina Mapuche el *machitún* es una ceremonia llevada a cabo por la machi. “La machi cuando cura a una persona del ritual, hay una etapa, en que ella bebe agua o remedio y ella asperja, pero asperja para todos los lados, es decir, tira para todos los lados saliva, combinadas con estas aguas de hierba que se preparan, y luego masajea también, es decir ella succiona el cuerpo como tratando de chupar algo que ella considera o cree que está causando el daño o el mal en la persona. Esos masajes de hierba con canelo que son muy fuertes, lo realiza durante toda una noche durante distintas etapas, entonces el succionar el cuerpo lo hace la machi y el asperjar saliva para todo el público también es una parte del ritual, no solamente de la machi porque ella está en trance, sino que sus ayudantes, las personas que acompañan el ritual son las que están ahí, lanzando saliva para todas

partes, porque dicen que si no lo hacen el espíritu se iría del cuerpo, porque la creencia está en que alma, el “*pullu*”, el “*am*”, sale del cuerpo de la persona, y queda en una etapa superior en una plataforma en el que puede mirar hacia abajo, por lo tanto a la machi en ese estado no hay que tocarla mucho porque si no después no puede regresar a su centro y ahí la machi moriría, entonces son los ayudantes son lo que realizan esta acción de el machitún” (Gutierrez Tibor, *Entrevista Personal, 5 de octubre de 2012*).

“En los grandes ceremoniales también, *tragunes*, *nguillatunes* o rogativas colectivas, ahí también se asperja mucho a los que están cerca del *rehue*, del altar ceremonial, porque una parte del agua que se pide, que tiene su *nien*, es decir el espíritu del agua está habitando ahí, si este es el cacharro de greda donde está el agua, la machi tiene que tomarlo y tiene que tirarle, pero le tira al *rehue*, y eso va pasando también por otras bocas que hacen lo mismo, pero no es hacia las personas, sino que hacia el *rehue*, lo que se hace es que se mete una ramita de canelo, de maqui o de laurel y se lanza así para afuera” (Gutierrez Tibor, *Entrevista Personal, 5 de octubre de 2012*).

Además se ha descrito que la sangre, el aliento y la saliva son alimentos espirituales que pueden utilizarse mágicamente para conferirles poderes especiales a una machi o a un animal, pero también son señales profundas de parentesco y fuerza vital compartidos entre los machi y los animales espirituales. Su dimensión simbólica es inseparable del aspecto ontológico de los machi, los espíritus y los animales que representan (37).

3.4 Propiedades Medicinales de la Saliva

La saliva posee, desde la mirada de diferentes culturas en el mundo y también por la comunidad de científicos, diversas propiedades medicinales y curativas.

Dentro de una visión histórica y cultural del uso de la saliva como fluido medicinal, es probable que, los antiguos griegos fueron los primeros en reconocer el valor medicinal de la saliva hace más de 2000 años atrás, cuando se coloca saliva de serpiente venenosas en las heridas para ayudar en la curación (38).

La saliva se ha sido utilizada como medicina alternativa en varias tribus de África. En la revisión de la base de datos Human Relations Area Files (HRAF) organizada por la Universidad de Yale, se observa que entre algunos grupos étnicos, que parte del proceso de curación y el tratamiento implica el uso de saliva para tratar diferentes dolencias. La saliva sola o combinada con hierbas locales, se cree que tienen propiedades medicinales.

Entre los somalíes, las llagas que no se curan y tienen pus se tratan con saliva (39). También se ha observado entre ellos, que el tratamiento de las mordeduras de serpientes y picaduras de escorpiones se utiliza la saliva mezclada con mantequilla y se aplica la mezcla a heridas abiertas (40). Otros informes sugieren que la saliva se utiliza en el tratamiento de todas las formas de la enfermedad entre los somalí (41).

Del mismo modo, entre los *azande* de Sudán, la saliva se emplea como una primera solicitud de ayuda a las heridas y abrasiones (42). Entre algunos grupos étnicos, las hierbas se mastican y la mezcla de saliva y hierbas se coloca sobre la herida.

En Tanzania, entre los *Bena*, para el tratamiento de furúnculos, los curanderos mastican hierbas tradicionales (*mhefefa* y *munepa*) y, posteriormente, se utilizan las hierbas masticadas y suavizadas para el tratamiento de las heridas (43). Entre los *masai* de África oriental, el jugo de la planta *ol giloriti* (*Acacia abyssinica*) es masticado y escupido sobre la herida por un curandero como astringente (44). Del mismo modo, a fin de combatir la hinchazón, se mastica la planta *ol agaram* (*Crossandra nilotica*) y se coloca en el área inflamada (44), además la madres, entre los *Bena*, colocaran pasta de plantas masticadas llamadas *ofe*, *n gilo* y *no orekum* (*Spilanthes acmella*) en las fosas nasales de un niño pequeño cuya nariz ha sido picado por las moscas (44).

Una cura utilizando la succión también se ha divulgado entre los *azande* de Sudán, donde se aspira el cuerpo del paciente con vigor por el curandero tradicional (29). También entre los *igbo* de Nigeria, se observa que un curandero tradicional (*Dibia*) chupa los brazos, la cabeza o el abdomen de un bebé recién nacido con el fin de eliminar los gusanos y posteriormente simbólicamente escupir los gusanos fuera de la boca (45).

Sumado a esto, el investigador en salud, Andrés Zuno Arce, profesor de la Universidad Candegabe de Homeopatía, en su libro ¿Que Cura la Saliva y Porque? relata diversos casos históricos y actuales donde se utiliza la saliva para estos fines. Dentro de una revisión histórica se menciona que los antiguos usaban poner saliva en las manos para golpear con más fuerza, (Pliny, N H. 28.7). Además se reportan curaciones de enfermedades de los ojos y curaciones en las manchas de la piel por uso de la saliva.

Dentro de los relatos actuales del uso de la saliva curativa o sialoterapia, término acuñado por el autor, se relata, entre muchas otras experiencias de diferentes partes y culturas del mundo, que funciona para las manchas, excoriaciones y erupciones cutáneas, mezclada con barro y agua para las picaduras de insectos, en India se aplica en la mañana para sanar espinillas y hervores, también se describe la práctica de colocar saliva detrás de las orejas para evitar resfriados, en México se aplica saliva en el pecho de los bebés cuando tienen hipo y, también, se describe la costumbre de madres que limpian con saliva los chupetes de sus bebés. Por último se muestran relatos de sanación de varices con la aplicación directa de la saliva (46).

Respecto a la mirada científica, la saliva también posee un valor medicinal, lo cual se pone de manifiesto, cuando en un individuo existen interrupciones en la calidad o cantidad de saliva, produciendo efectos perjudiciales sobre la salud oral y sistémica.

Este punto está bien ejemplificado en los pacientes que han recibido terapia de radiación para el cáncer de cabeza y cuello, lo que resulta en la posterior destrucción de la glándula salival. A menudo se tienen efectos secundarios perjudiciales a la cavidad oral, incluyendo la pérdida de la función de la glándula salival y una queja persistente de sequedad en la boca (xerostomía) (47, 48, 49). Como resultado, los pacientes a menudo experimentan incomodidad oral, mucositis, dificultad para masticar y tragar, un aumento de la incidencia de caries dentales, cambios microbianos orales, esofagitis crónica, gusto deteriorado, una incapacidad para usar dentadura protésicas, y, en general, una disminución en la calidad de vida (48).

Al alero de la investigación científica se ha descubierto una gran cantidad de propiedades que podrían explicar las funciones que se le asignan a la saliva como elemento curativo. Dentro de estas se encuentra la protección a la dentición, los agentes antimicrobianos de la saliva, los agentes antioxidantes y los factores salivales de crecimiento, como lo plantea Henson B. en su revisión *The Positive Medicinal Properties of Saliva*.

Los factores biológicos que están presentes en la saliva son esenciales para la preservación de la dentición, a saber, al afectar los tres componentes fundamentales de la etiología de las caries: dientes, la placa y el sustrato (50, 51, 52). La saliva mantiene la salud de la dentadura a través de una serie de funciones importantes, incluyendo la vigilancia inmune, tasa de flujo salival, capacidad amortiguadora, las altas concentraciones de calcio y fosfatos, actividad antimicrobiana, agregación microbiana y clearance de la cavidad oral, y capacidad de tamponamiento por fosfato de calcio (52). Todas estas funciones se coordinan para inhibir o invertir desmineralización o promover la remineralización de las superficies dentales expuestas.

