

Artículos Científicos

Creencias Populares Sobre Salud Oral en Patzún

Dr. Jorge Solares*

Dr. Carlos Tejada Valenzuela**

INTRODUCCION

"Así contaban antiguamente los padres y los abuelos que se llamaban Gagavitz y Zactecauh, los dos varones que nos engendraron a nosotros".

"Estos antecesores nuestros eran verdaderamente temibles por su ciencia, pues no habían olvidado las lecciones de sus padres y abuelos".

"No debéis olvidar el relato de nuestros mayores, nuestros antepasados".

"Estas fueron las palabras que nos legaron".

MEMORIAL DE SOLOLA.

Y el legado continúa. Unos lo conocen, lo repiten y lo saben y lo creen. Los otros estamos fuera de él y lo suponemos muerto y olvidado. Y lo abarca todo. Calor, frío; mundo y cuerpo, farmacias vegetales, dientes y gusanos, semidioses y deidades. Cada cual en su nivel y nosotros con nuestra universal ciencia en uno de tantos. Porque todo concepto debe ser admitido dentro de una taxonomía popular.

Ni siquiera nuestros programas sanitarios, a pesar de su posible bondad intrínseca, están exentos de condicionamiento popular, contrariamente a lo que usualmente suponemos: que nuestra acción, sólo por la naturaleza que le atribuimos, deberá ser aceptada y no razonada. Es por ello que se imprimen acciones sin meditar si a donde van dirigidas se piensa igual que nosotros acerca de lo mismo y en nuestros mismos términos. Hay

antecedentes que informan de acciones, por lo demás beneficiosas, que son desdeñadas por sus presuntos beneficiarios porque su utilidad y justificación no han sido convincentes dentro del esquema popular de creencias, que existe anterior e independientemente de ellas y que es tanto o más poderoso que nuestra faena profesional.

También hay que admitir que no sólo de nuestra parte emanan conceptos científicos. El reservorio milenario popular también puede contener —y de hecho contiene— explicaciones científicamente válidas que frecuentemente llegan al mismo punto y muchas veces antes que las nuestras.* Solamente estas consideraciones bastarían para justificar nuestro estudio, pero a ellas se suma la dramática situación de salud general y oral en el país, expresada por una gran cantidad de fuentes, algunas de las cuales se incluyen en la bibliografía(1) y confirmada por estudios de campo dentro de los programas docentes investigativos de la Facultad de Odontología.(2) La elevada prevalencia de patología oral y la escasa asistencia a los exiguos recursos que en tal sentido se ofrecen a la población afectada, reclaman estudios sobre la creencia popular acerca de tal patología porque, sin ser ésta la causa primordial del problema sanitario, guarda la suficiente importancia como para que su comprensión permita solucionar en un sentido el problema global. Ello es tanto más significativo cuando se comprueba que la literatura revisada no reveló la existencia en nuestro país de estudios sociales con este enfoque, si se exceptúan algunas alusiones incidentales en dos obras (colateralmente al tema allí estudiado).(3) Dentro de la literatura extranjera tampoco parecen haber datos aplicables a las condiciones locales de Guatemala. Su interés se cifra ante todo en lo biopatológico y para ello nos remitimos a la bibliografía consultada, en la que numerosas publicaciones de referencia no informan de artículos de esta índole.

Dichos propósitos nos llevaron a investigar la problemática de salud oral en un poblado del altiplano centro-occidental guatemalteco, desde una

* C. D., Profesor de Enseñanza Media en Historia y Estudios Sociales. Especialista en Salud Pública con énfasis en Nutrición y Materno-infantil. Catedrático del Área de Ejercicio Profesional de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, Catedrático de Antropología General y Antropología Social, Facultad de Humanidades, Universidad de San Carlos. Catedrático de la Facultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos, y Catedrático de la Universidad del Valle de Guatemala.

** M. C., Director del Centro de Estudios Superiores de Nutrición y Ciencias de alimentos, Universidad de San Carlos de Guatemala-INCAP; Jefe de la División de Enseñanza del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.

* Véase "calor-frío" en etiología y nomenclatura de la caries.

perspectiva sociocultural, como un paso inicial para comprender —en un futuro plazo y sobre un ámbito mayor de población— el sistema colectivo de creencias y valores sobre salud oral y sus relaciones con las otras categorías socioculturales que le dan sentido y coherencia. Y para ello hemos descrito, preliminar y tentativamente, un cuadro de creencias sobre salud oral en el poblado de Patzún y su relación con las variables económicas y educativas. Este artículo se basa en el informe original de la investigación.⁽⁴⁾

Por su medio se pretenden varios objetivos, siendo uno de los más inmediatos el que podríamos definir como de educación profesional, prestando a los servicios de salud oral la información sociocultural referida y un enfoque, al parecer, hasta ahora inexistente. Ello puede permitir comprender mejor los nuevos problemas de trabajo que confrontan los futuros odontólogos dentro de su actual tipo de capacitación, sobre todo cuando se sabe que enfermedad y salud oral son resultantes de múltiples factores que, en buena parte, trascienden el campo médico. A la vez se ha buscado conocer cómo se distribuye entre la población, la utilización del recurso y las razones que se dan para hacerlo o no. Objetivo a mayor plazo es el de orientar a la población en cuanto a normas y criterios sanitarios conjugándolos con el sistema conceptual y valorativo popular, así co-

mo el de complementar, desde otra perspectiva, el conocimiento socioantropológico de la sociedad guatemalteca.

Finalmente, procede hacer algunas consideraciones sobre determinados aspectos del trabajo. Este adquiere verdadero sentido si constituye el primero de una serie de estudios en otros poblados, sobre todo si se considera que Patzún ha sido objeto de acciones clínico educativas, las que podrían dar un sentido nuevo y parcialmente condicionado a las respuestas de su población. De ahí la importancia de efectuar otros estudios en diferentes localidades, además de la justificación estadística de reducir la variabilidad mediante un muestreo mayor.

El enfoque oral del estudio podría dar la impresión de que se ha pasado por alto el marco más amplio de salud general. La Encuesta de Salud y Nutrición que se realizó en Patzún inmediatamente antes de este estudio,* brindó la información que parecería faltar a este trabajo y su contexto global se comentará en el capítulo de discusión. Conviene tener en mente, además, que la identificación personal como odontólogo pudo haber dirigido algunas de las respuestas, pero su reconocimiento constituye la primera forma de control sobre los resultados.

Cabe, por último, la consideración quizá más importante de todas. La gran mayoría de esa población habla como lengua materna el cakchiquel y es bilingüe, de manera que sólo muy esporádicamente hubo que recurrir a los servicios de un intérprete. Pero los informantes dominaban en muy diferentes grados el castellano y el entrevistador, por su parte, desconocía el cakchiquel, de manera que aquel sutil valor semántico de la lengua pudo haberse captado en forma un tanto diferida. Esto es más válido para algunos aspectos del trabajo que para otros y se discutirá en los lugares pertinentes del texto.

METODOLOGIA

El estudio de campo fue efectuado en la población de Patzún durante los meses de octubre y noviembre de 1972 y el sujeto fue una submuestra aleatoria de la muestra también aleatorizada que se investigó durante la Encuesta de Salud y Nutrición* que alumnos de pre y postgrado del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) llevaron a cabo en esa población en el mes de julio de 1972.

Dicha submuestra estuvo constituida por 48 familias (111 personas). A fin de poder controlar variables posiblemente dependientes de las generaciones y a la vez representativas de cada grupo familiar, fueron entrevistados dentro de cada familia ambos padres y un hijo con escolaridad (no menor de 10 años). Cuando por ausencia definitiva no se pudo entrevistar a alguno de estos tres

- (1) — Dirección General de Servicios de Salud. "Memoria anual de actividades de Centros y Puestos de Salud". Guatemala, 1970.
 - Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Compilación de trabajos científicos. Guatemala, INCAP, Tomo I, 1949-54-Tomo XI, 1971-72.
 - _____, Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá. Guatemala, INCAP, 1966.
 - Organización Mundial de la Salud. Proyección cuatrienal de asistencia OPS/OMS Zona III, 1971-74.
 - Demographic Yearbook, 1970.
- (2) — José Alfaro R. Prevalencia de caries dentaria en escolares de 26 comunidades rurales de la República de Guatemala, 1972. Guatemala, Tesis de licenciatura, 1973.
 - Tesis de la Facultad de Odontología.
- (3) — Richard N. Adams. Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. Guatemala, Instituto Indigenista Nacional, Publicaciones Especiales No. 17, 1952. Instituto Indigenista Nacional. Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala. Guatemala, IIN, Vol. VI No. 1, 1971.
- (4) — Encuesta de Salud y Nutrición (clínico nutricional y socioeconómica) realizada en el municipio de Patzún en julio de 1972, por estudiantes de postgrado en Salud Pública con énfasis en Nutrición y Materno Infantil y graduandos de la Escuela de Nutrición del Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos (CESNA) de la Universidad de San Carlos e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

* Véase Metodología.

* De aquí en adelante será llamada sencillamente Encuesta.

miembros familiares, no se buscaron substitutos.

Para determinar alguna posible asociación entre los datos del estudio y algunas conclusiones de la Encuesta, la submuestra se dividió según algunos de los criterios con que fue seccionada la muestra, tales como:

—Índice de escolaridad familiar obtenido mediante normas utilizadas en INCAP para la recolección, tabulación, proceso estadístico e interpretación de datos escolares de la Encuesta, de acuerdo a la fórmula $IEF = \frac{ER}{ED}$, en que $IEF =$

Índice de Escolaridad Familiar que se calcula obteniendo el grado escolar real alcanzado por cada miembro de la familia de 7 o más años de edad (ER); el grado escolar que se definió como deseable para los mismos grupos etarios, siendo de 1 grado de escolaridad deseable para personas de 7 años, 2 grados para 8 años y así sucesivamente hasta llegar a 6 grados para 13 o más años de edad (ED). La sumatoria de ER dividida entre la sumatoria de ED produce el índice de escolaridad familiar. En base a dicho criterio, la muestra quedó seccionada en 3 grupos que del menos al más adecuado fueron: Grupo I con índice 0. Grupo II con índice 0.05 — 0.48 y Grupo III con índice 0.53 — 1.00.

—Insumo bruto per capita anual, también dividido en tres grupos que del más bajo al mejor fueron: bajo insumo (Q.0-40), insumo medio (Q.40-100) y alto insumo (Q.100-400), según criterios de la misma Encuesta en la cual el insumo bruto per capita anual está relacionado con:

a) El tipo de ocupación de cada miembro de la familia económicamente activo, que comprende ocupación agrícola, pecuaria, artesanal o de industria casera, comercial, cualquier ocupación asalariada o bien, actividades no remuneradas como servicio colectivo gratuito e incluso lo comprendido en ocio y diversión. Se cuantificaron las horas semanales y anuales insumidas en cada una de dichas ocupaciones por persona y se sumaron todos los renglones individuales para integrar el tipo de ocupación y horas de trabajo familiar.

b) Producción agrícola y casera artesanal, en que la primera se obtiene determinando la existencia de huerta familiar y las variedades que se producen, la existencia de terreno para siembras, su relación de propiedad, usufructo o arrendamiento y el área sembrada en cuerdas (estipulando el tamaño de las mismas) y en varas², las variedades sembradas en el terreno y la producción anual de maíz, frijol, trigo u otros cereales (en libras) y el total de la misma se dividió entre el número de miembros de la familia. Otras producciones (por año), verduras, raíces, tubérculos y frutas. Tenencia de animales productivos, su número y la producción anual de leche (en litros), de queso (en libras) y de huevos (en unidades), cada una de las cuales se dividió entre el número de miembros de la familia, así como la relación de uso con cada uno de estos productos: si se con-

sumió la totalidad, si se vendió todo o si se consumió y vendió en parte.

La producción casera artesanal estipula la variedad manufacturada y su relación de uso.

c) Ingreso en quetzales del último mes y del año anterior provenientes de la venta de cualquier producto agropecuario o casero artesanal, de la reventa de productos agrícolas o animales y de artículos no caseros ni agropecuarios; por venta de cualquier servicio en cualquiera de los miembros de la familia, por ingreso de actividades comerciales independientes y por indemnizaciones, pensiones, jubilaciones, etc.

El ingreso total familiar mensual y anual así calculado se dividió —cada uno— entre el número de miembros de la familia. Estos tres rubros económicos se relacionan en tal forma que sirven de confrontación para sus respectivos datos y del análisis conjunto de todos, se obtuvo el insumo bruto per capita anual.

—Hubo criterios que no fueron objeto de escisión en la Encuesta, tales como edad y exposición a medios de comunicación masiva (radio, televisión, diarios o periódicos, revistas, libros y otra clase de material de lectura, cine). Para ilustrar sus posibles asociaciones con las creencias sobre entidades estomatológicas, cada uno de ambos grupos fue dividido en dos segmentos simétricos delimitados por la mediana, de manera que en lo referente a edad quedó establecido un grupo inferior que comprendió personas entre 10 y 34 años de edad, y un grupo superior que incluyó personas de 35 y más años. Dividida la submuestra también de acuerdo a la mediana en lo referente a los medios de comunicación masiva, se delimitó un grupo inferior con 0-1 medio de comunicación por familia y un grupo superior con 2-6 medios de comunicación.

Etnicamente, la submuestra quedó dividida en dos grupos forzosamente asimétricos: uno mayoritario de indígenas y otro minoritario de ladinos, toda vez que la población de Patzún es preponderantemente indígena.* El criterio seguido en la Encuesta para definir la afiliación étnica fue esencialmente el de autocalificación, apoyado por otros factores como lenguaje y vestuario.

La investigación fue precedida por un estudio piloto efectuado por uno de los autores (J. S.) en la población de San Andrés Itzapa entre febrero y abril de 1972. En esa oportunidad se entrevistó una pequeña muestra seleccionada no representativa y se pusieron a prueba los criterios, conceptos, definiciones, formas de entrevista y formularios, todos los cuales sufrieron eventualmente modificaciones parciales que, apoyadas en la experiencia adquirida, sirvieron de base al presente estudio.

* El grupo indígena constituyó el 76.50% de la submuestra y el grupo ladino, el 23.50%.

RESULTADOS

1. Caries dentaria.

1.1. Nomenclatura

El nombre más corriente de la caries es "picadura" (64%) y en ello no influyen factores que, como la escolaridad, podrían considerarse presuntivamente como posibles modificadores. El 19% de las personas se refiere a "podrido" que viene a ser la segunda definición más importante. Los nombres de "caries" así como de "hoyo" son muy poco empleados (7% y 6% respectivamente) y en último término se mencionaron nominaciones harto infrecuentes como "quebrado". El uso de estos términos no se asocia con la posición económica de los individuos ni con su edad ni con su grupo étnico. En cambio, la escolaridad parece sugerir una fuerte relación con el término "caries", porque ninguna persona lo utilizó dentro del grupo de más baja escolaridad (I), sólo una persona (1.5%) dentro del grupo II y nueve (22%) dentro del grupo de mayor escolaridad (III). Aunque la última cifra en sí no es elevada, difiere significativamente de las otras y permite afirmar que el aumento del índice de escolaridad resulta en un incremento estadísticamente significativo del uso del término "caries".* En cuanto a otra de las variables, es interesante anotar que aunque ambos grupos étnicos hacen uso de los mismos términos, el de "caries" sólo fue empleado por una persona (1%) entre los indígenas en contraste con nueve (28%) entre los no indígenas.

De manera que si atendemos a dos denominaciones que consideramos las principales: "picadura" por su universalismo y "caries" por ser nuestra propia denominación académica, parece evidente que para emplear la última se requiere una escolaridad óptima, pero ello no excluye el uso de "picadura" que siempre prevalece, gozando de aceptación muy generalizada, independientemente de cualquier factor económico, étnico, etario o educativo. La evidencia de que "caries" fuera de uso prácticamente privativo de los no indígenas, en principio parecería ser un motivo muy sugerente de que "ladino" genéricamente equivale a alta escolaridad e "indígena" a baja escolaridad y con facilidad el lector podría verse inducido a extraer dicha conclusión. Debemos advertir, sin embargo, que el diseño de la investigación no permitió establecer tal conclusión para este momento.

