

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SALUD ORAL Y SU RELACIÓN CON LOS DISCURSOS Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

*Gilberto Parra Ramírez**
*Ligia Inés García Castro***

Recibido en julio 16 de 2008, aceptado en septiembre 8 de 2008

Resumen

Este estudio pretendió reconocer las representaciones sociales sobre salud oral, que tienen los niños, las niñas y sus familias que asisten a los servicios de ortopedia maxilar en la Universidad Autónoma de Manizales y la relación con los discursos y prácticas de los profesionales. De acuerdo con su pregunta de investigación obedece a un estudio de corte cualitativo, que puso de manifiesto un rompimiento de diálogos entre los(as) niños(as), las familias y los profesionales, luego de establecer que las familias reconocen a la salud oral como un componente de la salud general, al igual que la salud oclusal como un componente de la salud oral pero no reconocen la salud oclusal como un componente de la salud general, pero al mismo tiempo hacen una transversalización de los tres niveles de salud por la funcionalidad y el tratamiento ortopédico. De otro lado los(as) niños(as), reconocen la salud oral como igual a la salud oclusal, considerando aparte la salud general; mientras que los profesionales le dan a la salud oral y a la salud oclusal alguna independencia con la salud general en el momento de realizar los tratamientos de ortopedia maxilar. Con el fin de presentar a partir de un modelo que pudiera dar cuenta de la interpretación realizada, se asume la teoría general de sistemas, entendiendo el ser humano como un sistema.

Palabras clave

Representaciones sociales, ortopedia maxilar, oclusión dental, salud general, salud oral.

* Odontólogo, Magíster en Estudios de Familia y Desarrollo. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: gipa@autonoma.edu.co

** Psicóloga, Magíster en Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: ligiaines.garcia@gmail.com

SOCIAL REPRESENTATIONS ON DENTAL HEALTH AND ITS RELATION TO PROFESSIONAL DISCOURSE AND PRACTICES

Abstract

This paper presents a study aimed at recognizing the social representations on dental health had by children and their families, who attend the maxillary orthopedic services in Universidad Autónoma de Manizales and their relation to the professional discourse and practices. This is a qualitative research, manifesting a dialogue rupture among children, families and professionals. The families recognized dental health as part of general health, and occlusal health as a part of dental health. However, they do not recognize occlusal health as part of general health, but at the same time they transversalize the above mentioned three health levels by their functionality and orthopedic treatment. On the other hand, children recognized dental health and being the same as occlusal health, considering general health as a separate matter. Instead, professionals consider dental health and occlusal health an independent area in respect to general health when performing maxillary orthopedics treatments. Based on a model that could account for the interpretation presented, the general system theory is used, understanding human beings as a whole system.

Key words

Social representations, maxillary orthopedics, dental occlusion, general health, dental health.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE ORAL E SUA RELAÇÃO COM OS DISCURSOS E PRÁTICAS PROFISSIONAL

Resumo

Esta pesquisa pretendeu reconhecer as representações sociais sobre saúde oral, que têm as crianças, as meninas e suas famílias que assistem aos serviços de ortopedia maxilar na Universidade Autônoma de Manizales e a relação com os discursos e práticas de os Profissionais. De acordo com a pergunta de investigação obedece a um estudo de corte qualitativo, que pôs de manifesto um rompimento de diálogos entre os garotos e meninas, as famílias e os profissionais, logo de estabelecer que as famílias reconheçam à saúde oral como um componente da saúde geral, ao igual oclusal como um componente da saúde oral, mas não reconhecem a saúde oclusal como componente da saúde geral, mais ao mesmo tempo fazem uma transversalização dos três níveis da saúde por a funcionalidade e o tratamento ortopédico. De outro lado as menina (as) e garoto (os), reconhecem a saúde oral como igual à oclusal, considerando aparte a saúde geral; mientras que os profissionais dão à saúde oral e à saúde oclusal alguma independência com a saúde geral no momento de realizar os tratamentos de ortopedia maxilar. Com o fim de apresentar a partir dum modelo que poderia dar conta da interpretação realizada, se assume a teoria geral de sistemas, entendendo o ser humano como um sistema.

Palavras chave

Representações sociais, ortopedia maxilar, oclusão dental, saúde geral, saúde oral.