La saliva también protege el diente de cambios ácidos adversos (desmineralización) tamponando el entorno de la cavidad oral mediante el uso de bicarbonatos, urea, fosfato y proteínas salivales (53). Además de la prevención de desmineralización, la saliva participa en el proceso de remineralización como resultado de altas concentraciones de fracciones de calcio, fosfato y proteína (51, 53, 54). El fluoruro también está disponible en la saliva para contribuir a la formación de un fluorapatita como revestimiento, lo que hace que un diente sea más resistente a las caries (53, 54). Finalmente, la saliva impide el sobrecrecimiento de microorganismos y mantiene un ecosistema estable y equilibrado, donde especies bacterianas inofensivas son más frecuentes que especies cariogénicas perjudiciales (51).

La saliva posee propiedades antimicrobianas que ayudan en la defensa de los tejidos de la cavidad oral y tracto gastrointestinal contra ataques bacterianos, virales y de hongos. Las muchas proteínas antimicrobianas en la saliva ejercen varios efectos de manera coordinada. La más evidente función antimicrobiana de la saliva es un flujo constante, que elimina los productos químicos nocivos, microorganismos y residuos de la cavidad oral y el tracto digestivo. Sin embargo, la saliva contiene varios otros componentes que son importantes

para la protección contra microorganismos y se dividen en dos grupos, factores no inmunes e inmunoglobulinas (55).

La saliva puede constituir una primera línea de defensa contra los radicales libres mediada por el estrés oxidativo. Los radicales libres y especies reactivas de oxígeno son producidas por las glándulas salivales y los polimorfonucleares neutrófilos (PMN) para regular el crecimiento de bacterias, pero si estos agentes no son eventualmente contrarrestado por los antioxidantes, entonces puede ocurrir daño en los tejidos. La saliva es rica en antioxidantes, siendo el más común el ácido úrico, que comprende aproximadamente el 85% del total de antioxidantes salivales (56).

Se ha demostrado que la saliva contiene una concentración biológicamente significativa de diversos factores de crecimiento, incluyendo el factor de crecimiento epidérmico (EGF) (57), factor de crecimiento nervioso (NGF), factor de crecimiento fibroblástico (FGF) y factor de crecimiento transformante beta (TGF- β) (58, 59). EGF se piensa que protege la mucosa oral y gástrica de irritantes citotóxicos y de la ulceración, la mucosa oral es continuamente expuesta a trauma e infección. El papel que juegan estos factores de crecimiento en la saliva no está bien entendido y de hecho se requieren más estudios. Sin embargo, en modelos animales de la disminución observada en la eficacia de la cicatrización de heridas cutáneas y orales y la regeneración del hígado después de la extracción de las glándulas salivales sugiere un importante papel de estos factores de crecimiento salivales que se extiende más allá de la cavidad oral (59, 60, 61).

Resultados

Esta sección, coherente con los principios de la metodología cualitativa que ya hemos explicado, se divide en dos partes, la descripción de los contextos del trabajo en terreno y el análisis de los discursos emitidos.

En primer lugar, se describen los lugares en que se realizó el trabajo en terreno y la justificación de por qué se entrevistaron a estos grupos, es decir: se describe la asignatura de odontopediatría, dentro de su trascendencia histórica y sus lineamientos actuales, se describen también los datos socio demográficos de la comuna de Panguipulli y la importancia de la interculturalidad en esta región y finalmente se caracteriza el CESFAM de la Comuna.

En segundo lugar, se analiza los hallazgos desde la experiencia de los actores sociales, considerando el discurso de quienes desde sus distintas posiciones hacen referencia al tema estudiado. Para esto, posterior a realizar el análisis de las entrevistas formuladas, se propusieron tres grandes categorías de análisis rescatando la riqueza discursiva que esta investigación encontró ligada con las mismas.

Durante la recolección de la información, se ha revisado permanentemente los registros, en búsqueda de las categorías. Una vez finalizada esta etapa, comenzó aquella orientada a ordenar, seleccionar y resumir la información para facilitar su análisis. Para ordenar la información, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Mediante la lectura reiterada de las citas, se identificaron aquellos temas considerados significativos para este trabajo, ya sea por su aparición frecuente en las conversaciones y registros o bien por su relevancia para el objeto de estudio.
- La identificación de temas posibilitó la determinación de “unidades de registro” o “citas”, esto es, fragmentos referidos a un mismo tópico o tema. Cabe destacar que se mantuvo tanto la redacción de los documentos revisados, como el vocabulario, los dichos y expresiones de los sujetos entrevistados.

- Una vez efectuada la síntesis conceptual de la fase de categorización de acuerdo a los objetivos del estudio, se procedió a agrupar las unidades correspondientes a cada categoría.

Descripción de Contextos en Terreno

1. Asignatura de Odontopediatría de la Universidad de Chile

La Universidad de Chile fue fundada en 1842, siendo la principal y más antigua institución de Educación Superior de Estado, de carácter Nacional y Público.

La Escuela Dental de la Universidad de Chile, se crea en Septiembre de 1911, siendo la primera en el país. En ese mismo año se inicia la Odontología Infantil en la Clínica de Operatoria, disciplina que se ha ido adaptando según las necesidades de la época y constituye el mayor referente en la historia de Chile en esta área disciplinaria. La cátedra de Operatoria infantil fue creada por Decreto Supremo en marzo de 1941. En años posteriores a la segunda guerra mundial, al suscitarse grandes avances científicos y tecnológicos, la Facultad se ve obligada a revisar los planes de estudio vigentes para adecuarlos a las exigencias de la época y otorgar una atención dental preferencial a los escolares, donde la prevención odontológica es fundamentalmente importante. Así, en 1960 el plan de estudios de la Cátedra de Odontopediatría, como se denominaba en ese período, incluía entre otros conocimientos: Prevención e Higiene Bucal; Nociones de adaptación del niño al Consultorio Dental; Traumatismos dentarios; Problemas de erupción y espacio (62).

En la nueva estructura de la Facultad en 1978 se constituyó el Departamento de Ortopedia Dentomaxilar y Odontopediatría y en su desarrollo se le da énfasis en la necesidad de ampliar la práctica clínica odontopediátrica con el objetivo que el futuro Odontólogo General sea capaz de dar solución a la mayoría de los problemas de los niños. A su vez desde 1977 comienza el curso de posgrado, pero sólo desde 1967 es oficialmente reconocido el Especialista en Odontopediatría (62).

Cabe destacar, además, que a medida que la Cátedra de Odontopediatría de 1941 fue creciendo, a su alero fue fundada la Sociedad Chilena de Odontopediatría, teniendo importantes aportes en la realización de actividades científicas, de extensión, sociales y gremiales (62).

Actualmente, el área de odontopediatría cuenta con un conjunto de académicos, cumpliendo labores de docencia en pre y posgrado, investigación y extensión en marco de la misión y visión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (62).

Los aproximadamente 100 años de trayectoria del área de odontopediatría, al alero de la Escuela Dental más importante del país, permite hacer un análisis del discurso oficial de esta comunidad académica, la cual tiene trascendencia histórica de esta disciplina a nivel nacional e internacional (62).

2. Descripción de la Comuna de Panguipulli

La comuna de Panguipulli está situada al noreste de la Provincia de Valdivia, en la XIV Región de Los Ríos. Es la más grande de la Región y cubre casi la totalidad de la cordillera de la Provincia de Valdivia. La cabecera y municipalidad de la comuna se ubica en la ciudad de Panguipulli, la cual es el poblado más grande de la comuna. (63)

La topografía de la comuna se caracteriza por ser altamente accidentada, con montañas andinas y volcanes. Su hidrografía se caracteriza por una gran cantidad de ríos y lagos.

El territorio posee una extensa vegetación en la cual predomina un alto porcentaje de bosque, aproximadamente 2.032 Kms² que representa el 61.7% de la superficie total de la comuna, el cual está constituido casi en un 100% de bosque nativo.

Con casi el 31% de su población declarándose perteneciente a algún pueblo originario en el último censo, la influencia indígena en Panguipulli es decisiva. También en el plano demográfico, no deja de ser llamativo que más de la mitad de la población de la comuna sea rural.

El motor agropecuario juega un rol crucial en la comuna. Con más de 193 mil hectáreas en explotaciones, es la comuna de la nueva región con la mayor extensión dedicada a fines agrícolas.

En cuanto a los medios de transporte y comunicaciones, la capital comunal, Panguipulli, cuenta con todos los medios existentes en la actualidad, dada su condición de centro urbano de tamaño medio de la XIV Región. Sin embargo existen alrededor de 6 localidades consideradas semi urbanas cuyo acceso en su gran mayoría es a través de caminos de ripio y cuya distancia desde la ciudad de Panguipulli es de más de 70 Km. Como son los casos de las localidades de Liquiñe y Pirihueico. Además, en numerosas localidades rurales existe un precario sistema de transporte (recorridos desde 3 a 1 vez por semana hacia la capital comunal). Inclusive se presentan localidades en las cuales no llega ningún tipo de movilización, debiendo sus habitantes caminar grandes distancias a los puntos de referencia de los recorridos de locomoción (63).