La nomenclatura no fue conceptualizada simplemente como un inventario de términos. A partir de los nombres, se estima que con frecuencia se puede inferir la naturaleza del proceso carioso, pues, a través de un lenguaje popular muy expresivo, el nombre se vincula más o menos estrechamente con la entidad patológica y sus causas. Eventualmente ambas cosas se nombran con el mismo tér-

mino, como es el caso de la voz cakchiquel "chikop" que, en la localidad, denomina a la caries y significa precisamente "gusano" o "animal", entendido el primero como un animal vermiforme que se desarrolla dentro de la pieza dentaria ocasionando caries y que fue referido por el 1.5% de los informantes. Sin embargo resta la duda de si dicho caso concreto y otros similares, indican diversa nomenclatura para una sola entidad o si constituyen distintas entidades. En ocasiones y ante la relativa flexibilidad de las entrevistas, resultó difusa la frontera entre la simple nomenclatura de la caries con su identidad y origen causal.

1.2. Etiología

Cuando se consideran por separado los agentes causales, la causa principal de la caries es la falta de higiene oral (22%) pero en conjunto el agente más invocado es el binomio "calor y frío" (16% y 10% respectivamente), advirtiendo que al frío no se le menciona solo, sino siempre acompañando al calor; éste, por el contrario, puede ser mencionado como un agente suficiente por sí mismo para desencadenar el proceso. Esto puede indicar que la idea predominante sobre la etiología de la caries parece descansar en una concepción física, y casi podríamos decir, mecanicista, que difiere de la entidad "calor frío" que ocupa buena parte de la etiología, condicionamiento y patogenia de enfermedades sistémicas en la generalidad del país y otras partes del mundo.(5) Estudios científicos muy recientes sobre el efecto de cambios bruscos de temperatura en el esmalte dentario(6) indican una acción de agrietamiento, y eso coincide exactamente con la creencia popular mencionada, la cual va un poco más allá y añade que el producto final obligado es la caries. El mecanismo del proceso radica en que la ingestión de comidas o bebidas frías después de otras tantas calientes, produce pequeñas fracturas en la pieza dentaria; como ya se mencionó, puede darse el caso de que solamente la ingestión de comidas o bebidas calientes produzcan el mismo efecto. Las posibilidades teóricas de esta creencia se comentarán en la sección de discusión.

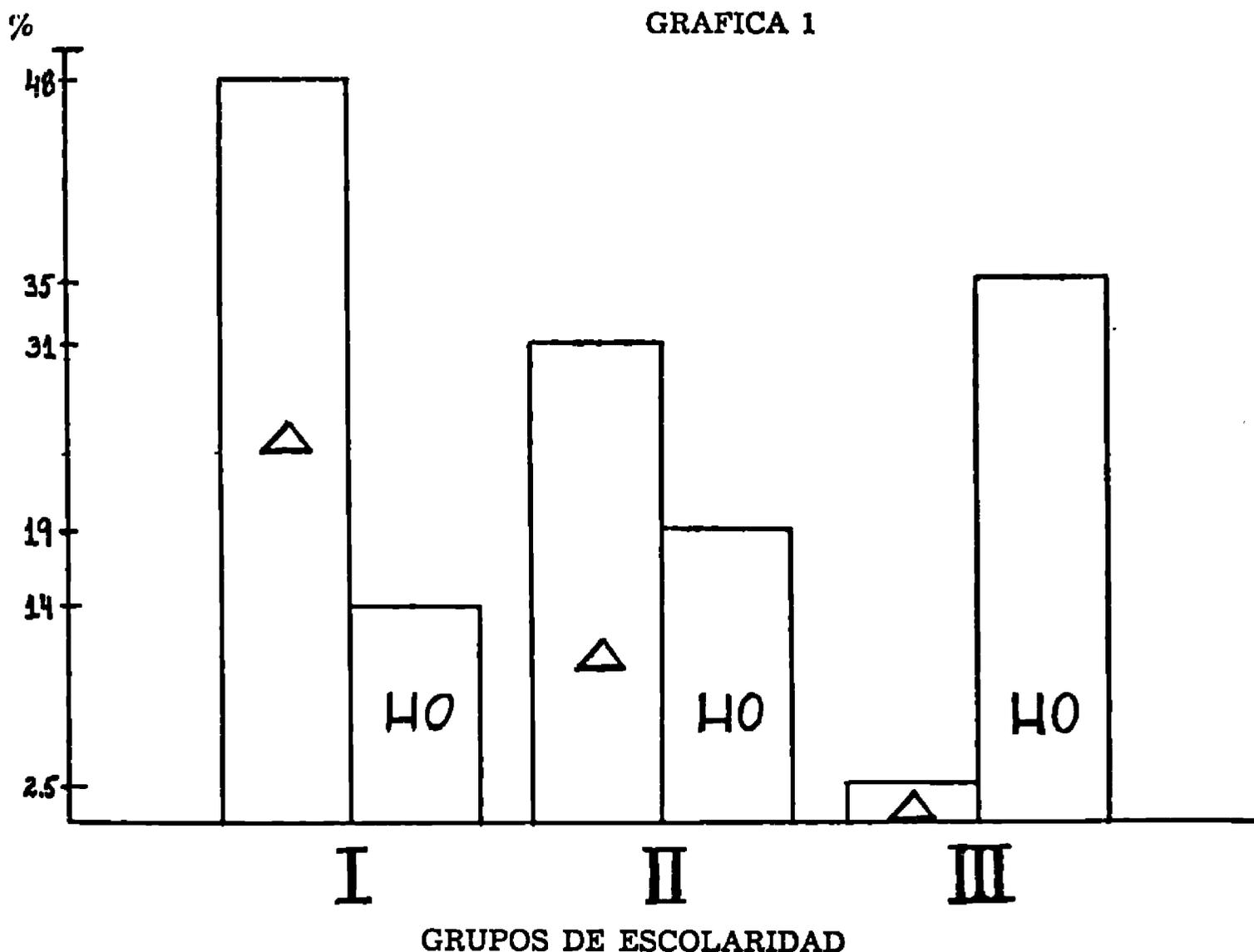
Poco menos del 9% de los informantes mencionó el consumo excesivo de dulces y un porcentaje algo menor (8%) se refirió al "chikop", el cual puede ser considerado factor suficiente para desencadenar la caries, o bien, ser visto como cofactor relacionado a los cambios térmicos. Insistimos aquí en recordar que mientras sólo el

(5) — Richard N. Adams. Cultural Survey of Panama-Nicaragua-Guatemala-El Salvador-Honduras. Washington, WHO, Pan American Sanitary Bureau, 1957.

— — — — —. Un Análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala, Instituto Indigenista Nacional, Publicaciones Especiales No. 17, 1952.

(6) — American Dental Association. "Temperature stress may cause cracks in enamel, study shows". A. D. A. News, December 21, 1970.

* X^2 calc. (16.6348) V X^2 (5.99147), $P \leq .05$.
2 gl. crit.



Δ = Calor-frio. La base del triángulo representa el % del frío.
HO = Higiene oral.

GRAFICO 1. Relación de la escolaridad con el cambio en la concepción popular sobre la etiología de la caries expresada en %, en una muestra representativa de la población de Patzún. Octubre de 1972.
Fuente: "Creencias populares sobre aspectos de salud oral en Patzún". Guatemala, INCAP, 1972.*

1.5% de los informantes le dio a la caries el nombre castellano de "gusano", aumentó a 8% la proporción de los que adscribieron al "gusano" (también en castellano) función causal; también insistimos nuevamente en que, aparte de estas referencias concretas, toda la población de habla cakchiquel se refiere a la caries como "chikop" ("gusano"), lo cual nos lleva a inferir que si la etiología tiene un sentido cuando se le discute en castellano, debe tener otro más genuino cuando es expresado en cakchiquel. Esto se discutirá al final del trabajo más ampliamente, pues consideramos que tiene un alto valor comprensivo para proponer premisas tentativas respecto de la cariogénesis.

La circunstancia de "podrido" juntamente con "quebrado" se interpreta con frecuencia como etapas sucesivas de un mismo proceso, en las que la lisis del tejido duro y el mal sabor y halitosis inducen a pensar en cierta putrefacción, de la misma manera que la fractura de la pieza hace suponer una etapa final consecuente a la putrefacción, más que una entidad independiente; será independiente, por supuesto, solamente cuando

no se menciona la putrefacción.

En último término se mencionaron factores como "enfermedad de los dientes", "animales", "descuido", "falta de alimentación", "herencia", "porque se queda comida entre los dientes", "debilidad del cuerpo por no bañarse", "por comer chile que quema los dientes", "por comer de todo" y "por falta de calcio". La escasa frecuencia de cada una de estas respuestas no permite, por el momento, asignarles mayor importancia a cada una, si bien su conjunto suma casi un 20% del total de respuestas. Por otra parte, debe consignarse que el 24% de los informantes no supo o no quiso dar ninguna opinión.

La escolaridad condicionó las respuestas en tal forma que dentro del grupo de menor escolaridad, el calor y el frío fueron los factores etiológicos preponderantes (24% para cada uno), mientras que dentro del grupo II, aunque el calor con-

* La identificación de la población estudiada y la fecha, fuente y lugar del estudio a que se refiere esta Gráfica, son los mismos para todas las restantes Gráficas y Tablas, por lo que se omitirán en lo sucesivo.

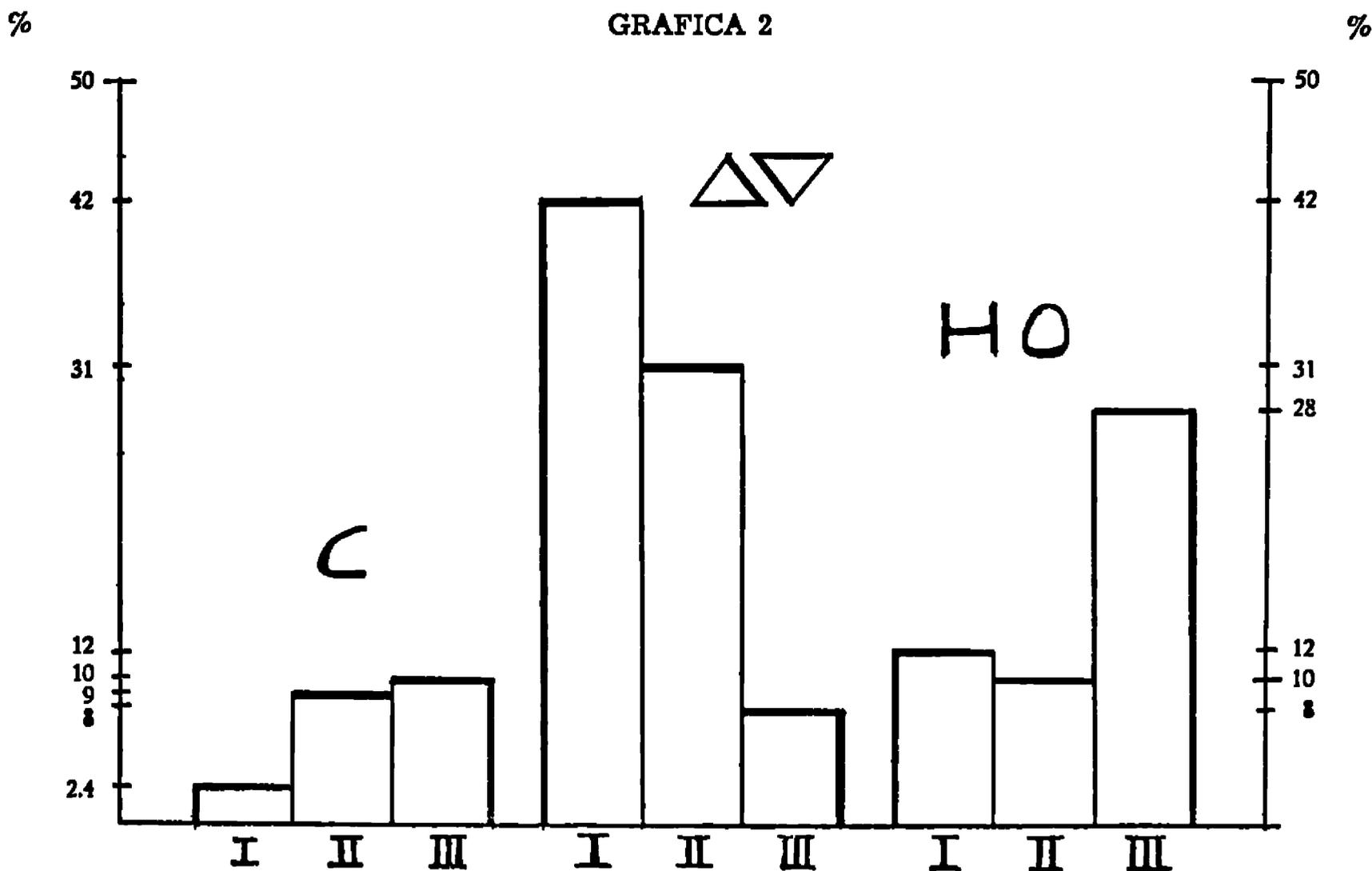
tinuó siendo la causa principal (21%), la falta de higiene oral subió de posición (19%) y dentro del grupo de alta escolaridad, ésta ascendió a posición dominante (35%) Tal resultado, que se muestra en la Gráfica 1, exhibe distribución que técnicamente supondríamos lógica o esperada, si tomamos nuestros propios criterios académicos como parámetros deseables y considerando que, quizá, la teoría térmica a que hicimos referencia poco antes, aún no se encuentra incorporada al conocimiento escolar general

Por el contrario, cuando se trató de establecer asociación entre la situación económica y estos criterios, el resultado fue lo suficientemente dispar como para considerar que dicha variable condiciona las ideas acerca de la etiología de la caries (Ver Grafica 2) Por ejemplo, y siempre considerando como parámetro deseable nuestras propias concepciones académicas y volviendo a desestimar la teoría térmica como parte integrante de los conocimientos escolares actuales, solamente el complejo calor-frio y la falta de higiene

oral muestran distribución "lógica". No fue así con el concepto del "chikop" como factor cariogénico y su distribución se antojaría "inesperada" si pensáramos —"lógicamente"— que la asistencia a la escuela y la resultante modificación de ideas tradicionales no escolásticas, aumenta conforme aumenta la situación económica Esto podría presuntivamente desvirtuar la idea de que, en general, a mayor insumo, mayor educación o asimilación escolar.