INTRODUCCIÓN

La ciencia, la tecnología, la modernización y la educación han hecho que el estudio y la comprensión de la vida humana se disgregue y se fragmenten los objetos de estudio de las diferentes disciplinas, *mayor conocimiento de las partes y menos comprensión del todo*; aspecto que no ha sido ajeno a la salud, la cual también ha sido fraccionada tanto por los prestadores del servicio, como por la comunidad en general y por la misma academia encargada de formar el recurso humano.

El problema de la investigación surge del seguimiento a la alta deserción de la consulta de ortopedia maxilar por parte de los menores y de las familias a pesar de haber invertido tiempo y dinero en los tratamientos (ortopedia maxilar), centrados en prevenir y corregir las alteraciones en el desarrollo óseo y oclusal, alteraciones éstas que se presentan con gran incidencia en las poblaciones infantiles.

Con la participación en la fundamentación teórica del Departamento de Infancia de la Universidad Autónoma de Manizales (2003-2004)*, se pudo establecer que hay *desconocimiento del niño y la niña como sujetos de atención por parte de los prestadores del servicio*, al intervenir en esta dificultad, se pudo observar que la deserción continúa siendo alta.

Este estudio es de corte cualitativo, en tanto pretende inferir a partir de entrevistas y grupos focales, las representaciones sociales que poseen los niños y niñas y sus familias y establecer la relación con los discursos y las prácticas de los profesionales; para contrastar esta información individual se aplicó la técnica de grupos focales con los mismos actores; en donde surgieron nuevas categorías, que se contrastaron con las categorías iniciales que obedecían a la salud oral, salud oclusal y salud en general; por ello, para dar cuenta de este diseño

* Este documento de trabajo hace parte de una construcción colectiva del Departamento de Infancia de la Universidad Autónoma de Manizales. 2004.

emergente se elaboró un modelo comprensivo que pudiera poner en evidencia los resultados obtenidos, el cual se apoya en la *teoría general de sistemas*, de igual manera en el *modelo ecológico de Urie Brofenbrenner* (1, 2), haciendo énfasis en que en el(la) niño(a) no se desarrollan en el vacío, sino por el contrario se desarrollan en el contexto de su familia, su vecindario, su comunidad, su país y el mundo, de esta manera se pudo reconocer su influencia social, de acuerdo con el contexto en donde éstas son vistas en todas sus múltiples relaciones sistémicas.

OBJETIVOS

General

Reconocer las representaciones sociales sobre la salud general, la salud oral, la salud oclusal, las maloclusiones y sus tratamientos en niños y niñas de 5-12 años de edad, así como las de sus familias que asisten a servicios de Ortopedia Funcional Maxilar de la UAM y la relación de las representaciones sociales con los discursos y prácticas de los profesionales.

Específicos

- Describir las representaciones sociales que tienen los niños y las niñas de 5-12 años de edad que asisten al programa Rotación de Ortopedia Maxilar de la UAM, frente a la salud general, salud oral, la oclusión dental y los tratamientos de Ortopedia Maxilar.
- Describir las representaciones sociales que tienen las familias de los niños y las niñas que son atendidos en el programa de Rotación de Ortopedia Maxilar, frente a la salud general, salud oral, la oclusión dental y los tratamientos de Ortopedia Maxilar.
- Establecer las relaciones entre los discursos y las prácticas profesionales con las representaciones sociales de los(as) niños(as) y las familias que asisten al programa de Ortopedia Maxilar de la UAM.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El tipo de investigación fue de corte cualitativo, de acuerdo con la naturaleza del objeto de estudio en este caso de las representaciones sociales, utilizando la escuela clásica promulgada por Denise Jodelet (2, 3, 4); en un esfuerzo por comprender e interpretar la realidad social y cultural de los niños/as y sus familias a partir de los conocimientos, los hábitos y las prácticas con respecto a la salud general, la salud oral, la oclusión dental y los tratamientos de ortopedia maxilar para lograr describir de esta manera las representaciones sociales y así establecer sus vínculos con los discursos y prácticas de los profesionales.