La comuna de Panguipulli tiene pendientes enormes desafíos sociales. En el plano socioeconómico, presenta una de las mayores tasas de pobreza de toda la Región de los Ríos, con un 24,8% en 2006.

La densidad poblacional de la comuna es de 10,6 habt/km², presenta un 43% de ruralidad y un 28% de población indígena. Representa el 9% de la población regional, su índice de dependencia es 48% y el de vejez es 43%. En la comparación regional es la segunda con más pobreza (24,8%) y cesantía (9%). Presenta además el menor porcentaje regional de personas que lee y escribe y el menor promedio de años de escolaridad (6,2 años) (*Encuesta CASEN 2006*).

En salud presenta un exceso de 5% en mortalidad general, 8% en enfermedades circulatorias, 13% en traumatismos y accidentes y 11% en causas tumorales en mujeres. La tasa de AVPP es la cuarta más alta de la región. y el índice de Swaroop es de 80%. La TMI alcanza 9,6 fallecidos por 1000 NV es inferior en 1% al promedio regional (63).

3. Interculturalidad en la Comuna de Panguipulli

Según la encuesta CASEN 2006 el 15,1% de la población regional pertenece a pueblos originarios, de ellos el 98% son de origen mapuche. Las comunas con mayor proporción de población mapuche son: Mariquina (36,5%), Lago Ranco (34,3%) y Panguipulli (28,3%)

El componente étnico es de gran importancia ya que esta comuna cuenta con una dinámica bio-sico-social y cultural distinta al resto de las comunas de la Provincia, la cual se manifiesta por la gran cantidad de Comunidades Indígenas que posee (catastradas 166, según antecedentes *Programa orígenes 2002*), correspondiendo al 24% del total de Comunidades indígenas que posee en conjunto la Región de los Lagos y la Región de los Ríos, es por esta razón que se elige como comuna para realizar el trabajo de campo con la comunidad mapuche (63).

Comisión de Salud Intercultural “*Inchin yun Mapunche Kume Moguen*”

En Panguipulli, el trabajo intercultural comenzó con los talleres de plantas medicinales, “desde abajo”, desde la comunidad, antes de que el ministerio instalara el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. La Comisión reúne a dirigentes y socios de algunas comunidades indígenas del radio de acción del sector rural del CESFAM Panguipulli.

Esta Comisión coincide en algunos puntos con las líneas ministeriales, pero en otros ha ido definiendo algunos ejes prioritarios:

1. La Recuperación y el fortalecimiento de la Medicina Natural Mapuche,
2. La sensibilización del mundo gubernamental y de salud pública respecto de la validez del modelo médico mapuche,
3. Rescatar, revalidar y potenciar los saberes y recursos de la medicina natural mapuche (agentes tradicionales, *lahuentuchefes*, aguas termales, plantas medicinales mapuches y cosmopolitas, técnicas corporales mapuches como la friega, la “soba”, etc)
4. Contribuir desde el mundo oficial al proceso de reconstrucción histórica y comunitaria que está desarrollando el mundo mapuche en la región. Donde se considera que el rescate de la vida comunitaria, el rescate de *nguillatunes* donde se han olvidado puede constituir uno de los principales factores protectores para el mundo mapuche (63).

Paralelamente se ha ido trabajando con las comunidades, recogiendo y dando soluciones en tema de accesibilidad, de caminos, puentes y pasarelas, mejoramiento de la calidad de vida,

trabajo directo con agentes de la medicina mapuche, mejorar la accesibilidad en salud hacia el “hermano” mapuche (63).

4. Red Asistencial Comunal: El Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Panguipulli

La Red Asistencial de la Comuna está formada por: Un Hospital tipo 4, establecimiento Particular subvencionado, administrado por la Congregación de las Hermanas de la Santa Cruz, un centro de salud familiar, ubicado en la ciudad de Panguipulli, el cual a partir del mes de agosto del 2011 cuenta con un nuevo edificio, nueva implementación y equipamiento y que da solución a los problemas de infraestructura del antiguo edificio. Es en este último lugar donde se realiza principalmente el trabajo de campo. Existen además dos centros de salud familiar ubicados en las localidades de Choshuenco y Coñaripe respectivamente, ocho postas de salud rural (Bocatoma, Cayumapu, Huitag, Melefquén, Liquiñe, Neltume, Lago Neltume y Pirehueico), y diez Estaciones Médico Rurales (63).

El “plan de salud comunal” contempla seis elementos generales para la planificación de estrategias en salud, donde se consideran “enfoque de derechos ciudadanos y protección social” , “enfoque de determinantes sociales de la salud” , “enfoque de equidad en salud”, “equidad de género en salud” , “gobernanza” , “participación social y transparencia” e “interculturalidad” , este último elemento se relaciona con el objetivo de estudio de este trabajo de investigación, el cual se compone de dos ejes según el plan de salud de esta comuna (63).

De las Personas: Quienes se identifican como pertenecientes a un pueblo indígena y enfrentan barreras de acceso a los servicios por creencias, lenguaje, costumbres, discriminación, etc. (63).

De los Sistemas de Salud: La interculturalidad en la planificación sanitaria, se basa en el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud de una población, lo que implica que el modelo científico “occidental” no

es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena, por ejemplo, también tiene un amplio desarrollo (63).

Análisis de Discursos

1. Diversidad discursiva en las prácticas y nociones culturales y la percepción de la interculturalidad

Entender los diferentes discursos de los grupos estudiados frente a la noción de cultura, entendida como “un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas principalmente a través del lenguaje y su vida en la sociedad”, permite tener un contexto para comprender de mejor manera las dos categorías siguientes que tocan la temática de la saliva como construcción social propiamente tal.

Respecto a la valoración de cultura, las personas mapuche entrevistadas resaltan la importancia que tiene su reconocimiento, pero también admiten que muchos aspectos de su cultura propia se han perdido y que actualmente se encuentran en un proceso de rescate cultural, donde no es posible que todas las prácticas se realicen como antes.

“No creo que sea como antes ya, muchas cosas que los mapuche quieren hacer como antes, algunas cosas, igual que el idioma, el idioma se quiere recuperar, bueno lo más básico, pero nunca vamos a hacer todas las cosas de antes, andar a pata pelá, estar al medio del fogón, de andar vestido como antes, de ponernos las joyas, porque antes andaban así, Ahora no, ahora son otros tiempos... no se pos, ha avanzado más la tecnología” (Dirigenta Mapuche).

Además se observan las dificultades para la instalación del Programa de Salud y Pueblos Originarios y el trabajo de la Comisión de Salud Intercultural en el Centro de Salud Familiar de Panguipulli. Se describe como un proceso complejo, de lucha para conseguir los avances que se han suscitado, y de continua resistencia al proceso por parte de algunas autoridades y funcionarios. Un punto importante en la aplicación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud es la atención de agentes tradicionales, como es el caso de los machi en el CESFAM. Respecto a esto, se valora la importancia de la integración por

parte de los mapuche, pero se reconoce que no es lo ideal que ellos esperan, pues los machi debieran atender en su tierra.

“Fue complicado, porque los machi, la idea es que no dejen su lugar donde atienden, por la espiritualidad que tienen, pierden toda su espiritualidad, se bajan más, no debería ser que estén atendiendo aquí poh, pero el hecho de que la gente igual estuvo de acuerdo... se le preguntó a ellos, esos machi, primero que estuvieron, ya fallecieron algunos. Después llegó la Sra. Margarita y Don Luis, y costó poh... y siempre se ha conversado, se sigue en la pelea que ojalá los machi ni atendieran aquí en este lugar, que fuera en otro lado, que fuera ahí en su lof, en su mapu, porque ahí están todas las energías... pero no se, ahí estamos.” (Dirigenta Mapuche).

Respecto a la integración de la medicina mapuche se relatan que existen resistencias de los funcionarios del CESFAM hacia los mapuche de la “Mesa Intercultural de Salud”, donde se percibe discriminación por parte de algunos grupos, pero también de parte de los funcionarios del CESFAM se cree que muchas veces son los mapuche los que ponen dificultades para un trabajo intersectorial de las dos medicinas.