13 Prevención

Hubo más personas que conocían la causa de la caries (16%) que aquellas que ignoraban cómo prevenirla (62%) Sin embargo, el 13% de los informantes manifestó explícitamente que es imposible prevenirla Excluyendo a éstos y a casi los dos tercios de la muestra que no supieron opinar, el resto —que constituyó la cuarta parte— mencionó una serie de procedimientos preventivos que podríamos calificar etnocéntricamente de



GRUPOS CLASIFICADOS POR INSUMO BRUTO PER CAPITA ANUAL

C = "Chikop".
Δ▽ = Calor-frio
HO = Higiene oral

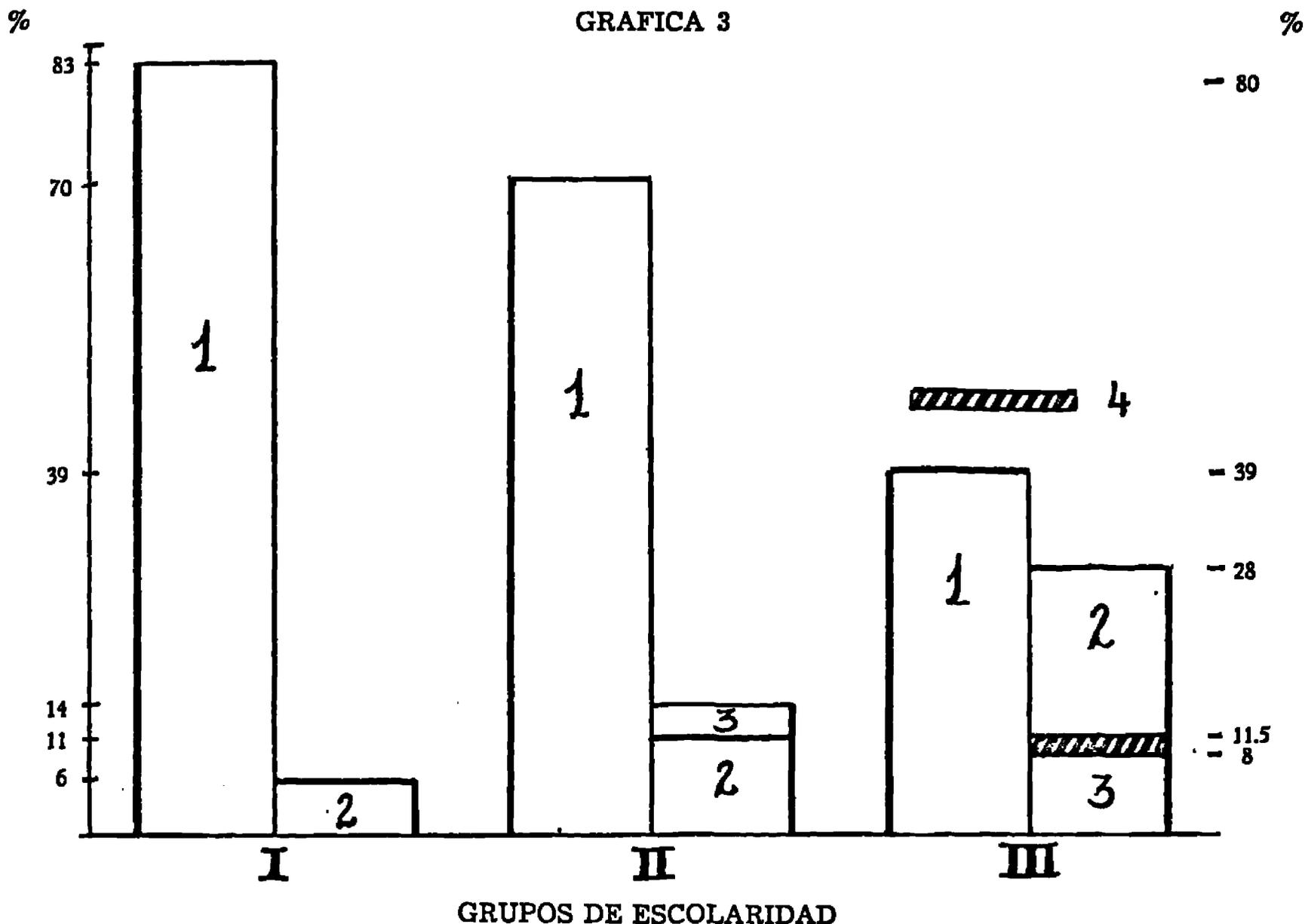
GRAFICA 2 Relación entre insumo bruto per capita anual y la concepción popular acerca de la etiología de la caries, expresada en %.

"científicos", vale decir higiene oral (15.3%), abstención del consumo excesivo de dulces (4.5%) y la visita periódica al odontólogo (3.6%). También se mencionó la necesidad de no ingerir bebidas o alimentos muy fríos ni muy calientes a fin de no provocar agrietamiento de las piezas dentarias con su secuela de "engusanamiento" y de caries, pero en una proporción tan baja (1.8%) que no concuerda con la proporción de los que adscribieron al calor y al frío responsabilidad en la cariogénesis (26%). Sugerimos aquí la posibilidad de que una parte de estos informantes correspondan a los que ven imposible la prevención de la caries.

El grado de escolaridad exhibe efecto marcado sobre los criterios de prevención. La ignorancia de cualquier posibilidad preventiva disminuye conforme aumenta la escolaridad, a la vez que los criterios que aceptamos como "científicos" aumentan rotundamente. (Ver Gráfica 3).

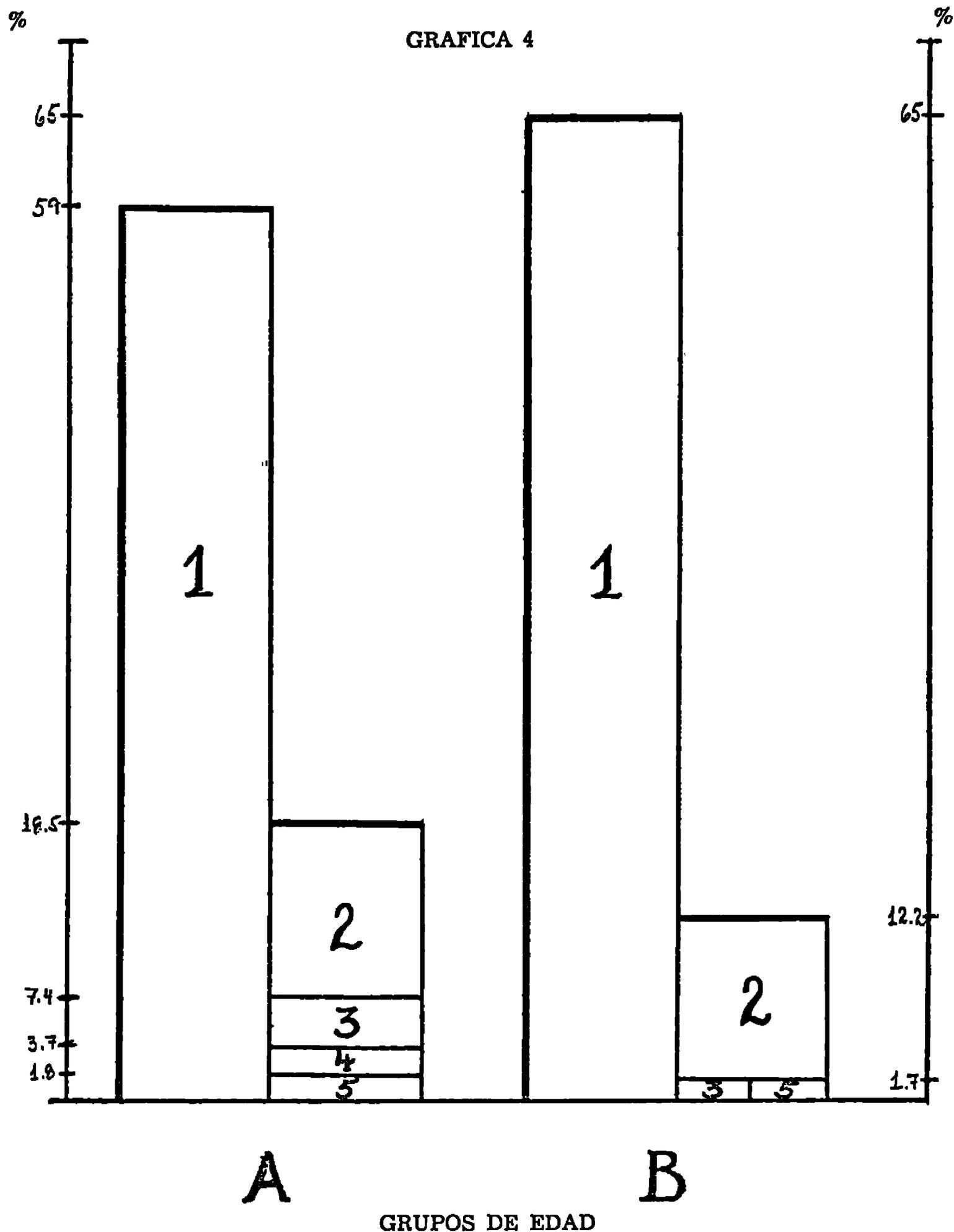
Si consideramos la situación económica y la exposición a medios de comunicación —divididos en dos grupos cada uno por la mediana— como parámetro de relación con los mismos criterios "académico científicos", éstos se incrementan conforme aumentan sus parámetros. De 18% en el grupo inferior de insumo, ascienden a 27% en el superior y de 11% en el grupo inferior de comunicación a 36% en el superior. Considerado étnicamente, también ocurre una progresión que va de 17% entre los indígenas a 46% entre los ladinos.

La edad, sin embargo, no muestra ninguna asociación semejante sino que, por el contrario, la relación se invierte. (Ver Gráfica 4). El fenómeno de que con la edad disminuyen los criterios que "científicamente" consideraríamos deseables y aumenta la ignorancia de cualquier posibilidad preventiva, también puede estar sujeto al mismo comentario hecho en la variable étnica. Expresado



- 1 = No sé.
- 2 = Higiene oral.
- 3 = No consumir dulces en exceso.
- 4 = Visitar al odontólogo periódicamente.

GRAFICA 3. Relación de la escolaridad con los criterios populares acerca de la prevención de la caries expresados en %.



A = Grupo de edad inferior.

B = Grupo de edad superior.

1 = No sé.

3 = No consumir dulces en exceso.

5 = Visitar periódicamente al odontólogo.

2 = Higiene oral.

4 = Obturar la pieza dentaria.

GRAFICA 4. Relación de la edad con los criterios populares acerca de la prevención de la caries, expresados en %.

en otra forma, que en el grupo inferior de edad está presente una considerable cantidad de personas que han experimentado los efectos de la escolaridad.

2. *Patología oral y demanda de servicios*
2.1. *Historia de padecimientos orales*

La caries no es sino uno de los componentes del cuadro patológico oral a que la población está expuesta. Al estudiarla dentro del marco de afecciones orales, tal como lo refirieron los propios informantes, se logra un verdadero perfil del problema estomatológico según el sentir de la colectividad, y así vemos que, aparte de 25 informantes que fueron los únicos entre el total de 111 que no refirieron historia patológica, los restantes dieron razón de un total de 248 signos de los cuales el más frecuente fue el dolor dentario (32%)* seguido por caries (25%) en cualquiera de sus denominaciones; "hinchazón" y diversas molestias de la encía (9.2% cada una) tales como hemorragia, supuración y "ampollas"; absceso (7%), "aflojamiento" dentario y caída espontánea (3.2%). En último lugar se mencionaron halitosis, mal sabor y "suciedad que se junta en las encías". Está claro que todos estos signos y síntomas constituyen entidades que se podrían llamar "menores", quedando como entidades "mayores" las odontalgias y la caries, configurando todos el panorama general de la población en cuanto a la historia de problemas orales.

2.2. *Recursos técnicos empleados*

A pesar de que sólo un poco más de la quinta parte de la muestra no refirió historia de problemas orales, aproximadamente dos quintos de la misma (41%) carecían de antecedentes de intervenciones en boca. La mayoría de los que habían acudido a tratamiento (86%) informó haber buscado los servicios de un odontólogo, el 6% los de algún empírico, poco menos del 5% procuró tratarse a sí mismo y por último, el 3% recurrió a una enfermera o procuró "que se cayeran solos".

Entre los tres grupos de escolaridad, las diferencias más acentuadas aparecen en las alternativas de tratamiento estimadas convencionalmente como la más óptima y la menos conveniente. La autointervención, considerada convencionalmente como la alternativa menos deseable, descendió conforme aumentó el índice de escolaridad. A la inversa, la utilización del odontólogo ascendió en razón directa a la escolaridad, tal como aparece en la tabla siguiente.

	GRADO DE ESCOLARIDAD*					
	I		II		III	
	No.	%	No.	%	No.	%
Por odontólogo	7	78	25	81	24	96
Por empírico	1	11	1	3	1	4
Personalmente	1	11	2	7	0	0
Por enfermera	0	0	1	3	0	0
"Se cayeron solos"	0	0	1	3	0	0

TABLA No. 1. Recursos utilizados para satisfacer demandas de salud oral expresados en valores absolutos y %, según grupos de escolaridad.

* Para su interpretación ver texto (Metodología).

El estado económico expresa una relación similar y es sugerente el que los grupos de medio y alto insumo muestren una utilización muy semejante de los mismos recursos y ausencia completa de autotratamiento y de tratamiento por enfermera. Por el contrario, el grupo de bajo insumo es el que menos utilizó el recurso odontológico, a la vez que fue el único en recurrir al autotratamiento (Ver tabla No. 2). Hay posibilidad de que la información acerca de la demanda al odontólogo y al empírico no sea absolutamente fidedigna y que los informantes hayan tendido a ocultar cierta utilización del empírico que, en realidad, vendría a ser mayor. Esta presunción es más bien subjetiva y no puede, en este momento, apoyarse en datos demostrables; pero consideramos que su posibilidad existe.

	INSUMO BRUTO PER CAPITA*					
	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Por odontólogo	10	67	22	92	22	96
Por empírico	1	17	1	4	1	4
Personalmente	3	20	0	0	0	0
Por enfermera	1	7	0	0	0	0
"Se cayeron solos"	0	0	1	4	0	0

TABLA No. 2. Recursos utilizados para satisfacer demandas de salud oral expresados en valores absolutos y % según grupos de insumo bruto per capita.

* Para su interpretación ver texto (Metodología).

En la Tabla No. 3 se comparan los dos grupos étnicos. Los indígenas en general presentaron mayor demanda de recursos que técnica y escolásticamente se consideran menos deseables, a la vez que recurrieron menos al odontólogo que el grupo no indígena. La actitud de hacer "por que se caigan solos" no consiste obligadamente en un comportamiento pasivo sino en la práctica de algún procedimiento (no forzosamente tópico) que

* Estos porcentajes se dan sobre la base de 248 signos.

conduzca a la exfoliación dentaria. Como se puede ver, la preferencia por el empírico es proporcionalmente igual en ambos grupos.

	GRUPOS ÉTNICOS*			
	Indígenas		Ladinos	
	No.	%	No.	%
Por odontólogo	35	81	21	95
Personalmente	3	7	0	0
Por empírico	2	5	1	5
Por enfermera	2	5	0	0
"Se cayeron solos"	1	2	0	0

TABLA No. 3. Recursos utilizados para satisfacer demandas de salud oral expresados en valores absolutos y % según grupos étnicos.

* Para su definición ver texto (Metodología).

2.3. Razones para eludir servicios odontológicos

Los otros informantes que nunca se habían sometido a ningún tratamiento, adujeron principalmente no haber tenido necesidad (61%), y luego en una proporción mucho menor carecer de dinero (26%), miedo (9%) y desconocimiento de la clínica local (4%); este porcentaje tan bajo concuerda con la existencia en Patzún, desde hace varios años, de la clínica odontológica adscrita al consultorio y cuyo conocimiento es ampliamente compartido por la casi totalidad de la población. Para los promotores de la clínica, esto puede ofrecer perspectivas alentadoras en cuanto a la difusión e impacto que la misma tiene en el poblado.

El temor y el desconocimiento del recurso local, como razones para eludir un tratamiento, fueron informados sólo por el grupo indígena. Por el contrario, la falta de necesidad y la carencia de dinero es muy semejante en ambos grupos étnicos. La falta de dinero, el desconocimiento del recurso local y el miedo, fueron razones principalmente expuestas por las personas de mayor edad.

El único factor sobre el que la escolaridad tuvo influencia positiva fue el conocimiento del recurso local. Sorprende observar que la mayor proporción de personas que adujeron falta de dinero pertenecían al grupo de alto insumo, y su distribución entre los tres grupos no guarda la relación que era de esperarse, pues para los grupos I, II y III, el porcentaje de informantes que adujeron falta de dinero fue de 23, 13 y 29 respectivamente.

2.4. Formas de tratamiento preferidas

Ante una situación real o hipotética, los informantes opinaron acerca del tipo de tratamiento que desearían o hubieran deseado recibir. Considerada la submuestra total, la mayoría de los informantes prefiere exodoncia (55%) y un segundo lugar, obturaciones (31%).