“...Así pasa acá adentro, han llegado cuantos chicos que han venido a hacer acá la práctica y todo eso, hay algunos que ahí de lejito nomás poh, porque lo miran de otra forma, ellos lo entienden de otra forma... porque antes se decía antiguamente, de que los machi eran brujos, entonces eso, y por ese motivo yo creo que igual lo miran como a un machi... lo miran raro, lo miran feo, ¡todavía!, todavía se oye decir eso, igual así hay religiones, los evangélicos también poh” (Dirigenta Mapuche).

“Pero eso es mutuo, es algo que también se critica desde acá, si bien no existe desde salud realmente, una apertura a que se integren ellos, y está en el discurso no más y que a la hora de las flores se acuerden de... por el otro lado ellos también han sido súper celosos en integrarse” (Cirujano Dentista y Dirigente Gremial).

Respecto a las percepciones de la interculturalidad en el CESFAM, la cual en este contexto podemos decir que es aquella que “implica una forma de relación entre el Estado, sus funcionarios y las personas, representantes y dirigentes de los pueblos originarios, sobre bases de igualdad que reconocen a su vez, la diferencia cultural dada por el origen étnico de los interlocutores. Es un proceso que debe ejercitar el diálogo cultural reconociendo también la desigualdad real en que se encuentran los pueblos originarios y que presenta un gran desafío tanto para la política pública como para las prácticas institucionales” (Política de Salud y Pueblos Indígenas Res. Exenta N°91.año 2006).

El personal de CESFAM que trabaja en el Área Odontológica, tanto profesionales como técnicos, reconoce que no existe un desarrollo de este tema como área. Además se plantea que el trato hacia la población mapuche debe ser igualitario al resto de la población urbana, en un sentido de justicia, pues hacer diferencias sería realizar una atención desigual, por lo tanto injusta. Es decir no se reconoce que existen brechas de equidad a priori, por el hecho de pertenecer a un grupo étnico, lo cual hay que subsanar, sino se valora la igualdad como la entrega del mismo trato y misma atención a todos los usuarios de la atención primaria en salud.

“Yo creo que dentro de la parte de interculturalidad, va en que también sean tratado la mayoría igual a los... al final todos los pacientes sean tratados igual... yo encuentro que no hay... hay si que hacer diferencias en cuanto a que ellos vienen con otra concepción de las cosas, otras creencias, pero si tu también tienes que verles tratarlos a todos igual.(...) hay una parte intercultural yo no manejo mucho en que es lo que ellos realizan, si viene una Machi para ellos, los que quieran ver con la Machi... pero tan, por la parte dental no están adentrados en esa parte (...) no, no notemos, visto que hayan diferencias” (Cirujano Dentista CESFAM Panguipulli).

Por otra parte se asocia el concepto de interculturalidad con el de población rural y población vulnerable. Se plantea que las políticas del CESFAM que van en el marco de un enfoque integral y familiar son las políticas de interculturalidad.

“Con respecto al tema de la interculturalidad, si hay políticas, como te digo en el plan de salud todos los años nosotros nos hacemos un plan de salud con distintos, identificando primero un diagnóstico de salud comunitaria que es las problemáticas que surgieron este año, ya sea en el tema de salud, atención primaria de salud, lo que es CESFAM, o lo que es salud ambiental de salud social, o sea “no tengo agua potable en tal comunidad”, “no tengo manejo de basura en tal comunidad”, todo esos problemas nosotros los recogemos y planteamos una serie de medidas para tratar de resolverlo, dentro de lo que se puede, porque nosotros no tenemos mucho que ver con que pase el camión de la basura.” (Cirujano Dentista CESFAM Panguipulli).

A su vez, por parte de los cirujano dentistas del CESFAM se suele entender que la labor del equipo de salud intercultural es facilitar la atención, en cuanto a accesibilidad, de las personas mapuche bajo la lógica de la medicina que ellos practican, y no bajo un sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de otras culturas, bajo el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población.

“... El mismo hecho de que ya hay un tema de la las mismas educaciones dentales (...), de los 7 meses, de los 2 años 3 meses, una brecha fue que venía poca gente, con el tema de gente que sea étnicamente mapuche, venía poca gente, entonces qué, está el Asesor Intercultural y el Asesor Intercultural les dice “oye tienen que venir”, porque las pautas de crianza las tienes que seguir de chiquitito, porque o si no vas a con... no sé, en vez de darle leche le vas a dar, no se poh, un matico con mate así, no poh, no se poh porque en el campo tiene fiebre, matico con mate, a los 7 meses, entonces dentro de las pautas de crianza desde chico estas metiendo de que asistan a los talleres, asistan a los talleres se puede complementar con lo que usted sabe.” (Cirujano Dentista CESFAM Panguipulli).

Los funcionarios del área odontológica definen al Centro de Salud Familiar como un centro que aplica la interculturalidad, pero reconocen que ellos no están capacitados en el tema. Sin embargo se aprecia positivamente que se realice un trabajo con este enfoque.

“Bueno yo tengo entendido, por ejemplo con la doctora que está a cargo de eso... que se ha incorporado sobre todo a la farmacia lo que son preparados de pomadas, de jarabes para los dolores reumáticos y todo eso, entonces es como un trabajo que ellos hacen como aparte pero a la vez lo ocupan acá y uno puede ver, por ejemplo... yo he trabajado en farmacia, que uno revisa la receta y entregan mucho de ese tipo de medicamentos y la gente igual de repente pregunta si llegó la pomada, si llevo esto, para los dolores. Así que por lo menos en ese sentido, en las recetas se ve eso de que la gente igual pregunta de si es que está la pomadita para el dolor y todo eso. Así que en ese sentido estamos, yo encuentro que es un bonito trabajo que hacen ellos porque la gente igual de repente prefiere algo más alternativo que estar tomando un medicamento que son más invasivos para la salud, y que hacen bien para una cosa y mal para otra” (TENS Área Odontológica CESFAM Panguipulli).

2. Connotaciones sobre la importancia y la utilidad de la Saliva

En los discursos analizados provenientes de los académicos de odontopediatría, vistos como imaginarios sociales, existe una valoración en la cual la saliva cumple factores protectores. Esto se evidenciaría en los casos en que hay una disminución del flujo salival donde se manifiestan alteraciones y patologías.

“La saliva es un factor de riesgo fundamental... fundamental en el desarrollo y en el implemento de las lesiones bucales. El bajo nivel y el pH de la saliva son muy importantes. Por ejemplo, yo te digo hay niños, que tienen enfermedades crónicas, en los cuales pueden consumir medicamentos, como inhalador o otros, que determina una disminución del flujo salival, y tú tienes una altísima prevalencia de caries. Entonces, estos niños tienen un altísimo riesgo de caries” (Docente de Odontopediatría, Universidad de Chile).

Con respecto al discurso mayoritario de los cirujanos dentistas del CESFAM de Panguipulli no existen diferencias con el mencionado por los especialistas en odontopediatría, donde se hace referencia al discurso oficial entregado en cátedras de la Universidad, sin existir en ningún caso referencias a observaciones o experiencias propias diferentes al discurso oficial.

“A mí, la saliva me la pasaron dentro de los factores protectores del proceso de de caries, que por supuesto si tenemos una hiposalivación o algún tipo de xerostomía iba a tener un mayor riesgo el paciente, de presentar lesiones cariosas... también funciona como diluyente, me hablaron mucho del clearance salival que ayudaba a disminuir... o perdón no a disminuir el pH, si no que a aumentar un poco, a nivelar esto... que más de la saliva... que por supuesto no se va a estimular la saliva, cosas de ese tipo” (Cirujano Dentista CESFAM Panguipulli).

Respecto a la utilidad que posee este fluido se hace mención de que pudiese ser útil en el diagnóstico de algunas enfermedades y, aunque como odontólogos sabemos poco del tema, debiese ser un campo de investigación interesante.

“Mi visión así como media futurista es que en la saliva debiéramos hacer el diagnóstico de todo... lo he escuchado en cosas médicas, yo creo que nosotros estamos súper atrasados en lo que es el estudio de saliva entonces eso... yo le tomo una importancia bastante grande a pesar de que nunca me he metido en el tema de investigación en saliva, excepto cuando estudié un poco el estreptococo mutans y la concentración de ellos en saliva, desde esa perspectiva, pero como sabemos que hay ahí anticuerpos, inmunoglobulinas y todo, sabemos que ahí esta, o sea yo pienso que la respuesta a muchas cosas pueden estar ahí” (Docente de Odontopediatría, Universidad de Chile).

Al analizar el discurso que existe en los técnicos paramédicos que trabajan en el área dental del CESFAM se observa que han integrado elementos que son repetidos por los cirujanos dentistas, esto considerando que aquellos funcionarios no poseen ninguna capacitación formal en odontología.

“Sí, fíjese que llegan muchos pacientes, yo no sé si tendrá que ver, yo creo que sí, llegan muchos pacientes de repente a hacer la limpieza, la profilaxis y todas esas cosas y hay algunos pacientes que vienen más con sarro que otros, entonces el doctor le explicaba el otro día a una paciente que eso era por el pH de cada uno y ella decía qué es lo que era el pH de cada uno “doctor dígame que es el pH, ¿por qué yo tengo más sarro que mi hijo?” una

cosa así, dijo que era algo natural, de cada uno, el tipo de saliva que uno tenía era muy ácida o no ácida, la persona que tiene la saliva más ácida por ende decía que iba a juntar un poco más de sarro que la persona que no fuera de la saliva tan ácida” (TENS, Área odontológica CESFAM Panguipulli).

Ahora, respecto a las connotaciones sobre la utilidad de la saliva que refieren personas del mundo mapuche rural encontramos un uso curativo como parte de ciertos elementos de la medicina mapuche tradicional.

“... El maqui se usa para las coceduras de las guaguas. Yo a mi abuela la veía que a mi hermana le ponía eso, masticaba el maqui y le ponía ahí cuando se cocía” (Dirigenta Mapuche)

“Sabe que dentro de la cultura mapuche, la catarata tiene remedio, pero es un remedio que la gente lo hace, actualmente lo hace, pero que pasa de cómo se prepara ese remedio, porque la vista es muy delicada, uno se echa algo a los ojos y si está muy helado o muy caliente se quema. Entonces ¿Cómo lo habría podido hacer un mapuche? ¿Cómo? Agarra las hojas del árbol, las lava, las mastica las mastica bien masticadas y después las cuele en un paño, en una gaza limpiecita, y una gota se echa en los ojos, ¿Qué pasa? ¿Por qué? Porque va con la saliva que tiene una misma temperatura casi que lo que tú vas a poner y le echas una gotita y es un árbol común y silvestre que se usa para eso, incluso se usa para las cegueras, entonces ahí yo creo que el mapuche no dice, ah no, que se puede contagiar, porque los remedios son así pos” (Dirigenta Mapuche).

Al consultar sobre por qué estos preparados se realizan masticándolos y no de otra forma se plantea una referencia a la saliva como factor trascendental.

“...la saliva tiene que ver algo, porque no se moja con agua, con nada poh, y ella la masticaba. La masticaba y después la ponía en un pañito bien limpio y la colaba y eso se ponía en los ojos, porque igual la gente no sabe, bueno ya tendría que ser un tema igual que

los machi, los médicos no conocen por ejemplo el empacho. Puede morir un niño y no van a reconocer el empacho” (Dirigenta Mapuche).

Respecto al uso de la saliva para la preparación del muday como elemento ritual, se desconoce que antiguamente el muday se preparaba con la fermentación de la saliva de las mujeres, como lo describe el antropólogo Tibor Gutiérrez en la entrevista en calidad de experto en el tema.

“...mi abuelo por parte de padre y madre sabían y no... tan así no... yo creo que a alguien se le pudo ocurrir, una para que no tome la gente, otra para que haber si toma o no toma, pero por ejemplo mi mamá dice que la abuela de ella, lo molían con piedra, que es como casi lo mismo, es más fácil, molían el trigo y podían limpiarlo y hacerlo, porque el muday se hace de trigo limpio, al menos todos los mapuche que sabían hacerlo bien, lo hacían con trigo limpio, entonces el trigo para limpiarlo tienen que pelarlo con cenizas, lavarlo muy bien y después molerlo, le dan un hervor, un hervor a medio hervir, porque no es trigo crudo, hervir como a punto y de ahí lo molían, o molían con piedra a medio moler y después se echa en agua caliente, y se les va dando, y eso va a fermentar de acuerdo a lo que le echen, para fermentar si antiguamente le echaban cáscara de arveja, y eso le da el dulzor y la acidez que tiene la cáscara verde de la arveja ayudaba a la fermentación” (Dirigenta Mapuche).

3. Percepciones de la Saliva como fluido Patológico

En relación a la saliva como fluido patológico, el discurso de los profesionales en odontología está enfocado principalmente en la transmisión de bacterias, especialmente el *Streptococcus mutans* como factor de riesgo fundamental para el desarrollo de caries dental.

*“Bueno, eso está comprobado. Está comprobado que la adquisición del *Streptococcus mutans* es el factor de riesgo fundamental en el inicio y el desarrollo de la caries, de la caries temprana en la infancia en los niños. Si tú puedes evitar la transmisión, ya fundamentalmente de *Streptococcus mutans* en los primeros años, tu vas a limitar o incluso evitar que se*

desarrolle la enfermedad. La transmisión vertical que es de la madre generalmente, de la madre, o del cuidador directo del niño, eso está comprobado directamente que es así. Ahora, además, se está dando la transmisión horizontal, que también se da, en forma de los hermanos, en los jardines infantiles, en otros lugares que tú puedas transmitir la saliva. Por eso que los niveles de Streptococcus mutans en la saliva, o el nivel también del flujo salival de la madre es muy importante, es muy importante para la aparición o no de las lesiones en el niño” (Docente de Odontopediatría, Universidad de Chile).

Como vemos el discurso predominante se basa en el paradigma de la transmisión que se explicó en el marco teórico. Este plantea lineamientos para la prevención y el tratamiento de la caries dental, contrastándose con lo mencionado por el Dr. Rodrigo Cabello, experto en cariología que plantea que la caries dental se gatilla por un cambio ecológico que ejerce un efecto sobre el biofilm y no por la transmisión de bacterias propiamente tal. Este discurso también predomina en los cirujanos dentistas del CESFAM de Panguipulli, sin existir diferencias a analizar, con los especialistas en odontopediatría.

“tratas de explicarle mientras vas atendiendo, que tú eres el responsable o la mamá es la responsable de contagiar a los niños a través de la saliva, a través de los besos, a través de cuando tú pruebas si la mamadera está caliente y la chupas y se la dejas al niño, son todos esos, son los medios mediante el cual tu empiezas a pasar las bacterias a los niños, eso es claro... siempre es parte del discurso de la atención a una embarazada” (Cirujano Dentista CESFAM Panguipulli).

En el discurso predominante en el grupo de docentes de odontopediatría y los odontólogos generales del CESFAM existe coincidencia en que es fundamental en la prevención de la caries dental evitar el contagio de saliva. Sin embargo respecto a la recomendación de no transmitir saliva a través de los besos existe mayor variabilidad discursiva.

“les trato de decir que no chupen el chupete, que la cuchara, eso se los digo pero que no le den besitos... si yo no fui capaz de hacerlo entonces no puedo predicar algo que no pude hacer, porque creo que cada vez, desde el punto de vista así como sociológico, los cariños

se están perdiendo, los cariños de contacto físico se están perdiendo al punto que ya, pucha uno no puede confiar en nadie (...), entonces que no le de besitos la mamá o el papá al niño, le digo que no dárselos en la boca, pero ¿más que eso?” (Docente en Odontopediatría, Universidad de Chile).

Otro factor a analizar es cómo se entregan los mensajes enfocados en prevenir la caries dental. Así, en ciertas entrevistas se pone el foco en responsabilizar a la madre como culpable de la salud de sus hijos, en el sentido del contagio y de no tener los cuidados adecuados.

“En los talleres muestro imágenes como bien grotescas de daños, no solamente de caries, sino también, de enfermedad periodontal porque tienes que hacer que choquear un poco a las mamás, a lo mejor alguna se va a ver identificada con lo que ve ahí ya, pero hay que apelar un poquito a eso, a que se asusten un poco y que busquen evitar el contagio.” (Cirujano Dentista CESFAM Panguipulli).

Cabe destacar también que aunque las citas corresponden al discurso mayormente aceptado, en los grupos de docentes en odontopediatría y odontólogos del CESFAM existen diferencias minoritarias con el discurso predominante.

“Naturalmente cuando no teníamos estos problemas que tenemos ahora y no teníamos que recurrir al cepillo de dientes había una transmisión directa de todo: bacterias de la piel, de boca, de la nariz, de todos lados hacia los hijos... entonces no creo que esta tan mal tampoco. No me atrevería a decirle a nadie, ni a mapuche ni winca, “sabes que trata de que tu saliva no tenga contacto, no haya un traspaso de saliva de ti a tu bebé porque le vas a transmitir flora patógena”, porque también le va a transmitir flora bacteriana beneficiosa... Entonces esa es mi posición, que no tiene que ver con conocimientos” (Cirujano Dentista y Dirigente Gremial CESFAM Panguipulli)

“Con la saliva es lo mismo... se supone que no es tan relevante de la madre, ahora que existe sí, que sea un factor ahí está, pero que eso significa que el paciente va a tener más

caries ahí está la duda... entonces si a mí me preguntan yo creo que no. pero si me preguntan de porqué en un paciente si tiene caries a otro sin son similares, uno piensa bueno soy muchos factores, si hasta el pH de la saliva y ahí entramos a otras áreas que no son condicionadas a cada paciente, o sea que no las puedo modificar, entonces con el tema de la saliva es un factor, pero no es un factor trascendente” (Docente en Odontopediatría, Universidad de Chile).