La influencia escolar es evidente: cuando aumenta la escolaridad, disminuye la preferencia por extracciones y aumenta la de obturaciones, ambas en forma estadísticamente significativa* como se expresa en la Tabla 4. También se reduce el número de personas que no desean ninguna de estas alternativas, así como el de quienes ignoran cuál puede ser mejor, ambas circunstancias consideradas "académicamente" como no deseables. Es también importante advertir que en el grupo de alta escolaridad se dieron las únicas opiniones acerca de encomendar al odontólogo la decisión. El factor socioeconómico (Tabla 4) también muestra idéntico efecto.

Sin embargo, lo más evidente en esta información es que dentro de cualquiera de los grupos mencionados (excepto en el grupo de escolaridad III y en el grupo ladino, según se expresa en la Tabla 5), las exodoncias se prefieren mucho más ampliamente que cualquier otra alternativa de tratamiento. Con respecto a los grupos etarios, no se da ninguna relación.

* χ^2 calc. (15.0167) > χ^2 crit. (5.99147), $p \leq .05$.
2 gl.

	GRADO DE ESCOLARIDAD*						INSUMO BRUTO PER CAPITA*					
	I		II		III		Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Extracción	14	78	31	55	15	43	16	57	22	58	18	49
Obturación	0	0	16	29	18	51	4	14	12	32	16	43
No sabe	2	11	5	9	0	0	2	7	3	8	2	5
Nada	2	11	2	4	0	0	3	11	1	3	0	0
Opinión odontólogo	0	0	0	0	2	6	1	4	0	0	1	3
Lo más barato	0	0	2	4	0	0	2	7	0	0	0	0

TABLA No. 4. Clases de tratamiento aceptados según alternativas propuestas por el odontólogo, expresadas en valores absolutos y % según grupos de escolaridad e insumo bruto.

* Para su interpretación ver texto (Metodología).

	GRUPO ETNICO*			
	Indígenas		Ladinos	
	No.	%	No.	%
Extracción	48	58	12	46
Obturación	22	27	12	46
Opinión del odontólogo	0	0	2	8
No sabe	7	8	0	0
Nada	4	5	0	0
Lo más barato	2	2	0	0

TABLA No. 5. Clases de tratamiento aceptadas según alternativas propuestas por el odontólogo, expresadas en valores absolutos y % según grupos étnicos.

* Para su definición ver texto (Metodología).

gunas sustancias eventualmente pueden provocar, como quemadura de tejidos blandos, y de lo cual la gente tiene perfecto conocimiento.

Es interesante, entonces, enfatizar que el recurso favorito es precisamente aquel que la enseñanza académica tradicional no considera aceptable y se plantea la sugestiva pregunta de por qué prefieren tanto colocarse directamente en el sitio sustancias o medicamentos de acción también sistémica y que, por otra parte, es decididamente reconocida; el caso más característico es el de los analgésicos que, tanto tópicamente como por ingestión, se prefieren ampliamente y en particular aquellos que son productos comerciales con mucha promoción de venta, tales como Mejoral (el más empleado), Calmante y Aliviol, seguidos de cerca por Acción, Calmadol, Aspirina y

TOPICOS		INGERIDOS		OTROS	
Nombre	No.	Nombre	No.	Nombre	No.
"Mejoral"*	15	"Mejoral"*	28	Nada	28
"Acción"*		"Calmante"*		"Inyecciones"	2
"Aliviol"*		"Calmadol"*			
"Calmante"*		"Aliviol"*			
Agua sola y/o limón y sal	8	"Aspirina"*			
Guayacol	4	"Conmel"*			
Alcanfor	2	"Pastillas"	2		
"Polvos del mercado"	2	Alka Seltzer*	1		
Limón	1	"Nervesa"*	1		
Creolina	1	"Fericitón"	1		
Yodo	1	"Zacatillos"	1		
Alcohol	1				
Alka Seltzer*	1				
"Pomadas"	1				
Romero	1				
Agua de tabaco	1				
"Viacol"	1				
"Zacatillos"	1				
"Hojas como tabaco"	1				
"Pastillas"	1				

TABLA No. 6. Nombre y distribución de frecuencia de medicamentos y sustancias empleadas como remedios caseros en caso de afecciones orales, según formas de administración.

* Medicamentos de patente que contienen ácido acetilsalicílico o algún otro analgésico.

2.5. Remedios caseros

Las personas que padecen o padecieron las afecciones orales descritas anteriormente, recurren preferentemente a la aplicación local de sustancias directamente en el sitio afectado (41%) y secundariamente al empleo de sustancias sintomáticas paliativas (31%). En último término se encuentra la actitud pasiva de no hacerse nada y el uso de "inyecciones" sin identificarlas (28% y 2% respectivamente). Es evidente, entonces, que el recurso favorito de la población consiste en colocarse algo directamente en el sitio afectado, a pesar de algunas secuelas indeseables que al-

Conmel. Como "analgésicos" más tradicionales persisten en la farmacopea popular de Patzún el guayacol, alcanfor, creolina, yodo, alcohol, y más allá de productos "industriales", se recurre a sustancias en estado natural como agua caliente o fría, sola o con limón y sal, romero en enjuagatorios, agua de tabaco, "zacatillos". Se nos informó de ciertos "polvitos" y de una "hoja semejante a la del tabaco" que son vendidas en el mercado local pero que no pudimos identificar.

La proporción de estas sustancias naturales es muy inferior a la de los preparados industriales, fenómeno en el cual está indudablemente influyendo el impacto de la propaganda masiva de

los fabricantes, así como la de los expendedores, principalmente las farmacias del lugar, a cuyos servicios se recurre constantemente para el alivio sintomático y curación de las dolencias.

No puede menos que llamar la atención el que una proporción relativa no despreciable de personas, se atengan al hecho pasivo de no hacerse nada cuando hay dolor; en caso que la información sea verdaderamente fidedigna, estamos en presencia de una actitud que se antoja de interés, por cuanto no oponer ningún control al dolor deja de ser lo usual.

Cuando se relaciona el uso de uno u otro tipo de medicamentos con los tres grupos de escolaridad, el resultado apareció en forma bastante irregular sin denotar ninguna relación, pero cuando los datos de escolaridad se dividieron en dos mitades por la mediana, el grupo inferior quedó constituido por informantes que conceden mayor importancia a la aplicación tópica (42%) que los del grupo superior de escolaridad (39%), en tanto que la vía por ingestión se encuentra en relación inversa. La diferencia, sin embargo, no es significativa.

Lo mismo se nota al relacionar con el insumo, pues entre los tres grupos prácticamente no se altera la proporción de tópicos e ingeridos. La diferencia es un poco más acusada entre grupos étnicos. Los indígenas emplean más las sustancias tópicas (42%) que los ladinos (32%), en tanto que se da preferencia entre estos últimos a la vía ingerida (35% para los ladinos y 28% para los indígenas), a la vez que "no hacerse nada" o emplear "inyecciones" es más común entre los indígenas (29.5%) que entre los ladinos (20.5%). Pero las diferencias no alcanzan niveles de significancia, por lo que no se puede afirmar que haya relación estadísticamente significativa entre el uso de procedimientos "técnicamente inadecuados" (tópicos y no hacerse nada) y el grupo étnico indígena.*

2.6. Conocimiento del flúor como medida preventiva de la caries

Esta pregunta fue incorporada a pesar de que todo inducía a juzgar previamente su resultado. El trabajo no logró sino confirmar rotundamente nuestro prejuicio y ello es interesante toda vez que podemos decir que hemos partido de una evidencia elemental. Esta es la siguiente: El uso tópico de fluoruros o su incorporación al agua potable como medidas preventivas de la caries, son prácticamente desconocidas dentro de todos los grupos. Nadie supo lo que era la aplicación tópica de este elemento y solamente una persona tenía conocimiento de su incorporación en el agua de

consumo. Esta persona es del grupo ladino, de edad superior, de insumo alto y de elevada escolaridad.

2.7. Frecuencia de utilización de los servicios odontológicos

Esta sección confirma los resultados que se expresan en la Tabla 3 e indirectamente los de la Tabla 5. En tal sentido se observa mayor asistencia al odontólogo dentro del grupo ladino que en el indígena (Tabla 7), e incluso dentro del llamado recurso odontológico, tanto al odontólogo practicante sedente en el poblado, como a servicios odontológicos ofrecidos en la cabecera departamental (Chimaltenango), en Antigua y en la capital, así como a un "dentista titulado" (por referencias) que según las fuentes de información, llega frecuente y periódicamente a Patzún. No solamente una proporción mucho menor de ladinos se había abstenido por siempre de acudir a un odontólogo, sino que tan sólo entre ellos se dio el caso de acudir a tratamiento en forma periódica. A la inversa, ninguna persona indígena había acudido regular ni periódicamente a la mayoría de ellos, no había recurrido nunca a ningún recurso odontológico. Esta disímil actitud condicionada por el factor étnico, lleva aparejadas consigo diversas situaciones; el fenómeno global se discutirá en la siguiente sección, donde se propondrán criterios tentativos.

	GRUPOS ÉTNICOS*			
	Indígenas		Ladinos	
	No.	%	No.	%
Cuando hay problemas	36	43	16	62
Nunca	43	51	4	15
Una sola vez	5	6	2	8
Cada año	0	0	2	8
Cada 6 meses	0	0	1	4
Cada 3 meses	0	0	1	4

TABLA No. 7. Frecuencia de utilización del recurso odontológico expresado en valores absolutos y % según grupos étnicos.

* Para su definición ver texto (Metodología).

Como era de esperarse, casi todos los individuos del grupo inferior de edad jamás habían acudido a consulta odontológica (Tabla 8); en el fenómeno pesa indudablemente la cantidad de gente muy joven que no ha tenido verdaderamente necesidad. Se observa además que, aunque resulta escasa la proporción de personas que acudió periódicamente al odontólogo, todos son de edad menor, en lo cual es muy probable que influya el factor educativo.

* χ^2 (0.50) < χ^2 (5.99147).
.05, 2 gl. crit.

	EDAD*			
	Inferior		Superior	
	No.	%	No.	%
Cuando hay problemas	18	34	33	60
Nunca	29	91	17	77
Una sola vez	3	9	4	18
Cada año	2	4	0	0
Cada 6 meses	1	2	0	0
Cada 3 meses	0	0	1	5

TABLA No. 8. Frecuencia de utilización de recursos odontológicos expresados en valores absolutos y % según grupos etarios.

* Para su definición ver texto (Metodología).

Según lo observado en la siguiente (Tabla No. 9), no es posible afirmar que, a mayor insumo, mayor asistencia. La tendencia a acudir sólo en caso de problema oral se encuentra distribuida más o menos semejantemente entre los tres grupos; dentro de los grupos medio y alto tuvo la mayor frecuencia, mientras que dentro del grupo bajo predominó la inasistencia completa al servicio odontológico. Tal hecho refrenda la idea de que, en situaciones como ésta, lo económico puede no ser lo determinante; su indudable influencia e importancia adquiere completo sentido cuando es relacionado con otras categorías dentro del conjunto de relaciones sociales de la sociedad local.

La escolaridad muestra un efecto definido. El grupo de escolaridad III es el que presenta mayor número de personas que acuden periódicamente cada año, cada seis y cada tres meses (Tabla No. 9).

	GRADO DE ESCOLARIDAD*						INSUMO BRUTO PER CAPITA*					
	I		II		III		Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cuando hay problemas	8	47	25	45	18	50	10	36	20	53	19	51
Nunca	9	53	26	46	12	33	14	50	16	42	14	38
Una sola vez	0	0	5	9	2	6	3	11	1	3	2	5
Cada año	0	0	0	0	2	6	1	4	1	3	0	0
Cada 6 meses	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3
Cada 3 meses	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3

TABLA No. 9. Frecuencia de utilización del recurso odontológico expresado en valores absolutos y % según grupos de escolaridad y de insumo bruto per cápita.

* Para su interpretación ver texto (Metodología).

Por otra parte, se indagó la demanda específica a uno de los servicios anteriormente considerados: la clínica odontológica que funciona en Patzún dentro del Programa de Salud Rural (PROSA). Conviene advertir que el volumen de asistencia a la misma (31% de los informantes) es superado por la asistencia a la clínica médica en demanda de servicios de salud general (clínica que opera en el mismo Puesto). Parece existir un mayor conocimiento general del recurso médico y, estimativamente, su afluencia supera, como se dijo, a la del servicio odontológico. Ya se hicieron consideraciones tentativas sobre el factor económico de ello. Las consideraciones étnicas se basan en los datos de la Tabla siguiente.

	GRUPO ETNICO*			
	Indígenas		Ladinos	
	No.	%	No.	%
Ha utilizado el servicio odontológico	23	27	11	42
No lo ha utilizado	62	73	15	58

TABLA No. 10. Utilización del servicio odontológico del Puesto de Salud local, expresado en valores absolutos y % según grupos étnicos.

* Para su definición ver texto (Metodología).

Las cifras relativas expresan elocuentemente la disímil asistencia a la clínica dental local por parte de ambos grupos étnicos. Aunque este estudio no permitió determinar objetivamente las razones del fenómeno, existen evidencias colaterales que podrían permitir sugerir algunos criterios. El consultorio donde funciona la clínica odontológica está ubicado dentro del casco de población ladina y es administrado por una organización católica. Charlas informales indicaron la existencia de un viejo antagonismo, no sólo de carácter étnico sino también religioso (entre organizaciones religiosas locales y nacionales e internacionales) y al que las inadecuadas políticas a todo nivel parecen conducirlo a un punto en extremo conflictivo. Ello, aunque constituye un "hecho sabido", podría, a través de un análisis concreto, permitir una comprensión certera y útil del fenómeno y dilucidar si, en este caso concreto, es fuente del problema odontológico. En todo caso, se han mencionado antecedentes reales y objetivamente estudiados en otros poblados del país(7) y, dentro

(7) — Richard N. Adams. "Un programa de investigación sobre nutrición en Guatemala". En *Cultura Indígena de Guatemala*. Guatemala: Seminario de Integración Social Guatemalteca, Public. No. 1, 2a. Ed. 1959, pp. 268-302.

de un orden lógico, no es inadmisibile que una circunstancia igual o semejante se esté dando en Patzún. Al menos queda propuesto el planteamiento como una hipótesis tentativa.

Si consideramos que los ladinos han asistido más a dicha clínica, aún así, dentro de este grupo, sólo un poco más del 40% la utilizó. O sea que más de la mitad de ese grupo no ha recurrido—hasta el momento del estudio de campo— a la clínica odontológica del Puesto de Salud.

En relación con la variable económica, la demanda es inversamente proporcional a la misma. En efecto, a mayor insumo, menor asistencia, y ello probablemente indica que la inasistencia a dicho servicio no depende fundamentalmente del factor económico (a este caso pueden aplicarse los comentarios hechos a la Tabla 10).

	INSUMO BRUTO PER CAPITA*					
	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ha asistido	11	39	13	33	8	22
No ha asistido	17	61	27	68	29	78

TABLA No. 11. Utilización del servicio odontológico del Puesto de Salud local expresado en valores absolutos y % según grupos de insumo bruto per cápita.

* Para su interpretación ver texto (Metodología).

La escolaridad sí se asocia con mayor asistencia a dicho recurso (Tabla No. 12) quizás por el hecho ya mencionado de que las escuelas del lugar llevan eventualmente a sus alumnos a exámenes o tratamientos, y sobre todo, por un efecto educativo sobre la población con asistencia escolar.

	GRADO DE ESCOLARIDAD*					
	I		II		III	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ha asistido	5	28	16	28	13	36
No ha asistido	13	72	41	72	23	64

TABLA No. 12. Utilización del servicio odontológico del Puesto de Salud local expresada en valores absolutos y %, según grupos de escolaridad.

* Para su interpretación ver texto (Metodología).

2.7.1. Razones para no utilizar el servicio de la clínica dental local

Los motivos por los que el resto de los informantes no asistieron nunca a la clínica dental se ofrecen en las Tablas 13-17 pero debe considerarse que dicho Puesto es ampliamente conocido en

el poblado; sólo una persona dijo no tener conocimiento de él.