También se identifica un discurso en todos los grupos donde se ve a la saliva como un fluido antihigiénico. Llama la atención como el mismo discurso que es manejado por los dentistas va calando en los funcionarios técnicos, incluso en áreas de su vida fuera de lo laboral.

“Si yo a mi hija no le doy besos en la boca, igual cuando sirvo el mate me preocupó de que estén ahí con la servilleta limpiando” (TENS Área Odontológica, CESFAM Panguipulli).

“Por lo mismo, si de verdad yo casi nunca tomo mate, un tecito o un cafecito, igual no soy de la onda de andar chupando las cucharas y toda la cuestión, no, yo revuelvo el café, uso la cuchara y listo, la lavo, pero no soy de chupetearla y que después la use otra persona... no soy de esa onda” (TENS Área Odontológica, CESFAM Panguipulli).

Además, el considerar la saliva como algo sucio y antihigiénico también se expresa en las personas entrevistadas del mundo rural mapuche, pese a reconocer sus usos medicinales y ser utilizado en actos rituales, por ejemplo en la costumbre de tomar y pasar el mate.

“Claro, se va limpiado la bombilla, pero no, el mate que se sirve no va a ser un tremendo mate lleno, yo lo pongo adonde va a hierba nomás, y a medida que voy avanzando le voy agregando un poco más de hierba o voy sirviendo, pero eso es la manera de tomar mate, o sea, siempre ha sido así. Los argentinos no poh, ellos toman una chupada, y después le convidan al otro y ahí peor, ahí yo no tomo mate (...) Ahí si que yo creo que de repente si alguien está con mucho virus te pega el virus, porque se va pasando el mate así poh, pero acá no poh, acá si tiene que ser así” (Dirigenta Mapuche).

Conclusiones

La Odontología como disciplina históricamente ha adscrito a una corriente filosófica positivista (64). En este sentido, la Odontología como disciplina científica tiene como uno de sus objetivos la búsqueda de explicaciones objetivas para el malestar orgánico y, para lograrlo, necesita objetivar su materia de estudio, es decir la *cavidad bucal*. Esta es fragmentada del resto del cuerpo humano, permitiendo emplear las estrategias para develar el signo clínico y transformar el síntoma en objeto entendible y explicable. De esta manera queda atrás la subjetividad del paciente, siendo desplazados sus aspectos emocionales, espirituales, morales, sociales, culturales y políticos tras esta objetividad del síntoma observado.

Lo expuesto se refleja en los modelos odontológicos predominante en la mayoría de los países, donde se incluye al modelo chileno, y el perfil epidemiológico de su población. Ésta se caracteriza por: una alta prevalencia de enfermedades que son prevenibles y controlables en su avance, acumulación creciente de necesidades de tratamiento curativo y rehabilitador, todo como resultado de una práctica aislada de su entorno, escaso acceso de la población a servicios y un acentuado sentido mutilador de acciones, esto relacionado con la formación académica del odontólogo desde una perspectiva biologicista, reduccionista y científicista.

Bajo esta lógica, cabe preguntarse si la Odontología como disciplina mundial ha sido capaz de cumplir su principal objetivo de tener una población sana, entendido dentro de toda su amplitud. También es cuestionable si es que los grandes avances tecnológicos realmente han avanzado a contribuir con el bienestar de los grandes sectores de la sociedad o sólo son asequibles para unos pocos.

En este contexto, toma relevancia, que el odontólogo considere al ser humano como un sujeto integral. La complejidad del ser humano exige que se comprenda y estudie todos los aspectos de este. Se debe analizar el paciente y su entorno, sin olvidar que este proporciona la enfermedad, el sufrimiento y el entendimiento de estos. Entender de esta forma los procesos de salud - enfermedad, considerando la cultura, abre la necesidad de incorporar a

las ciencias sociales y sus metodologías de investigación, lo cual permite explorar una serie de determinantes relacionados con la mantención de la salud de la población los cuales no pueden ser explorados a través de la investigación cuantitativa positivista.

La saliva, como mencionamos en el marco teórico, suele estudiarse, por parte de la investigación odontológica, solamente de la perspectiva biologicista, pasando de lo molecular a la microbiología y de los signos a los síntomas relacionados con su producción y composición. Es decir lo “objetivable”. Este trabajo de investigación buscó describir este fluido, arraigado al quehacer de la profesión odontológica, desde una perspectiva de la construcción cultural referente a los imaginarios sociales de los grupos estudiados, considerando que los colectivos o agrupaciones de científicos en odontología, al igual que una comunidad étnica, constituyen uno más de los colectivos portadores, creadores y recreadores de imaginarios o representaciones sociales sobre los objetos de su ámbito de estudio-clínicos.

El discurso como construcción social de la comunidad científica de Odontopediatría de la Universidad de Chile, se basa principalmente en el paradigma de la transmisión de bacterias a través de la saliva como principal causante de la caries dental, lo cual se sustenta en innumerable evidencia científica que se articula en aquellos fenómenos y teorías que ya proporciona el paradigma. Comprender las maneras de cómo se construye los paradigmas, lo cual proviene de acuerdos de sujetos, permite tener una visión más amplia, pues podemos ver lo que está fuera del paradigma establecido, abriendo otras miradas a las temáticas estudiadas.

Del mismo modo, los discursos asociados a la saliva como fluido antihigiénico, asociado a la transmisión de enfermedades, presente en todos los grupos de estudio de este trabajo de investigación, también poseen un correlato histórico y paradigmático. En este caso los hitos fundamentales son el descubrimiento del bacilo de Koch como etiología de la Tuberculosis presente en la saliva (el esputo específicamente), que lleva a que en muchos países por parte de los sistemas sanitarios se enseña a la población los riesgos de la transmisión y se prohíbe el acto de escupir en la vía pública, y posteriormente, la irrupción del SIDA que es el

que gatilla el desarrollo de las políticas de bioseguridad actuales, que en algunos casos han llegado a la exageración.

También se pudo observar que el discurso proveniente de los cirujanos dentistas del CESFAM de Panguipulli, respecto a la valoración de la saliva, es el mismo que el observado en el grupo de docentes en odontopediatría, sin existir diferencias en relación a la práctica profesional en una comuna altamente rural y multiétnica. Además, se observó que los entrevistados que poseen un discurso diferente al del paradigma dominante tienen relación con áreas de trabajo transdisciplinarias.

Por otro lado, se pudo descubrir connotaciones asociadas a las propiedades curativas de la saliva, donde se relatan experiencias concretas de su uso en la población mapuche, los cuales son elementos que se utilizan en la actualidad por la medicina tradicional mapuche, lo que permite la valoración cultural de las prácticas.

El desconocimiento de las connotaciones culturales en relación a la saliva y otras temáticas del quehacer odontológico, o más aún, ni siquiera identificar la existencia de un mundo cultural distinto -entre los usuarios mapuche y los profesionales de salud- puede repercutir negativamente en el proceso de atención. Un acto terapéutico y preventivo eficaz debe estar inserto en la vida simbólica y cultural del enfermo a través del compromiso de este y del profesional, que responda a las expectativas materiales y culturales del usuario y no únicamente a las creencias del profesional.

En este sentido, se hace necesario el fortalecimiento de modelos de atención interculturales en salud, que promuevan el dialogo de saberes y prácticas desde una posición de respeto a la diferencia. Esto requiere de la incorporación de programas de capacitación al personal de salud y formación profesional que contribuya a modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural. A su vez el desarrollo de políticas públicas que apunten hacia la construcción de una sociedad intercultural donde predomine la diversidad y el enriquecimiento mutuo.

Por último, a la luz de la revisión bibliográfica y el trabajo en terreno, la profesión odontológica en Chile, posee escasa investigación enfocada en comprender cómo la cultura se involucra y determina el proceso de atención en salud y las nociones de salud - enfermedad, tanto en la cultura de la población Mapuche rural como en otros grupos culturales. Existe un desafío como profesión en iniciar o continuar participando en una movilidad paradigmática hacia la apertura de nuevos conocimientos y a la comprensión de situaciones del hombre y de su realidad como ser integral. No se puede dejar de relacionar al individuo con su contexto social, cultural, psicológico, biológico y con su evolución histórica, pues los conocimientos de los aspectos culturales, sociales y económicos, nos imponen considerar, en primer lugar, a la colectividad y como parte integrante de ella, a los individuos.

Referencias Bibliográficas

- (1) Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. (2006) Investigación en salud: Dimensión ética. 1° Edición, Chile: CIEB..
- (2) Ruiz J. (1996) Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- (3) Guber R. (2001) La Etnografía, Método, Campo y Reflexividad. Grupo Editorial Norma
- (4) Couto M. (2007) Antropología médica: una necesidad hacia una mayor humanización en la odontología. Revista Ciencias de la Educación, Valencia v. 17 n°30
- (5) Kuhn T. (1962) La Estructura de las Revoluciones Científicas.
- (6) FNUAP-UNESCO. (1992) Manual de Comunicación Social para Programas de Población.
- (7) Park A. (2000) Introducing Anthropolgy. An integrated Approach. Mayfield Publishing Company. California.
- (8) Blommfield A. (2002) "Why are some people healthy and others not". Nurse N Z8(9):22-5.
- (9) Koelen M, Vaandrager L and Colomé C. (2001) Health promotion research: dilemmas and challenges. Journal of Epidemiology Community Health. 55:257–262.
- (10) Krieger N. (2002) "Glosario de Epidemiología Social" Boletín Epidemiológico. 23(2):10-13.
- (11) Frenz P. (2005) Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl
- (12) Tarlov A, (1996) Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
- (13) Secretariat. (2005) Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.
- (14) Alarcón A, Vidal A, Neira J. (2003) Salud Intercultural. Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile; 131: 1061-1065.
- (15) Fajreldin V. (2006) Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque

- Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina. *Ciencia y Trabajo*; 8 (20):95-102.
- (16) Wunenburger, Jean-Jaques. (2006) *Antropología del Imaginario*. 1° ed. Buenos Aires: Del Sol.
 - (17) Petersen PE. (2009) Global policy for improvement of oral health in the 21ST century-implications of oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol*; 26:361-71.
 - (18) OPS (2007) Propuesta de un modelo teórico, desde la experiencia del Programa Cubano de Educación en Diabetes.
 - (19) Misrachi L y Sáez S. (1990) Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbanos marginales. *Enfoques en atención primaria*, 5 (1).
 - (20) Filayson TL, Siefert K, Ismael AI, Sohn W. (2007) Maternal self-efficacy and 1-5 year-old children´s habits. *Community Dent Oral Epidemiol*; 35:272-281.
 - (21) Política de Salud y Pueblos Indígenas Res. Exenta N°91. Año 2006.
 - (22) Nguyen S (2006). Cultural, Behavioral, Social, and Psychological Perceptions of Saliva: Relevance to Clinical Diagnostics.
 - (23) Profilaxis de la tuberculosis en Cuba. *Cuad Hist Salud Pública* [online]. (2002), n.92
 - (24) Carrillo, Ana María. (2002). Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(Supl.), 67-87.
 - (25) Lobos N. (1992) *Sida y Odontología*. España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S. L.
 - (26) Ministerio de Salud (1999) *Norma de Actividades Promocionales y Preventivas Específicas en la Atención Odontológica Infantil*, 1ra Ed. Chile
 - (27) Gamble DP. (1991). A Wolof naming ceremony: human interaction and its aesthetic significance. p. 152
 - (28) Henderson R. (1966) *An Outline of Traditional Onitsha Ibo Socialization*. Ibadan: Institute of Education, University of Ibadan; p 18.
 - (29) Rattray RS. (1923) *Ashanti*. Oxford: Clarendon Press.
 - (30) Huffman R. (1931) *Nuer Customs and Folklore*. London: International Institute of African Language and Culture; p 87.
 - (31) Prins G. (1980) *The Hidden Hippopotamus: Reappraisal in African History*. New York: Cambridge University Press; p 96

- (32) Richards AI. (1956) *Chisungu: a girls' initiation ceremony among the Bemba of Northern Rhodesia*. London: Faber and Faber; p. 72
- (33) Maxwell K. (1983) *Bemba Myth and Ritual: the Impact of Literacy on an Oral Culture*. New York: P. Lang
- (34) Childs GM. (1949) *Umbundu Kinship and Character: Being a Description of Social Structure and Individual Development of the Ovimbundu of Angola*. London: International African Institute, Oxford University Press; p 88
- (35) Roscoe J. (1923) *The Bakitara or Bunyoro the First Part of the Report of the Mackie Ethnological Expedition to Central Africa*. Cambridge: Cambridge University Press; p 246
- (36) Basden GT. (1966) *Niger Ibos: A Description of the Primitive Life, Customs and Animistic Beliefs, etc of the Ibo People of Nigeria*. London: Cass; p 173.
- (37) Becigalupo A. (2010) *Relaciones de género ritual: Parentesco, matrimonio, dominio y modalidades de condición de persona para los chamanes mapuche*.
- (38) Kongara KR, Soffer EE (1999). *Saliva and esophageal protection*. *Am J Gastroenterol* 94(6): 1446-52
- (39) Cerulli E. (1964) *New Notes on Islam in Somalia*. Rome: Ministero degli Affari Eseri, Istituto poligrafico dello Stato, P.V; p 9
- (40) Puccioni N. (1936) *Anthropology and Ethnography of the Peoples of Somalia*. Bologna: Nicola Zanichelli; p 167
- (41) Helander B. (1988) *The Slaughtered Camel: Coping with Fictitious Descent Among the Hubeer of Southern Somalia*. Uppsala: University of Uppsala; p 111
- (42) Anderson RG. (1911) *Some Tribal Customs in their Relation to Medicine and Morals of the Nyam-nyam and Gour People Inhabiting the Eastern Bahr-El-Ghazal*. London: Bailiere, Tindall and Cox; p 250
- (43) Culwick AT. (1935) *Ubena of the Rivers*. London: G. Allen & Unwin, Ltd; 193 p 295
- (44) Merker M. (1910) *The Masai: Ethnographic Monograph of an East African Semite People*. Berlin: Dietrich Reimer; p 247
- (45) Meek CK. (1970) *Law and Authority in a Nigerian Tribe: A Study in Indirect Rule*. New York: Barnes and Noble.

- (46) Zuno A. (2009) ¿Qué Cura la Saliva y Porqué?, 1ra Ed. Mexico: Editorial Berbera.
- (47) Henson BS, Eisbruch A, D'Hondt E, Ship JA (1999). Two-year longitudinal study of parotid salivary flow rates in head and neck cancer patients receiving unilateral neck parotidsparing radiotherapy treatment. *Oral Oncol* 35(3):234-41.
- (48) Scully C, Epstein JB (1996). Oral health care for the cancer patient. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 32B(5):281-92.
- (49) Valdez IH, Atkinson JC, Ship JA, Fox PC (1993). Major salivary gland function in patients with radiation-induced xerostomia: flow rates and sialochemistry. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 25(1):41-7.
- (50) Dodds MW, Johnson DA, Yeh CK (2005). Health benefits of saliva: a review. *J Dent* 33(3):223-33.
- (51) Van Nieuw Amerongen A, Bolscher JG, Veerman EC (2004). Salivary proteins: protective and diagnostic value in cariology? *Caries Res* 38(3):247-53
- (52) Hicks J, Garcia-Godoy F, Flaitz C (2004). Biological factors in dental caries: role of remineralization and fluoride in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 3). *J Clin Pediatr Dent* 28(3):203-14
- (53) Humphrey SP Williamson RT (2001). A review of saliva: normal composition, flow, and function. *J Prosthet Dent* 85(2):162-9.
- (54) Perinpanayagam HE, Van Wuyckhuysse BC, Ji ZS, Tabak LA (1995). Characterization of low- molecular-weight peptides in human parotid saliva. *J Dent Res* 74(1):345-50.
- (55) Kavanagh K, Dowd S (2004). Histatins: antimicrobial peptides with therapeutic potential. *J Pharm Pharmacol* 56(3):285-9.
- (56) Battino M, Ferreiro MS, Gallardo I, Newman HN, Bullon P (2002). The antioxidant capacity of saliva. *J Clin Periodontol* 29(3):189-94
- (57) Scheiman JM, Meise KS, Greenson JK, Coffey RJ (1997). Transforming growth factor- alpha (TGF-alpha) levels in human proximal gastrointestinal epithelium. Effect of mucosal injury and acid inhibition. *Dig Dis Sci* 42(2):333-41
- (58) Humphreys-Beher MG, Macauley SP , Chegini N, van Setten G, Purushotham K, Stewart C, Wheeler TT, Schultz GS (1994). Characterization of the synthesis and

secretion of transforming growth factor-alpha from salivary glands and saliva. *Endocrinology* 34(2):963-70.