	MUESTRA*	
	No.	%
No tiene necesidad	38	49
Muy caro	23	30
Sin razón explicita	6	8
Miedo	5	7
Prefiere otro recurso	3	4
No lo conocía	1	1
Maltrato	1	1

TABLA No. 13. Razones explicativas de la inasistencia a la clínica dental del Puesto de Salud local, expresadas en valores absolutos y % en el total de la submuestra.

* Para su definición ver texto (Metodología).

Las razones prioritarias por las que el grupo indígena manifestó no haber acudido nunca (Tabla 14) dan, en el caso de "falta de necesidad", la impresión subjetiva de ser elusivos; la razón económica invocada en segundo término es evidentemente razonable, pese a que fue aproximadamente sólo un tercio de los componentes del grupo que la dijo.

Frecuentemente se aduce que los aranceles odontológicos son modestos y asequibles a cualquier posición económica. La verdad es que, basándonos en los datos socioeconómicos emanados de la Encuesta⁽⁸⁾ los indígenas conformaron el 81.25% de la población de bajo y mediano insumo, cuyo nivel mínimo se registró en Q.10.00 de insumo bruto per cápita anual. La cifra es tan baja que fácilmente podría tomarse como inexacta. Nos tocó, sin embargo, percibir situaciones exageradamente conflictivas, en las cuales el ingreso monetario familiar de un día puede ser tan exiguo como Q.0.25. Ante semejante situación económica, el valor de una simple extracción dentaria definitivamente se eleva a niveles de índole suntuaria, o peor aún, puede exceder la capacidad monetaria destinada a satisfacer las necesidades más primarias, como puede ser la alimentación.

La razón "elusiva" mencionada anteriormente suele contradecirse con la verdadera situación de salud oral de ese grupo de población y sus fundamentaciones pueden ser las mismas o coincidir, al menos parcialmente con lo ya comentado acerca de la utilización de los servicios del Puesto de Salud. (Tabla 12).

(8) — Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Encuesta de Salud y Nutrición. Patzún. Capítulo H.2.3. Economía. Guatemala: INCAP, mecanogr., 1972.

	GRUPO ÉTNICO*			
	Indígenas		Ladinos	
	No.	%	No.	%
No tiene necesidad	30	48	8	57
Muy caro	20	32	2	14
Sin razón explícita	5	8	1	7
Miedo	5	8	0	0
Prefiere otro recurso	0	0	3	21
No lo conocía	1	2	0	0
Maltrato	1	2	0	0

TABLA No. 14. Razones explicativas de la inasistencia a la clínica dental del Puesto de Salud local expresadas en valores absolutos y % según grupos étnicos.

* Para su definición ver texto (Metodología).

Un buen parámetro de lo expresado son las razones aducidas por el grupo no indígena. Más de la mitad (57%) manifestó no tener necesidad y a ellos se suma un buen grupo que prefiere recurrir a otros recursos que se encuentran principalmente en Chimaltenango o en la capital. Tan sólo el 14% dijo que el servicio era muy caro. El grupo de ladinos pobres en esa sociedad local es, proporcionalmente, mucho menor que sus similares indígenas.* En general, los ladinos que no van al Puesto son aquellos que se encuentran en mejor situación económica y de escolaridad.

y algunas mostraron distribución irregular entre los tres grupos, llevando a pensar que se trata de situaciones no afectadas por el factor económico (como la carencia de necesidad, el temor y el no dar ninguna razón explícita para explicar el hecho). El motivo de inasistencia explícitamente económico, como es el de valorar muy caro el servicio con su casi 30% de informantes en el grupo de alto insumo, viene a perturbar una progresión descendiente que parecía razonable. En efecto, el grupo de bajo insumo tuvo 41% y el de insumo medio descendió a 19%, lo cual era esperado, de no haber sido que en el insumo alto volvió a subir perturbando la correlación. (Tabla 15).

2.7.2. Criterios para mejorar el servicio

Parte de las respuestas fueron evidentemente circunstanciales y se las tomó casi seguramente y en el mejor de los casos, como un compromiso hacia el entrevistador; de esa parte de la población más pesa aún la impresión de que le atribuyen una importancia muy enaltecida y que el problema les es casi indiferente, lo cual es razonable y justificable, si consideramos que nuestro propio foco de atención no significa mayor cosa para muchos de ellos. Es ese el principal riesgo de quien penetra en determinado ambiente con sus intereses prefijados y muy dirigidos hacia un tema que, decididamente, no es de importancia primaria; muchos aspectos de nuestra especialidad deben ser estimados bajo gran reserva y relati-

	EDAD*				INSUMO BRUTO PER CAPITA*					
	Inferior		Superior		Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No tiene necesidad	22	59	16	40	7	41	15	58	13	45
Muy caro	9	24	14	35	7	41	5	19	8	28
Sin razón explícita	4	11	2	5	1	6	3	12	2	7
Miedo	1	3	4	10	2	12	1	4	2	7
Prefiere otro recurso	1	3	2	5	0	0	1	4	3	10
Maltrato	0	0	1	3	0	0	1	4	2	7
No lo conocía	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3

TABLA No. 15. Razones explicativas de la inasistencia a la clínica dental del Puesto de Salud local, expresadas en valores absolutos y % según grupos etarios y de insumo bruto per cápita.

* Para su definición e interpretación ver texto (Metodología).

Por grupos etarios puede decirse que, generalmente, todas las respuestas estuvieron dentro de lo que, en un orden lógico, era lo esperado. (Ver Tabla 15). Dentro de insumo económico existen respuestas que no ofrecieron interés de correlación

vismo cuando acudimos a un grupo de población con el propósito de captar sus maneras de pensamiento y opinión, pues éstas llevan la jerarquía de los problemas que las engendran. Y el problema que engendra la pregunta a que iba dirigida esta sección, carece de preocupación para buena parte de los informantes.

* De 36 familias indígenas, el 33% estuvo dentro del grupo de bajo insumo; el 38.8% dentro del grupo intermedio y el 27.7% dentro del grupo alto. De 12 familias ladinas, sólo el 16.6% estuvo dentro del grupo de bajo insumo; el 33.3% dentro del intermedio y el 50% dentro del grupo de alto insumo.

Advirtiendo entonces que, ya fuera por compromiso, por responder algo o bien por tener ideas precisas surgidas de un verdadero interés, la mayoría de las personas que habían acudido al Puesto (67.6%) no supieron cómo podría ser eventual-

mente mejorado el servicio, y en esta respuesta no existió diferencia en ambos grupos étnicos; la misma opinión fue general para los dos grupos. Pero los informantes que aconsejaron rebajar el costo de los tratamientos fueron indígenas (9%), en concordancia con la situación económica recién comentada, así como todos los que expresaron que el servicio funciona bien. La mayoría de las recomendaciones en el sentido de que la mutua ayuda colectiva debería ser mayor y de que el personal de las clínicas debiera permanecer en el lugar por períodos más largos de tiempo, fueron dadas por ladinos. En general, puede decirse que dentro de este grupo étnico se observó mayor interés hacia el Puesto y casi dio la impresión de que ellos consideraban dicho recurso como algo verdaderamente propio y digno de mejorar, en contraposición a los indígenas.

También parece haber mayor interés dentro del grupo etario menor que entre las personas de mayor edad; los del grupo menor aconsejaron disminuir los costos y la mayoría de este mismo gru-

po opinó acerca de una mayor cooperación del poblado. Igual número y porcentaje en ambos grupos aconsejó la mayor permanencia del personal.

El insumo bruto no ofrece resultados suficientemente claros como para llegar a establecer relación; acerca de abaratar los costos, los grupos de bajo y alto insumo no contaron con ningún informante. La falta de ideas acerca de cómo poder mejorar el servicio, se encuentra distribuida más o menos semejantemente en los tres grupos. Solamente en lo que se refiere a mayor cooperación comunal y a una más larga permanencia del personal, la cantidad de informantes aumenta conforme aumenta el insumo bruto.

Lo mismo ocurre entre los grupos de escolaridad, pues aparte de los que recomiendan mayor cooperación y permanencia profesional más prolongada, en el resto de opiniones no parece influir mucho el factor educativo.

N. de R.: El presente artículo consta de dos partes. La segunda parte y final aparecerá en el próximo número.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SOCIEDAD DENTAL



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS



COLEGIO ESTOMATOLOGICO

Revista Guatemalteca de Estomatología



VOLUMEN 3 NUMERO 3

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 1973

CREENCIAS POPULARES SOBRE SALUD ORAL EN PATZUN

Dr. Jorge Solares *
Dr. Carlos Tejada Valenzuela **

El presente artículo es continuación del publicado anteriormente (Revista Guatemalteca de Estomatología, Volumen 3, Número 1, enero-abril de 1973).

En esa primera parte se presentaron las creencias sobre nomenclatura, etiología y prevención de la caries dentaria; las afecciones orales sufridas de acuerdo a la información brindada, los recursos técnicos a que se dijo haber recurrido, las razones por las que no se buscaron los servicios odontológicos en general, ni los servicios de la clínica dental local, los criterios para mejorar su servicio y la frecuencia con que se dijo haber utilizado algún servicio odontológico. Así también, las formas de tratamiento que prefiere la población, y el uso de remedios caseros en caso de afecciones orales.

En esta segunda parte se continúa el estudio en lo que se refiere al valor que la población confiere a las piezas dentarias y a la predilección por determinados materiales restaurativos. El conocimiento sobre las enfermedades periodontales, incluyendo el estado popularmente conocido como "piorrea" y las prácticas de higiene oral que emplea la población. Finalmente, se pasa a discutir los resultados obtenidos.

3. DIENTES Y RESTAURACION DENTARIA.

3.1 VALORACION DE LAS PIEZAS DENTARIAS

En general, no existe discusión acerca de la utilidad de la dentadura, sobre todo en lo que a su funcionalidad se refiere. Sólo menos del 4 o/o de la gente le negó utilidad funcional a los dientes y una proporción aún menor no opinó nada. La mayoría estuvo de

acuerdo en reconocer también una función estética en las piezas dentarias. El conocimiento de las piezas artificiales está bastante generalizado y casi la mitad de los informantes opinó que son peores que las piezas naturales, porque... "nunca lo postizo es igual a lo natural"; "se caen"; "no se le siente sabor a la comida"; "duelen"; "molestan"; "son más feos que los naturales"; "son más débiles que los naturales"; "dan náusea"; "no tienen vida"; "necesitan más cuidado"; "tardan menos que los naturales" o "porque así es"...

Aproximadamente una tercera parte de las personas opinó que las piezas artificiales son iguales a las naturales, y sólo una minoría, que son mejores. Muy pocos dejaron de pronunciarse en algún sentido y solamente una persona llegó a afirmar que, dependiendo de cada caso, a veces son mejores y a veces peores.

Ni la escolaridad ni los medios de comunicación parecen tener influencia sobre estos criterios como tampoco el ingreso económico excepto que el conocimiento de las piezas artificiales es considerablemente menor (o al menos así fue expresado) dentro de los grupos de bajo y medio insumo. Los indígenas y ladinos concordaron en cuanto a la funcionalidad dentaria, pero todos los ladinos reconocieron la utilidad estética, en tanto que no todos los indígenas se expresaron en igual forma (84 o/o); también fueron menos los indígenas que dijeron conocer las piezas artificiales.

3.2 PREDILECCION POR MATERIALES RESTAURATIVOS

Para este propósito se utilizó un pequeño modelo de yeso con tres dientes naturales, en los que había una obturación de amalgama, una de silicato y una incrustación de oro, respectivamente, para confirmar la información previa expresada por la persona.

Más de las tres cuartas partes de la gente conoce las restauraciones dentarias en sus tres materiales principales: oro, amalgama (frecuentemente denominada "platino") y silicato siempre llamado "porcelana" o "blanco". El material predilecto para las piezas anteriores es el oro; le sigue la "porcelana" y por último la amalgama. El 5 o/o de las personas no manifestó preferencias por ningún material en especial, a la vez que muy pocos (3 o/o) no querían nada restaurativo o se inclinaban por el más barato (2 o/o). En el caso de las piezas posteriores, el oro continuó siendo el material predilecto, pero en este caso seguido por la amalgama mientras que la porcelana quedó relegada al último rango. Pocas personas (5 o/o) no se decidieron por ninguno en especial o les dio lo mismo y menos personas todavía (más o menos la mitad de los anteriores) no deseaban nada o preferían el más barato (casi un 2 o/o). Solamente una persona afirmó que dejaría la decisión al odontólogo.

En el caso del material para piezas anteriores, la escolaridad puede estar ejerciendo algún efecto (ver tabla No. 1G), si juzgamos de acuerdo a los

	E S C O L A R I D A D					
	I		II		III	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Oro	11	61	40	70	18	50
Silicato	3	17	7	12	10	28
Amalgama	0	0	5	9	6	17
No sé. Da igual	3	17	1	2	2	6
Ninguno	1	6	2	4	0	0
Lo más barato	0	0	2	4	0	0
Opinión del odontólogo	0	0	0	0	0	0

Tabla No. 16. Materiales restaurativos aceptados para piezas

anteriores según alternativas propuestas, expresadas en valores absolutos y

porcentajes según grupos de escolaridad.

cánones tradicionales de la odontología académica; en efecto, cuando aumenta la escolaridad, disminuye la preferencia por el oro y aumenta la del silicato a la vez que se reduce hasta cero la proporción de personas que no prefieren nada en especial.

La acción de la escolaridad es todavía más manifiesta en lo que se refiere a los materiales en piezas posteriores, si insistimos en considerar las pautas académicas como un patrón normativo absoluto; en la Tabla 17 puede verse que la preferencia por el oro disminuye conforme se incrementa la escolaridad, similarmente a como disminuye la ausencia de opiniones definidas, en tanto que aumenta la predilección por la amalgama y se da la opinión relativa a delegar la decisión en el odontólogo.

"deseable". Con respecto a piezas posteriores, el alto insumo sólo va acompañado de una mayor predilección por la amalgama.

Los indígenas prefieren el oro definitivamente más que los ladinos, cualquiera que sea el caso (Tabla 18) y constituye, sin duda, su material predilecto sobre todo al encontrarse en sitios de la boca muy visibles como son las piezas anteriores. Por el contrario, los ladinos exhiben diferente predilección por determinado material, según se trate de piezas anteriores o posteriores, en el primer caso, se prefiere el silicato seguido por el oro, y en cambio para piezas posteriores se prefiere definitivamente la amalgama, seguida por el oro. De manera que para los ladinos, el oro constituye un material secundario cualquiera que sea la región de la boca o, en otros términos

semejantes a lo que podría ser la opinión académica general, en ese mismo grupo etario se dio la opinión de referir al odontólogo el poder de decisión. Como un hecho relevante debe mencionarse el que dicha decisión profesional sólo se aceptó en el caso de las piezas posteriores pero nunca en lo relativo a las regiones más visibles de la dentadura, y ello en todos los grupos de personas sin que modificara tal actitud el factor étnico, económico, etario ni educativo.

El grupo con mayores medios de comunicación exhibe criterios semejantes a los académicos generales, a diferencia del grupo deficiente en tal aspecto.

4. ENFERMEDAD PERIODONTAL

4.1 Conocimientos ge-

	E S C O L A R I D A D					
	I		II		III	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Oro	11	61	32	56	15	42
Amalgama	0	0	13	23	18	50
Silicato	4	22	6	11	1	3
No sé. Da igual	2	11	2	4	1	3
Ninguno	1	6	2	4	0	0
Lo más barato	0	0	2	4	0	0
Opinión del odontólogo	0	0	0	0	1	3

Tabla No. 17. Materiales restaurativos aceptados para piezas

posteriores según alternativas propuestas, expresadas en valores

absolutos y o/o según grupos de escolaridad.

No se puede decir lo mismo en cuanto a la relación del insumo bruto que vuelve a expresar poca o ninguna asociación estadística con las categorías valorativas de los materiales de obturación; en el caso de piezas anteriores, sólo la indiferencia de la gente para opinar o escoger disminuye con el aumento del insumo, y eso podemos aceptarlo provisional y arbitrariamente como un indicador

como si se dijera que para cualquier situación hay materiales más convenientes que el oro. Tal opinión podría estar acorde con criterios clásicos de nuestra odontología académica (*).

Parece ser que la edad no guarda mayor influencia sobre los criterios para piezas anteriores, si bien en el caso de posteriores, las personas del grupo de mayor edad sustentan criterios más (*) Ver discusión.

generales y su relación con examen clínico.

Cerca de la mitad de los indígenas manifestó no haber padecido problemas gingivales y el resto refirió historia de hemorragia gingival, movilidad dentaria y supuración gingival (30, 11 y 9 o/o, respectivamente). Por el contrario, sólo 37 o/o de los ladinos no refirió historia de patología gingival y ni periodontal,

	ANTERIORES				POSTERIORES			
	Indíg.		Lad.		Indíg.		Lad.	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Oro	61	71	8	31	50	59	8	31
Silicato	9	11	11	42	10	12	1	4
Amalgama	6	7	5	19	15	18	16	62
No sé. Da igual	4	5	2	8	4	5	1	4
Ninguno	3	4	0	0	3	4	0	0
Lo más barato	2	2	0	0	2	2	0	0
Opinión del odontólogo	0	0	0	0	1	1	0	0

Tabla No. 18. Materiales anteriores y posteriores según valores absolutos y o/o según grupos restaurativos aceptados para piezas alternativas propuestas, expresadas en étnicos

	INFORMACION BRINDADA POR LAS PERSONAS					EXAMEN CLINICO			
	Negativo	Hemorragia	Movilidad	Supuración	No sé	Negativo	Signos positivos de "piorrea"	Otros signos (*)	
	No								
INDIGENAS	No	44	30	11	9	6	36	26	23
	o/o	44	30	11	9	6	42	31	27
LADINOS	No.	13	10	8	4	0	15	5	6
	o/o	37	29	23	11	0	58	19	23

Tabla No. 19. Síntomas de patología periodontal referidos por los informantes y signos de patología gingival y periodontal encontrados al examen clínico en esos informantes, de acuerdo a grupos étnicos, en valores absolutos y o/o. (*) Gingivitis marginal moderada. Hiperemia. Agrandamiento generalizado Cálculos. Materia alba

EDAD			Nada	Hemorragia	Movilidad	Supuración	No sé	Negativo	Signos positivos de "piorrea"	Otros signos (*)								
											No.							
											o/o							
Inf.	No.	35	14	2	3	4	33	7	14									
	o/o	60	24	3	5	7	61	13	26									
Sup.	No.	22	25	17	10	2	18	24	15									
	o/o	29	33	22	33	3	32	42	26									

Tabla No. 20. Síntomas de patología periodontal referidos por los informantes y signos de patología gingival periodontal encontrados al examen clínico en esos informantes, de acuerdo a grupos etarios, en valores absolutos y o/o. (*) Gingivitis marginal moderada. Hiperemia Agrandamiento generalizado Cálculos. Materia alba

informando los demás haber sido afectados por hemorragia, movilidad dentaria y supuración (29, 23 y 11 o/o respectivamente) como se expresa en la Tabla 19. Los datos del examen clínico realizado y que se ofrecen en la misma Tabla, muestran que menos de la mitad de los indígenas (42 o/o) estaban exentos de signos de patología de tejidos blandos; el resto tenía signos de patología periodontal o "piorrea" (31 o/o) u otros signos de problemas gingivales menos severos (27 o/o). Más de la mitad de los ladinos (58 o/o) estaba libre de patología periodontal y gingival, 19 o/o mostraba trastornos periodontales ("piorrea") y el resto, moderados signos gingivales (23 o/o).

Podemos, en base a lo expuesto, concluir que más de la mitad de los indígenas se encontraban afectados por

diversos signos de enfermedad gingival periodontal y que toda esa población está consciente de ello, aun cuando algunos signos podrían pasarse inadvertidos. Por el contrario, menos de la mitad de los ladinos se encontraba afectada por esta clase de patología, pero un número mayor refirió historia de enfermedad. Hay disparidad entre los datos del examen y los de la información en lo que respecta a los ladinos, no así entre los indígenas, y son indudablemente éstos quienes más afectados se encuentran por ese tipo de trastornos.

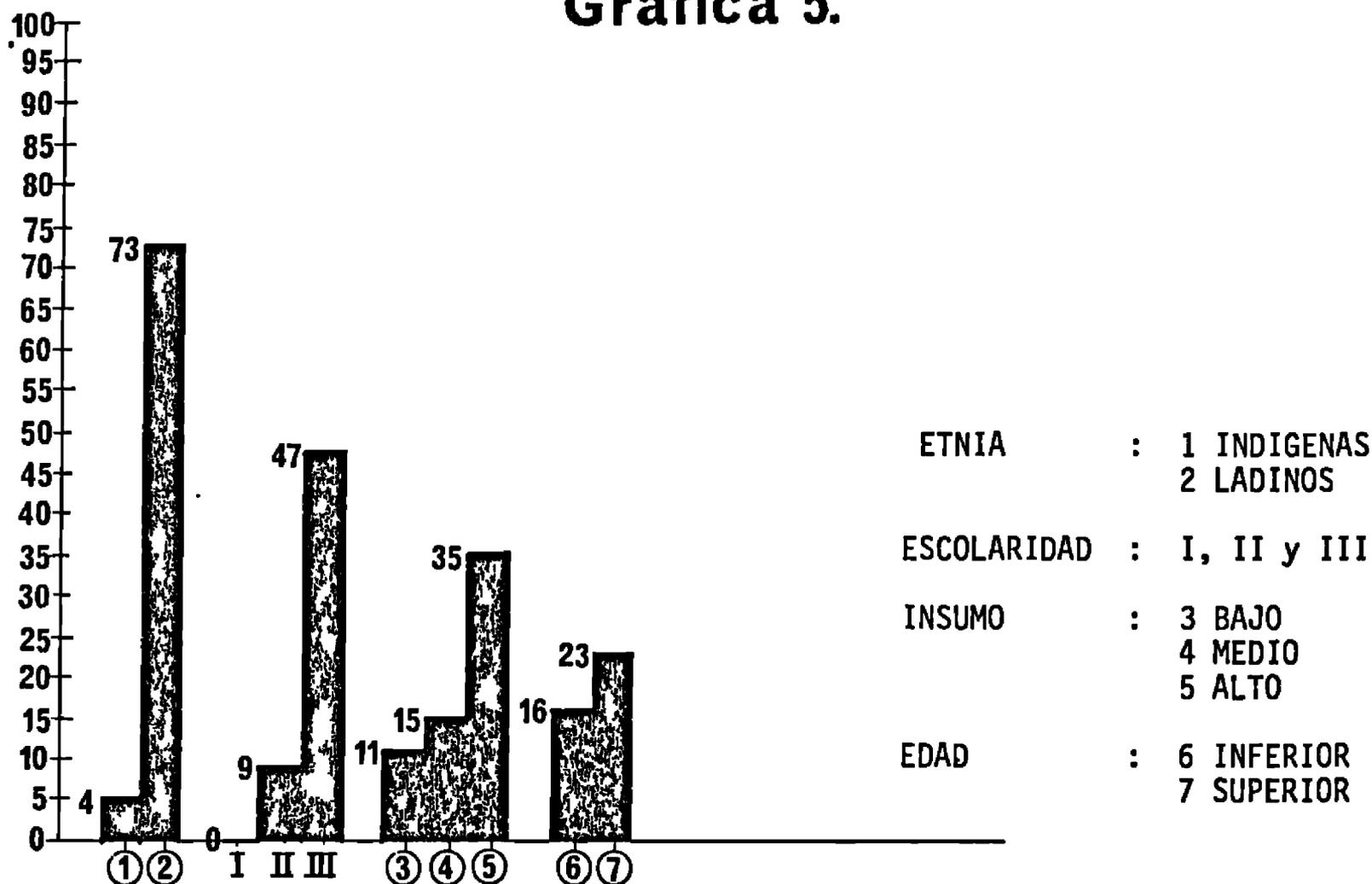
Los resultados que aparecen conforme grupos etarios coinciden con los esperados, tanto en la anamnesis como en el examen clínico. El grupo de mayor edad informa más entidades patológicas y el examen revela que un

68 o/o de las personas de ese grupo se encuentran afectadas por periodontopatías. El grupo de edad menor, tal como se esperaba, informa menos problemas y al examen sólo un 39 o/o se encuentra afectado (Tabla 20).

4.2 CONOCIMIENTO DE LA "PIORREA"

Al estudiar el conocimiento o desconocimiento de lo que popularmente se conoce como "piorrea", los indígenas tienen menor conocimiento de ella que los ladinos, aun cuando la padecen más (ver Tabla 21), siendo permisible suponer que ese grupo étnico tiende a restarle importancia a una patología para él tan frecuente. Aunque el término "piorrea"

Gráfica 5.



Gráfica 5. Porcentaje de personas que tienen conocimiento de la "piorrea", distribuidos en grupos étnicos, de escolaridad, económicos y etarios.

puede ser no muy conocido en Patzún, nos parece que no es problema de nomenclatura sino de concepción misma. Otro comentario viene a ser que los tres indígenas que conocían la "piorrea", dijeron ignorar su causa. Similarmente casi las tres cuartas partes de los 19 ladinos que sí sabían de la "piorrea" tampoco opinaron en cuanto a su posible etiología. Los ladinos restantes mencionaron la falta de higiene oral (2 informantes: 11 o/o); probable contagio con la vajilla usada por un enfermo (1 informante); falta de alimentos (1 informante) y falta de vitamina C y calcio (1 informante).

	ETNIA			
	Indig.		Lad.	
	No.	o/o	No.	o/o
Conoce la "piorrea"	3	4	19	73
No la conoce	82	96	7	27

Tabla No. 21. Distribución de las personas de acuerdo al conocimiento o desconocimiento de la "piorrea", según grupos étnicos.

La gráfica 5 muestra que el reconocimiento de la "piorrea" aumenta con la edad, el insumo y la escolaridad. Puede haber un efecto directo de la edad, la escolaridad y la comunicación, pero un poco más difícil resulta explicar el efecto del insumo económico, sobre todo si se considera que la asistencia a la clínica dental local (que puede ser un medio de comunicación) va siendo menor conforme aumenta este factor económico. En cambio, este mismo factor no es susceptible de una asociación rigurosa con el conocimiento de alguna posible causa de la "piorrea" toda vez que la mayor parte de los informantes agrupados por insumo, parecían ignorar la etiología, aun cuando —de las cuatro causas invocadas en general— se mencionó una dentro de los grupos bajo y medio, y dentro del grupo alto se mencionaron tres.

Con escolaridad la relación es más clara (Tabla 22) porque en el grupo I ninguno conocía la "piorrea", en el II ya había algunos pero nadie identificó factores causales, en tanto que entre los de alta escolaridad subió ostensiblemente la proporción de personas que conocían la enfermedad y entre ellas se expusieron las cuatro

causas mencionadas. De acuerdo a los grupos de comunicación se obtuvieron resultados paralelos pues todas las causas fueron expuestas dentro del grupo superior y ninguna en el inferior.

Ningún indígena expresó si la "piorrea" es una entidad prevenible y entre los ladinos, más de la mitad se encontró en el mismo caso (52 o/o) sólo unos pocos (11 o/o) afirmaron que la enfermedad carece de prevención. Hubo más (37 o/o) que sí la consideraron prevenible y vale la pena mencionar que la mayoría de éstos (57 o/o) entendió por prevención la higiene oral. Medicamentos y buena alimentación, tratamiento médico o enjuagatorios de lantón fueron otros tantos procedimientos mencionados por sendos informantes.

La edad parece no influir sobre el conocimiento de la "piorrea" pero en lo económico se manifestó una definida asociación estadística, pues todas las personas que dentro del grupo de bajo insumo conocían la "piorrea" ignoraban si era o no prevenible, en tanto que dentro del grupo de insumo medio, la tercera parte de los que la conocían aseguraron que era prevenible y en el grupo alto, esa misma respuesta fue

E S C O L A R I D A D						
	I		II		III	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
No sé	-	-	5	100	12	71
Falta de higiene	-	-	0	0	2	12
Falta de alimentos	-	-	0	0	1	6
Falta de vitaminas C y Ca	-	-	0	0	1	6
Contagio	-	-	0	0	1	6

Tabla No. 22 Ideas sobre etiología de la "piorrea" distribuidos según grupos de escolaridad.

	ETNIA				INSUMO BRUTO						E S C O L A R I D A D					
	Ind.		Lad.		Bajo		Medio		Alto		I		II		III	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Negativo	2	2	0	0	1	4	1	3	0	0	1	6	1	2	0	0
Cepillo y pasta	37	44	17	65	10	36	18	45	23	62	6	33	26	46	22	61
Cepillo sin pasta	12	14	6	23	1	4	9	23	8	22	4	22	6	11	8	22
Con el dedo	21	25	1	4	11	39	4	10	4	11	2	11	18	32	3	8
Con enjuagatorios	13	15	1	4	5	18	7	18	2	5	5	28	6	11	2	6

Tabla No. 23. Procedimientos de higiene oral practicados por la población

dada por un 53 o/o. Se dio, en consecuencia, un incremento en las respuestas afirmativas, lo que académicamente permitiría suponer un efecto progresivo del factor económico en lo que se refiere a los criterios sobre prevención. No obstante, pueden haber algunas reservas, sobre todo si advertimos que el método empleado a lo largo del trabajo nos lleva a plantear asociaciones estadísticas y no forzosamente relaciones determinantes. (Ver discusión).

La escolaridad muestra también cierta asociación positiva; en el grupo I esta pregunta no fue aplicable a nadie porque las personas dijeron desconocer la enfermedad; en el grupo II ninguno dijo si era prevenible, pero en el III casi la mitad de informantes aseguró que sí lo era, mientras que igual número de personas dijo ignorarlo y un 12 o/o que no lo era. La comunicación confirma estos resultados.

En cuanto a la posibilidad de ser curada, y de acuerdo a los grupos étnicos, sólo la tercera parte de los indígenas opinó que la "piorrea" puede curarse, mientras que en el grupo ladino más de la mitad opinó afirmativa o negativamente. Ni dentro de los grupos por edad ni dentro de los de insumo aparecen resultados categóricos, si se exceptúa —dentro de la clasificación económica— la reducción de los que dijeron ignorar el asunto. Es manifiesta una mayor asociación con escolaridad, porque mientras en el grupo I no era aplicable a nadie, entre el II y el III aumentó la cantidad de los que

y distribuidos según grupos étnicos,

respondieron afirmativa y negativamente, y la clasificación por comunicación coincidió con esos resultados.

5.1 PROCEDIMIENTOS HIGIENICOS

En general los indígenas practican procedimientos de limpieza oral "menos aceptados" por tendencias tradicionales de la estomatología académica, si identificamos éstas con el criterio de que un lavado con cepillo es lo más conveniente (Tabla 23). Más ladinos que indígenas dicen cepillarse (con y sin pasta) y menos ladinos que el otro grupo étnico dijeron asearse por medio de enjuagatorios simples o con el dedo. 2 o/o de los indígenas aseguraron no lavarse la boca en absoluto, mientras que ello no se dio entre los ladinos.

El estudio por edad no se incluyó en esta Tabla porque no ofrece resultados concretos, pero cuando se hizo por insumo no dejó lugar a dudas. Cuando la situación económica aumenta, se incrementan en esta población los hábitos higiénicos académicamente recomendados y disminuyen los procedimientos opuestos.

También la escolaridad está asociada con el "mejoramiento" de todos los hábitos higiénicos, excepto en lo que se refiere al cepillado (sin pasta) cuyos valores no permiten afirmar lo mismo: de 22 o/o en el grupo I sube a 32 o/o en el grupo II y luego retorna a 22 o/o en el III, lo que demuestra una distribución

económicos y de escolaridad.

bastante irregular. Los resultados obtenidos entre los grupos de comunicación tienden a confirmar lo anterior.