- (59) Hiramatsu Y, Kagami H, Kosaki K, Shigetomi T, Ueda M, Kobayashi S, Sakanaka M (1994). The localization of basic fibroblast growth factor (FGF-2) in rat submandibular glands. *Nagoya J Med Sci* 57(3-4):143-52..
- (60) Noguchi S, Ohba Y, Oka T (1991a). Effect of salivary epidermal growth factor on wound healing of tongue in mice. *Am J Physiol* 260(4 Pt 1):E620-5.
- (61) Noguchi S, Ohba Y, Oka T (1991b). Influence of epidermal growth factor on liver regeneration after partial hepatectomy in mice. *J Endocrinol* 128(3):425-3
- (62) Colin J. (1997) *Investigación Histórica de la Facultad de Odontología*. Santiago; Impresos Universitaria S. A.
- (63) Ilustre Municipalidad de Panguipulli (2011). *Plan de Salud Comunal 2011-2015*,
- (64) Oliveros J. (2001). *La formación de profesionales en odontología*. Hipóstasis. *Rev. Venezolana de Investigación en Educación*. Valencia, Valenzuela: Publicaciones Universidad de Carabobo. Año 1, (0). Enero-Junio.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado



Trabajo de Investigación para optar al título de Cirujano Dentista “La Connotación y los Discursos sobre la Saliva en tres Contextos: Una Comunidad Científica, un Consultorio Rural y una Comunidad Rural Mapuche. Estudio Exploratorio y Descriptivo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Este estudio se denomina “La connotación y los discursos sobre la saliva en tres contextos: una comunidad científica, un consultorio rural y una comunidad rural mapuche. Estudio Exploratorio y Descriptivo” y está siendo desarrollada por Scarlett Mac-Ginty como Trabajo de Investigación para optar al título de Cirujano Dentista, y conducida como tutor responsable la Prof. Valentina Fajreldin, del Departamento de Ciencias Básicas y Comunitarias de la Universidad de Chile.

El fin de este estudio es analizar y luego comparar el discurso de tres grupos sociales respecto de la saliva y sus propiedades y connotaciones socio-culturales, en el marco de la construcción social de las nociones de salud / enfermedad; para conocer algunas de las barreras que podrían incidir por ejemplo en las relaciones clínicas odontológicas.

Se le solicita su participación como miembro del Departamento de Odontopediatría de la Universidad de Chile, pues se desea conocer su construcción social sobre la saliva como miembro de una comunidad científica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Esta información solo será de acceso para la tutora y la estudiante responsables del trabajo de investigación. Los nombres de los participantes serán mantenidos en reserva, ya que no es objetivo del estudio identificar a la persona que emite el discurso, sino el discurso en sí, en concordancia con la metodología cualitativa.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La participación en el estudio no tiene una retribución económica para los participantes.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de estudio. Igualmente, puede no conceder la entrevista sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Cualquier duda, reclamo o sugerencia por favor llamar a la oficina del Departamento de Ciencias Básicas o Comunitarias de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile al teléfono 9781727, y preguntar por Valentina Fajreldin (Investigadora Responsable), cuyo mail de contacto es valentina.fajreldin@gmail.com

Una copia de este documento le será entregada, y usted puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Valentina Fajreldin al teléfono o al mail anteriormente mencionado.

Desde ya le agradecemos su participación.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha y lugar de emisión

Firma Estudiante Tesista

Firma Tutora Responsable



Anexo 2: Documento de Información del Estudio

Trabajo de Investigación para optar al título de Cirujano Dentista “La Connotación y los Discursos sobre la Saliva en tres Contextos: Una Comunidad Científica, un Consultorio Rural y una Comunidad Rural Mapuche. Estudio Exploratorio y Descriptivo

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio se denomina “La connotación y los discursos sobre la saliva en tres contextos: una comunidad científica, un consultorio rural y una comunidad rural mapuche. Estudio Exploratorio y Descriptivo” y está siendo desarrollada por Scarlett Mac-Ginty como Trabajo de Investigación para optar al título de Cirujano Dentista, y conducida como tutor responsable la Prof. Valentina Fajreldin, del Departamento de Ciencias Básicas y Comunitarias de la Universidad de Chile.

El objetivo de este estudio es analizar y luego comparar el discurso de tres grupos sociales respecto de la saliva y sus propiedades y connotaciones socio-culturales, en el marco de la construcción social de las nociones de salud / enfermedad; para conocer algunas de las barreras que podrían incidir por ejemplo en las relaciones clínicas odontológicas, teniendo como fin la formulación de propuestas de incorporación de un enfoque intercultural tanto en la política pública y el diseño de programas de promoción y prevención en salud, como en la atención clínica odontológica para población mapuche rural en Chile.

Cualquier duda, reclamo o sugerencia por favor llamar a la oficina del Departamento de Ciencias Básicas o Comunitarias de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile al teléfono 9781727, y preguntar por Valentina Fajreldin (Investigadora Responsable), cuyo mail de contacto es valentina.fajreldin@gmail.com

Anexo 3: Pauta Temática Entrevista en Profundidad Semiestructurada: Docentes especialistas en Odontopediatría, Universidad de Chile

- Identificación del entrevistado
 - ¿Dónde realizó el pregrado y el posgrado? Años de egreso y especialización.
 - Cargos en que se desempeña o ha desempeñado. Tanto en docencia como en trabajo clínico (ejercicio público y/o privado).
 - Motivaciones para especializarse en odontopediatría y motivaciones para ejercer la docencia, cumplimientos de expectativas.
- ¿Cómo podría describir a la saliva y cual considera que son sus principales funciones?
- ¿Cuál es el rol de la saliva en el proceso de caries?
- Su transmisión, sus mecanismos y consecuencias (en el proceso de caries u otras enfermedades).
- ¿Cuáles son las formas en que se puede prevenir esta situación? ¿Cuáles son las recomendaciones que usted le entrega a sus pacientes y a sus padres? ¿Cómo evalúa la recepción e impacto de estas recomendaciones?
- Elementos importantes que se deben entregar en el ejercicio docente a los estudiantes.
- ¿Cree que ha existido un cambio en el enfoque para tratar este tema en la docencia?

- **Anexo 4: Pauta Temática Entrevista en Profundidad Semiestructurada:** Cirujano Dentistas CESFAM Panguipulli.

- Identificación de la persona. Cargos en que se desempeña en el consultorio, tiempo trabajando.

- ¿Se atiende población mapuche rural en el consultorio?
- ¿Identifica diferencias en las ideas de las enfermedades bucales en esta población de usuarios respecto a la demás? ¿Cómo cuales?
- ¿Cree que hay más o menos daño, respecto a la severidad de las enfermedades bucales en esta población? ¿Cuáles cree que serán las causas?
- ¿Qué sabe de la interculturalidad? ¿El consultorio aplica esta modalidad? ¿Usted como profesional lo realiza? ¿Por qué?
- ¿Qué cree usted de la trasmisión de saliva? ¿Qué recomendaciones les da a sus pacientes?

- **Anexo 5: Pauta Temática Entrevista en Profundidad Semiestructurada:**
Técnicos Área Odontológica CESFAM Panguipulli.

- Identificación de la persona, cargo que realiza, contacto con la población ¿Hace cuanto trabaja en APS? ¿Cómo ha sido su experiencia?
- ¿Qué tipo de relación tiene usted con los usuarios del Centro de Salud?
- Usted posee alguna capacitación en los temas de salud oral?
- ¿Cree que es importante tener conocimientos en salud oral? ¿Por qué? ¿Cuáles?
- ¿Si un usuario le realiza una pregunta de salud oral que le aconseja?
- ¿Qué cree usted de la trasmisión de saliva? ¿Es mala?

- **Anexo 6: Pauta Temática Entrevista en Profundidad Semiestructurada:**
Comunidad rural mapuche

- ¿Cuáles son sus nociones de salud y enfermedad?
- Nociones de alimentación. ¿Se relaciona con la salud y la enfermedad?
- ¿Qué sabe de las enfermedades de los dientes y la boca? ¿Cómo y por qué?
¿Se pueden prevenir? ¿Cómo?

- ¿Qué hace usted si tiene un problema con sus dientes, asiste al consultorio?
¿Usa Medicamentos? ¿Alguna terapia tradicional?
- ¿La saliva es buena en la protección de su boca?
- Respecto al Muday, ¿Cómo se prepara? ¿En qué contextos se usa? ¿Se utiliza la saliva para fabricarlo?