Consideramos interesante advertir que de los hábitos académicamente vistos como "no correctos", su mayor frecuencia se da dentro de la etnia indígena y dentro de los dos grupos inferiores escolar y económicamente. Aún cuando es siempre válida la advertencia mencionada en otro lugar de este trabajo, estos resultados inducen a identificar a los indígenas con el grupo social menos beneficiado económica y educativamente (cosa que, por otra parte, coincide con las evidencias sociales del país). Los datos de esta Tabla pueden ser, dentro de otras categorías sociales, indicativos de la situación.

Considerando la totalidad de la población de Patzún, la mayoría de las personas dicen emplear el cepillado como procedimiento higiénico (65o/o); una proporción menor usa el dedo y sólo el 12 o/o recurre a enjuagatorios. No es sino una fracción mínima la que no practica ningún procedimiento de limpieza oral.

5.2 FRECUENCIA

La muestra en conjunto ofrece resultados satisfactorios en la frecuencia de limpieza bucal (Tabla 24). Más de la mitad de las personas dice lavarse después de cada comida y sólo cerca de la décima parte lo hace dos veces diarias, lo que suma 67 o/o de personas con

			ETNIA			
	TOTAL		Indig.		Lad.	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Nunca	2	2	1	1	0	0
Después de cada comida	60	54	46	54	15	58
Dos veces al día	14	13	10	12	4	15
Una vez al día	10	9	7	8	3	12
Eventualmente	25	23	21	25	4	15

Tabla No. 24. Frecuencia con que las personas practican medidas de

higiene oral, de acuerdo a la totalidad de la muestra y a su distribución en grupos

étnicos.

frecuencia óptima de sus hábitos higiénicos.

Esta misma Tabla expresa que, en general, los indígenas se lavan la boca menos frecuentemente que los ladinos. La cuarta parte se lava eventualmente, mientras que sólo 15 o/o de los ladinos hace lo mismo; en los demás aspectos, el grupo ladino se encontró en mejores condiciones.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se hace necesario discutir los resultados anteriores en el contexto global que brindó la encuesta.

El análisis dietético, con referencia al consumo de calorías, demuestra que "la mitad de la población sufre hambre" (*) pues estas personas no satisfacen el 100 o/o de sus requerimientos. Los niños de edad preescolar reciben la porción en la distribución de calorías dentro de la familia. Acerca del consumo de proteínas totales, la cuarta parte de las familias sólo tienen un nivel de educación aceptable, y además las proteínas son, en su mayor parte, de bajo valor biológico porque su principal fuente es el maíz. En lo relativo a proteína animal, la situación es aún peor, toda vez que el 60 o/o de las familias tiene niveles de adecuación iguales o menores que 64 o/o. La adecuación de hierro sería mejor, si no fuera porque su mayor fuente es vegetal y este tipo de elemento se absorbe sólo en proporciones muy bajas; su adecuación en preescolares es aún más baja. En general, la población no llena sus requerimientos calóricos ni las recomendaciones de otros nutrimentos y la situación alcanza su máximo dramatismo en los niños de edad preescolar. Sólo una minoría de la población alcanza niveles adecuados.

Los hallazgos antropométricos de la encuesta nutricional demuestran que el grupo más notoriamente afectado es el indígena. El 81 o/o de los niños indígenas sufre de uno de los dos primeros grados de desnutrición (según la clasificación de Gómez) y lo mismo ocurre con un 70 o/o de los niños ladinos. Estos valores tan elevados demuestran que la población está sufriendo un inmenso deterioro, más acentuado aun en el grupo de 1 a 4 años, el grupo indígena es el más afectado.

Las condiciones sanitarias de la población son, en su mayoría,

(*) Encuesta de Salud y Nutrición, Patzún, 1972.

deficientes. Hay más "hacinamiento" entre los indígenas que entre los ladinos y las condiciones "deseables" de sus viviendas son mucho menores que entre los ladinos, lo mismo puede decirse de las condiciones sanitarias generales que imperan en el ambiente indígena.

Los niveles de escolaridad en el poblado son muy bajos y en ello influye el grueso de población indígena que tiene menos acceso a la escolaridad que el ladino. En general, puede decirse que se da una estrecha relación entre la escolaridad y la situación económica; esta situación, medida por el insumo bruto per cápita, refleja, en la población, niveles que van de Q10.00 a Q400.00 para el año 1971.

En lo que toca a las creencias alimentarias, la mayoría de las madres desteta a sus niños cuando éstos cumplen uno y uno y medio años de edad. Las madres tienen una noción bastante clara en lo que se refiere a los beneficios de alimentos específicos, como son la leche de vaca, huevos, tortillas, incaparina, hierbas y otros, y las razones para su consumo se expresaron en forma más o menos indeterminada, como que "toda comida es buena", y por reciprocidad, que ningún alimento es malo.

La gente adscribe el mayor número de muertes a entidades como enterocolitis, enfermedades respiratorias, sarampión y tosferina; por supuesto, para las dos primeras no emplean dichos términos académicos así como no aparece nunca la "desnutrición" sino en cuanto se la identifica con "debilidad", y eso sólo cuando funciona como causa básica de muerte; en tanto la desnutrición aparece como causa asociada de muerte, no se la identifica de ninguna manera. En lo que toca a enfermedades como diarreas y desnutrición, los conocimientos sobre su respectiva etiología no se apartan de los criterios académicos, pero no ocurre lo mismo con otras como tuberculosis y "lombrices" que son atribuidas al factor "frío", o la tos ferina y el sarampión que se ven como secuelas del "calor"

El estudio por edades no ofrece resultados tan concretos; dentro de ambos grupos, igual proporción de personas no se lava nunca la boca (2 o/o) y dentro del grupo menor hay más personas que se lavan después de cada comida. Por el contrario, entre los de mayor edad, más gente se lava al día una o dos veces y menor cantidad lo hace eventualmente. La situación económica no parece ejercer ninguna acción sobre estos hábitos. Sólo el grupo de insumo medio tiene una pequeña proporción de personas que nunca se lavan, en tanto que el grupo alto y el bajo se encuentran en idénticas condiciones (0 o/o). El aumento del insumo coincide con reducción del número de personas que se lava después de cada comida. La distribución de los individuos que se lavan una y dos veces diarias es semejante en los tres grupos y el aseo eventual (que no sería recomendable) aumenta con el incremento del insumo.

Tampoco la escolaridad se asocia rigurosamente con una frecuencia óptima del aseo bucal, exceptuando que a mayor escolaridad hay menos personas que no se lavan nunca la boca. El lavado después de cada comida y el lavado dos veces diarias es más bajo en el grupo III. Los medios de comunicación tampoco permiten asegurar acción sobre la frecuencia de la higiene oral. Todo ello no deja de parecer insólito, porque, en lo que a hábitos higiénicos académicamente recomendados se refiere, suele suponerse que la información educativa oficial juega un papel definitivamente condicionante.

En este cuadro patológico general, no se mencionaron para nada la caries ni las enfermedades de las encías.

Consideramos útil clasificar los hallazgos orales en tres categorías que podrían enunciarse como Creencias Biofísicas, Relaciones Sociodontológicas de Oferta y Demanda, y Valoraciones Dentarias. Para el final dejaremos el comentario de las asociaciones estadísticas que las diferentes creencias guardan con los parámetros sociales que se han venido usando.

1. Creencias biofísicas. Las ideas predominantes sobre la etiología de la caries parecen descansar en una concepción biofísica cuyos agentes son térmicos. El calor y el frío, en su calidad de agentes cariogénicos, actúan inicialmente rompiendo la continuidad de la superficie dentaria. El frío parece ser una entidad subordinada porque, en primer lugar, su acción cariogénica ocurre cuando es precedida por el calor y la secuencia es verbalizada como "calor-frío" y no a la inversa; en segundo término, está el hecho de que el frío es siempre mencionado conjuntamente con el calor como si fuera un cofactor dependiente de este último y, por el contrario, el calor puede ser mencionado como un estado solitario y autónomo, es decir, como un factor suficiente por sí mismo para producir caries.

La conducción intradentaria de los cambios bruscos de temperatura y su efecto sobre la pulpa dentaria (que a menudo redundan en una sensación molesta y casi dolorosa) es un fenómeno harto frecuente para cualquier persona con sensibilidad dentaria normal. Ello ha conducido, tal vez, a relacionar dichos cambios térmicos y su secuela dolorosa con la desintegración del esmalte y el proceso de caries. Sin embargo, este fenómeno térmico en el proceso de la caries puede no manifestarse en idéntica forma al fenómeno de "calor" y "frío" que constituye, tanto en Guatemala como en muchas otras partes del mundo un factor etiológico importante en la aparición de muchas enfermedades sistémicas. En este caso de enfermedades generales, el calor y el frío son estados usualmente anormales que forman parte tanto de la "condición interna" del organismo, como de la "condición externa" del medio ambiente, para emplear términos de Adams (9). Entre ambos estados debe prevalecer una situación de equilibrio pues, de lo contrario, se presenta alguna enfermedad. Parece ser que en lo referente a la caries, ambas entidades actúan más mecánicamente, sin aquel esoterismo que se manifiesta al referirse a la acción del "calor-frío" en varias enfermedades generales. Esta creencia

en calor y frío, como dijimos, es sustentada en muchos lugares espacial e históricamente situados; independientemente de su posible existencia en América precolombina, vino transportada por los españoles, según uno de los autores de este trabajo (C.T.) y prevalece modernamente en muchos criterios preventivos populares.

En referencias tan antiguas como los trabajos de Huang Ti de la antigua China (2697 antes de Cristo) se mencionan nueve tipos diferentes de odontalgias causadas por frío repentino, en forma tal que "los trastornos orales y el dolor resultan de un desequilibrio del cuerpo acalorado y frío", causando inflamación y ésta movilidad de los dientes (10). Quizás por este marco conceptual físico, la falta de higiene oral como factor mecánico en la etiología, es un criterio ampliamente compartido aunque no sabemos hasta dónde sea un producto de la escolaridad y de la propaganda comercial de artefactos higiénicos, y hasta dónde sea una creencia vernácula.

Ya se mencionó en el texto anterior, que esta creencia no está en desacuerdo a recientes indagaciones científicas sobre el efecto de los cambios térmicos en la microestructura del esmalte. Ello sólo viene a confirmar, una vez más, que la gente a través de pruebas, ensayos, errores y construcciones lógicas de modelos explicativos, milenariamente suele dar con lo correcto. Es cosa corriente en los academicistas ver con ligereza lo popular, olvidando que buena parte de su conocimiento académico tiene raíces en antiguos conceptos populares; en la ciencia y técnica, como en el arte, lo popular es abrevadero profundo y eterno y no se da una "verdad" sobre la cual tenga la academia ninguna propiedad exclusiva. Aceptar lo contrario, así como negar a priori el conocimiento popular, sería negar la capacidad intelectual de todos los grupos y los estratos humanos. Cabe incorporar aquí la profunda frase de Vivekananda cuando dice que "el hombre no progresa nunca desde el error a la verdad, sino de una verdad a otra, de una menor a otra más alta" (11), y esas verdades progresivas no se hallan exclusivamente en las escuelas académicas sino en el contacto directo y la percepción de lo real, porque, "la experiencia es la única fuente de conocimiento". Y no hay duda que la base de la experiencia no está en la negación a priori sino en poder percibir plenamente los fenómenos y ello sólo es posible después de haber aceptado a priori todo aquello que nuestra ciencia califica de no científico.

Entre dichas concepciones

"no científicas, aparece relevante la teoría vérmica de la caries. La creencia en el desarrollo de gusanos dentro de los dientes y su producción de caries constituye, según Weinberger (12), acaso la leyenda más antigua en la explicación de dolor dentario, extendida por todo el mundo y que ha sobrevivido en muchos lugares hasta hoy día. En la China antigua es ya mencionada, así como en el egipcio "Papyrus Anastasi" que data de 1200 a 1100 a. C. y en textos mágicos babilónicos en los que la enfermedad dentaria es vista como acción demoníaca por medio de un gusano, idea en que también creyeron los asirios. Desde Roma y la Edad Media hasta el siglo XVIII europeo siguió prevaleciendo hasta que Pierre Fauchard (1678-1761) la desterró de la entonces incipiente odontología moderna. En nuestro caso, el Popol Vuh es bastante explícito cuando se refiere a la destrucción de Vucub Caquix por daño en sus dientes y cuando alude a los gusanos que causaban el dolor dentario. Como hemos visto, la teoría vérmica subsiste con gran vigor en regiones completas del país y su influencia está presente inclusive en el nombre popular de la caries. A la vez resulta notorio que esa entidad tan universal no se mencione para nada en el cuadro patológico que la población ha referido, en tanto que los niveles de caries en esa población son elevados.

Muy pocas personas dieron razón del consumo de dulces como factor etiológico de la caries; si el conocimiento de los carbohidratos refinados tiene un origen educativo y de escolaridad, no sorprende el resultado puesto que Patzún tiene muy bajos niveles de escolaridad.

La prevención de la caries es ignorada e inclusive se niega su posibilidad por la gran mayoría de la población; muy pocos opinaron sobre medidas preventivas y la mayoría de éstas coinciden con nuestras concepciones académicas, ante lo cual cabría preguntarse si se deben a la escolaridad o si constituyen criterios populares que, independientemente de lo escolar, llegan a las mismas conclusiones. El conocimiento teórico de la prevención de la caries por medio del flúor es virtualmente nulo y siendo la educación en prevención, una de las actividades más fomentadas por la Facultad, es obvio que su impacto en tal aspecto y dentro de esa población no ha sido efectivo.

(9) Richard N. Adams, 1952.

(10) Weinberger, Bernhard Wolf. An introduction to the history of dentistry. St. Louis, The C.V. Mosby Company, Vol. 1, 1948.

(11) Citado por Román Rolland en "El Evangelio Universal", Buenos Aires, 1954.

(12) Weinberger, Bernhard Wolf. Op. cit.

La gran mayoría de las personas prefiere extracciones dentarias y una proporción bastante menor, obturaciones. Esto va en contra de las concepciones académicas y de ahí la dificultad de los odontólogos para inducir a las personas a aceptar la alternativa conservadora; existe una asociación rigurosa de la escolaridad y la posición económica con la preferencia del tratamiento conservador a expensas de la extracción dentaria.

También es definitivo el que más personas busquen remedios tópicos y menos remedios ingeridos. Pese a ciertas consecuencias desagradables bien conocidas por la gente, los remedios tópicos gozan de la mayor aceptación, inclusive ante la posibilidad de emplear el mismo medicamento por otra vía que, académicamente, consideramos mejor. Se percibe en tal actitud, una cierta concepción mecánica ya mencionada por Adams en el sentido de que el dolor dentario es visto como una inflamación local y esta inflamación debe ser tratada en su mismo sitio. Se usan mucho más los medicamentos fabricados industrialmente y que son anunciados a través de grandes promociones de venta; pero además estas substancias deben tener un nombre sugestivo que evoque el efecto buscado. Los que no tienen nombres sugestivos, se emplean menos. También aparecen medicamentos cuyo nombre y fama se remontan lejos en el pasado, desde la época de las viejas escuelas de farmacopea, tales como guayacol, yodo, alcanfor y otras como creolina. Las substancias herbolarias y naturales en general, no se mencionaron con mucha profusión, lo que puede indicar la influencia de la enorme propaganda comercial y que las farmacias y otros agentes de salud públicos o privados, ayudan a promover. Ya nos referimos a la mayor predilección por remedios tópicos que se da entre los indígenas, y que debe estimular nuestra atención toda vez que los criterios facultativos al respecto se encuentran en pugna con ese hecho.

2. Relaciones sociodontológicas de oferta y demanda

Bastante gente no tiene antecedentes de intervenciones bucales y sí amplia historia de afecciones, de las que caries y odontalgias constituyen la mayor parte. Esta actitud colectiva hacia los servicios de salud (profesionales y no profesionales), pertenece a la compleja estructura de las relaciones sociales. El análisis de estas relaciones sólo con gran riesgo podría ser intentado en este momento. No obstante, la mayor parte de los que han buscado atención bucal manifestaron haberlo hecho con odontólogos y realmente pocos con empíricos; esto no debe tomarse con validez absoluta

porque algunos hechos sugieren que, en verdad, se busca al empírico en alguna proporción.

Las relaciones colectivas con los servicios profesionales de salud oral guardan estrecha vinculación con el nivel educativo de la población. La definitiva importancia que mantiene lo económico con la relación odontólogo-paciente, no debe distraer la atención de la fuerte influencia educativa porque, a través de este estudio, puede decirse que las relaciones entre los individuos y el odontólogo son directamente proporcionales a la escolaridad. Lo mismo ocurre en cuanto a la posición económica y al grupo étnico ladino, factores que coinciden invariablemente con la preferencia por el odontólogo con menoscabo de las otras alternativas.

La pregunta de por qué los indígenas solicitan menos los servicios odontológicos, no tiene una respuesta simple. La situación económica es preponderante pero no podemos afirmar que sea absoluta, en lo que a este caso se refiere, porque no es asegurable que, a mayor insumo, mayor asistencia al odontólogo local. Cabe mencionar, por supuesto, que las familias económicamente mejor situadas, suelen concurrir a otros recursos fuera del poblado. Esto no quiere decir, sin embargo, que el nivel económico deje de expresarse manifiestamente en determinados niveles; por ejemplo, entre el grupo más pobre predominó la inasistencia al recurso local y en el grupo intermedio dominó la asistencia ocasional sólo al padecer algún trastorno. Considerando que los ladinos del pueblo disfrutaban, en general, de un acomodo económico mayor que los indígenas, podemos deducir que sólo en el grupo de mayor insumo se da la asistencia regular y periódica a algún odontólogo. No obstante, su importancia solamente adquiere un sentido completo al ser relacionado con las otras categorías sociales dentro de la sociedad local.

En lo que se refiere a la atención de las enfermedades generales, prevalece el tratamiento casero. Cuando no es éste el caso, se recurre preferentemente a la farmacia que goza de más predicado que el Centro de Salud; pero concretamente, según el tipo de dolencia, así es el recurso escogido. Al mismo tiempo, al recurrir al Centro se hace más por la atención médica que por la odontológica. Al respecto cabría argumentar sobre la diferencia de los precios cobrados por ambos servicios, porque en términos generales, los aranceles odontológicos son superiores a los médicos a la vez que corrigen enfermedades menos alarmantes y serias para la vida.

Ya se mencionaron posibles factores de antagonismo social, no sólo el ya tradicional entre los dos grupos étnicos sino además algunos más recientes entre facciones religiosas, y debe recordarse que el Centro de Salud se encuentra ubicado en un edificio administrado por una orden religiosa (*). Algo muy similar ha sido informado en otras ocasiones y en otros sitios y cabe la posibilidad teórica de que aquí se desarrolle algo análogo. Las verdaderas razones para no acudir al Centro no suelen expresarse en forma muy definida y hay algo que se encuentra atrás de las razones vertidas por la mayoría de los indígenas al afirmar que su inasistencia obedecía a no haber tenido necesidad. La inspección clínica puso de relieve una real y urgente necesidad de atención odontológica, al menos desde el punto de vista del odontólogo. Lo cierto es que la mayoría de las personas no asisten al Centro, por razones no bien identificadas. Ya hemos argumentado que los aranceles dentales son altos o exceden a las capacidades económicas de un 80 o/o de la población, que son en mayor grado, indígenas; sólo estos recomendaron que los aranceles fueran reducidos. La minoría del pueblo que sí puede pagar dichos aranceles (compuesta considerablemente por ladinos) se dispersa entre el Centro de Salud local y otros recursos afuera del poblado. Pudimos apreciar que la opinión hacia la clínica local es algo indiferente y no concuerda con lo que el personal de salud piensa de sus propios servicios; este personal suele dar por descontado que la gente debe guardar cierta respetuosa e incondicional aceptación de sus servicios sin considerar si son inmanentemente buenos en relación a los criterios populares. Nuestra opinión es que no puede darse ninguna mediana aceptación sin una razonable conjugación. No integrar concepciones académicas y populares, como actitud a priori, viene a ser parte del criterio que suelen tener los profesionales de sí mismos, esto es, que ellos poseen y administran una verdad absoluta, mientras que la gente ignora la verdad y no se da cuenta de sus problemas. Este "estrato-centrismo" no sólo impide cualquier posibilidad de visión crítica de la realidad, sino que también se desgasta en acciones improductivas. Perpetúa la falsa clasificación de grupos "intelectuales" y "no intelectuales" y no reconoce en el hombre la potencialidad de conocer su ambiente a través de la

(*). El Centro de Salud fue recientemente trasladado (1974) a otro lugar y ha dejado de estar en relación con dicha Orden.

experiencia. Es por esto que muchos aspectos de nuestra faena profesional deben estimarse bajo gran reserva, no sólo filosóficamente por su nivel teórico, sino también pragmáticamente por el relativismo inherente a su práctica empírica. Sólo así es dable comprender por qué nuestro foco de atención y nuestro problema fundamental, muchas veces no constituyen un asunto muy importante para mucha gente. Por eso, constantemente hemos venido advirtiendo que la concepción académica no es vista por nosotros como inevitablemente verdadera y de ahí nuestras continuas reservas, que no deben ser entendidas simplemente como "tolerancia", sino como cierta convicción histórica en el conocimiento popular.

3. VALORACIONES DENTARIAS

Al respecto, se pretendió partir de la hipótesis más elemental que, al confirmarse, condujo a la premisa de que, independientemente de la escolaridad, de la situación económica y del grupo étnico, la población es consciente de la funcionalidad dentaria. Pero tiende a ser menos universal el acuerdo sobre la utilidad estética de la misma. Aquí indudablemente operan diversas variables no consideradas específicamente, si bien podría ser válido estimar que las frecuentes anomalías gingivales y dentarias en el grupo indígena (donde se obtuvieron las ideas adversas a la función estética dentaria) influyeron para negar esta función. Al comparar la dentadura natural con las construcciones artificiales, la mitad de las opiniones calificó peor a estas últimas que a las piezas naturales; los argumentos son de índole funcional, mecánica y estética, indudablemente a causa de la pobre calidad que frecuentemente exhiben muchos aparatos protésicos en el lugar.

El patrón estético dentario de grupos populares difiere substancialmente del que priva en lo académico, el cual desea que lo artificial se asemeje, en lo posible, a lo natural, es decir, que toda restauración inconspicua es deseable. La gran mayoría del criterio popular es diferente, esto es, que el reemplazo de tejidos dentarios debe implicar eventualmente la notoriedad de los materiales artificiales. Por supuesto, no se trata de cualquier material, sino de aquellos que tengan categoría suntuaria.

No cabe duda que entre los materiales empleados es el oro el gran predilecto y para lucirlo en la boca suele destinarse recursos que faltan para otros tratamientos más útiles o para cubrir mayor número de necesidades más baratas. Esto choca con los criterios

con que la odontología tradicional modela a las sucesivas generaciones de odontólogos, los cuales suelen pasar por etapas de conflicto entre su norma estética y la demanda popular. Obstinar en un criterio estético académico como si fuera norma estética universal (que no existe) es ignorar, por una parte, la función importante que cumplen artículos no imprescindibles y la necesidad derivada de las personas en cualquier grupo social, de adornarse en alguna forma; es también ignorar la satisfacción que cualquier persona obtiene al adquirir bienes quizás no estrictamente utilitarios pero sí socialmente deseados. No es lógico que el sistema odontológico busque desestimar, romper y substituir esas satisfacciones estéticas, cuando nosotros también hacemos lo mismo en otros órdenes de vida, postergando muchas veces lo más indispensable por lo más agradable.

Debe recordarse, por añadidura, el alta estima que tuvieron las antiguas sociedades de este territorio por el adorno dentario; los mayas precolombinos usaron con profusión lo que consideraban adornos dentarios (mutilaciones e incrustaciones) y las sociedades indígenas modernas derivadas de aquellas parecen tener similar patrón normativo, al menos en lo que a la dentadura se refiere. Es por completo inadmisibile presumir que la odontología académica va a desplazar los cánones estéticos populares imponiendo sus propias normas. El gusto por el oro no es privativo del grupo indígena, pero los ladinos entrevistados se pronunciaron por el oro sólo como una alternativa bien secundaria, tanto en piezas anteriores como en posteriores. Es de notar que ninguno de los dos grupos se decidió con énfasis por un material "blanco" para piezas posteriores. Muchos odontólogos podrían estimar que la mejor respuesta de la gente sería la de transferirle a él mismo la capacidad de decisión. El que sólo una persona haya opinado así es algo notorio, pero más aún si nos damos cuenta que esa persona procedió así solamente en el caso que se tratara de obturaciones en piezas posteriores, es decir, poco visibles.

Finalmente consideraremos el efecto de las condiciones educativas, económicas, etarias y étnicas sobre los resultados encontrados, no sin antes advertir una vez más, que se tomará como referencia arbitraria, los criterios sustentados como normas por la odontología académica. Eso no implica adscribirnos absolutamente a ellos por todas las razones ya expuestas; los tomaremos simplemente como patrones provisionales para la interpretación estadística, que basada en relaciones

asociativas y en pruebas de significancia, pretende mostrar asociaciones estadísticas antes que verdaderas relaciones causales y determinantes. Los procedimientos empleados para tal fin, son considerados instrumentos indicadores antes que mecanismos de explicación.

La escolaridad se presenta como un factor poderoso sobre los criterios populares y conforme aumenta, más se asemejan éstos a los criterios académicos; por ejemplo, con mejores niveles de escolaridad se asocia el conocimiento de prevención, curación, etiología y nombre de la caries. Se asocia también con la utilización del odontólogo más que otras alternativas no profesionales y con una periódica asistencia al mismo, a la vez que con niveles más aceptables de higiene oral. Se da menor preferencia por extracciones y mayor por obturaciones y se desean más el silicato y la amalgama para tratamientos en piezas anteriores y posteriores respectivamente, que no el empleo del oro. Hay asociación con el conocimiento de la "piorrea" y con el de su etiología, prevención y curación. Sin embargo, no parece tener efecto sobre el uso de medicamentos tópicos e ingeridos ni sobre la frecuencia del cepillado.

El factor económico también se presenta fuertemente asociado con los resultados, aunque no en la misma proporción que la escolaridad; la índole sociocultural de éstos hace que lo educativo se manifieste más que lo económico y así tenemos que no apareció estadísticamente asociado con la etiología ni curación de la "piorrea", con la nomenclatura ni etiología de la caries, con la preferencia por silicatos a expensas del oro ni tampoco con el uso de medicamentos tópicos o ingeridos.

Al análisis étnico, es ostensible el paralelismo entre los criterios del grupo ladino con los académicos porque, exceptuando el término "picadura" para la caries, en todos los demás aspectos la gente ladina opinó mayoritariamente como los académicos desearían que se opinase. Por el contrario, en prácticamente todos los aspectos, los indígenas opinaron en forma "antiacadémica", esto es, predominó la inasistencia al odontólogo y nunca se mencionó el acudir a él en forma periódica, se refirió más a los recursos de salud que menos recomendaría la Facultad, se prefirieron ampliamente medicamentos tópicos e inyecciones que ingeridos, mucho más el oro que cualquier otro material así como procedimientos de higiene oral menos recomendados por la odontología y su frecuencia de uso fue bastante pequeña. Lo que salta a la vista es que los indígenas en el poblado vienen a estar

situados en, su gran mayoría, dentro de los grupos más bajos económica y escolarmente así como dentro del grupo nutricional más deteriorado. Nuestra ideología y sistema conceptual académico, que es ladino, viene a estar más cerca del sistema conceptual de los ladinos del poblado y hay mayor compenetración. Allí se da el mayor alfabetismo y esto implica también mayor afinidad ideológica y conceptual con nosotros. A la inversa, los indígenas expresan elementos conceptuales extraños a nuestras concepciones ladinas y su contacto con nuestro sistema de ideologización escolar es virtualmente pobre. La divisoria cultural entre ambas etnias es ancha y se hace más profunda por todas las relaciones estructurales que las conectan dentro del sistema de nuestra sociedad global.

No hemos pretendido ofrecer verdaderas conclusiones ni situarnos en nada definitivo, a lo largo del estudio. Sólo quedan anunciadas ideas tentativas, como interpuestas entre una filosofía de salud oral y su práctica cotidiana. Todas o algunas configuran alguna formulación no explícita, pero sí latente en este estudio. cuán importante es o no para la gente la cavidad oral y sus problemas de salud y cuán relevante es, para el criterio popular, el ejercicio profesional de todos los recursos que en tal labor están comprometidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, Richard N. Cultural surveys of Panama-Nicaragua-Guatemala-El Salvador-Honduras. Washington, WHO, Pan American Sanitary Bureau, 1957.
2. ————. Un análisis de las creencias y practicas medicas en un pueblo indígena de Guatemala. Guatemala. Publicaciones especiales del Instituto Indigenista Nacional, No. 17, 1952.
3. ————. "Un programa de investigación sobre nutrición en Guatemala". (En Cultura Indígena de Guatemala. PP. 268-302). Guatemala, SISG, Public. 1, 1959.
4. ————. Introducción a la Antropología Aplicada. Guatemala, Seminario de Integración Social Guatemalteca, 1964.
5. Alfaro R., José. Prevalencia de caries dentaria en escolares de 26 comunidades rurales de la Republica de Guatemala, 1972. Guatemala, tesis licenciatura., 1973.
6. America Indígena. Vol. 21, 1961) Vol. 31, 1961—.
7. American Dental Association. "Temperature Stress may cause cracks in enamel, Study Shows". ADA News, December 21, 1970.
8. Biological Abstracts. Vol. 1, 1927 Vol. 52, 1971.
9. Chemical Abstracts. Vol. 15, 1921 Vol. 74, 1971.
10. Demographic Yearbook, 1970.
11. Dirección General de Servicios de Salud. Memoria anual de actividades de Centros y puestos de salud. Guatemala, 1970.
12. Excerpta Médica. Vol. 4, 1958 — Vol. 17, 1971 (Public Health: Dental Hygiene).
13. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Compilación de trabajos científicos, Guatemala, INCAP, Tomo 1, 1949-1954, Tomo XI, 1971-1972.
14. ————. Encuesta de Salud y Nutrición: Patzún, Guatemala; INCAP, 1972 (mecanograf.).
15. ————. Evaluación Nutricional de la población de Centro América y Panamá. Guatemala, INCAP, 1968.
16. Instituto Indigenista Nacional. Prácticas medicas tradicionales de los indígenas de Guatemala. Guatemala, IV Congreso Panamericano de Historia de la Medicina, 1969.
17. ————. Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala. Guatemala, IIN, Vol. VI, No. 1, 1971.
18. June Macklin, Barbara. Un estudio de curanderismo en Nuevo León. Mimeografiado.
19. Nutrition Abstracts and Reviews. Vol. 1, 1931-32 Vol. 40, 1970.
20. Organización Mundial de la Salud. Proyección cuatrienal de asistencia. OPS/OMS, Zona III, 1971-74.
21. Tesario de la Fac de Odontología.
22. Weinberger, Bernhard Wolf. An introduction to the history of dentistry. St. Louis, The C.V. Mosby Company, Vol. 1, 1948.

* Cirujano dentista. Profesor de Enseñanza Media en Historia y Estudios Sociales. Especialista en Salud Pública con énfasis en Nutrición y Materno-infantil. Catedrático en la Universidad de San Carlos (Facultades de Odontología, Humanidades y Arquitectura) y en la Universidad del Valle de Guatemala.

** Médico y cirujano. Director del Centro de Estudios Superiores de Nutrición y Ciencias de Alimentos, Universidad de San Carlos de Guatemala. Jefe de la división de Enseñanza del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.