Además, se producen y se analizan datos descriptivos a partir de las narraciones y los comportamientos de las personas, sujetos de la investigación. En este orden de ideas se asume lo que manifiestan Taylor y Bogdan (7), que la investigación cualitativa es aquella investigación que produce y analiza los datos descriptivos, como las palabras escritas o dichas, y el comportamiento observable de las personas; definición ésta que refleja un método de investigación interesado en primer lugar por el sentido y en la observación de un fenómeno social en el medio natural.

Participantes en el estudio

La unidad de trabajo estuvo conformada por los niños, las niñas y las familias de ellos que asisten al programa de Ortopedia Maxilar de la UAM; el grupo de profesionales estuvo conformado por personas que en su práctica clínica realizan atención en ortopedia maxilar.

El proceso de consentimiento informado para la participación de los niños, niñas y sus familias se lleva a cabo desde el momento en que ingresan al programa de Ortopedia, de igual manera se realizó el proceso con los profesionales.

Los sujetos de investigación en el caso de los niños, niñas y sus familias estuvo conformada por diez y nueve personas, que fueron escogidas por conveniencia y de acuerdo con la presencia en la consulta durante dos semanas de atención en el mes de abril de 2006 y su interés en participar o no en la investigación; en el caso de los profesionales se escogieron dos que en su práctica clínica realizan actividades de ortopedia maxilar y que en algún momento participaron en el programa de Rotación de Ortopedia Maxilar de la UAM.

Procedimiento

El proceso metodológico, se desarrolló de la siguiente manera:

- *Desarrollo de prueba piloto:* la cual se planteó con el fin de calibrar el cuestionario, validar la estrategia de recolección de información y puntualizar las categorías de análisis. Esta prueba consistió en la aplicación de una entrevista semiestructurada y con visita domiciliaria a las familias.

A los niños y las niñas se les aplicó también un cuestionario a manera de entrevista semiestructurada en el momento de la consulta, al igual que a los profesionales; utilizando la grabación como medio de registro de las respuestas, las cuales fueron transcritas y analizadas. Los resultados de esta prueba permitieron la operacionalización de las categorías.

- *Recolección de información:* se realizaron grupos focales por separado a los(as) niños(as), familias y profesionales aplicando cuestionarios y utilizando en el caso de los(as) niños(as) la grabación en video y para los profesionales y las familias la grabación en audio. Para los profesionales se hace carta de invitación para la participación en los grupos focales; a los(as) niño(as) y las familias se les hace la invitación a participar en los grupos

focales en forma oral y confirmación de la participación vía telefónica.

Tanto para la prueba piloto como para la muestra final se diseñaron fichas para caracterización de los participantes.

- *Sistematización de la información:* para la sistematización de la información se procedió a transcribir de forma manual las grabaciones de video y audio; una vez transcrita la información se procedió a realizar la segmentación y la codificación de esta.
- *Análisis de la información:* para el análisis de la información se utilizó el análisis categorial, desde lo inductivo, a partir de una lectura inicial de los datos, dejando emerger aspectos que no habían sido contemplados en las categorías iniciales, y contrastando permanentemente los datos, mediante la triangulación y confrontación, para finalmente establecer unas categorías finales.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Representaciones sociales de las familias

El grupo de familias que participó en los grupos focales y que tienen niños y niñas en el programa de Ortopedia Maxilar de la UAM, reconoce a la salud oral como un componente de la salud general y que al poseer buena salud oral tienen buena salud general, al igual que reconoce a la salud oclusal como un componente de la salud oral que no reconoce la salud oclusal como un componente de la salud general, pero sí hace una transversalización de los tres niveles de salud por la funcionalidad y el tratamiento ortopédico; de otro lado se puede analizar que la salud oral la entiende como ausencia de dolor o tener todos los dientes en la boca y sus visitas al profesional de la salud oral se hacen cuando aparece el dolor, cuando se afecta la apariencia personal (estética) y muy pocas veces se hace para un control o un adecuado mantenimiento de la salud oral.

De otro lado, las familias reconocen la integralidad de la salud incluyendo a los dientes y a la boca como parte importante en su salud, al manifestar:

“Tener la dentadura buena eso es salud para uno”. ^{A1.}

“Los dientes pueden perjudicar la salud cuando están mal, si cuando hay algo mal en el cuerpo se siente mal; cuando una muela está enconada uno siente que todo le duele”. ^{A1.}

“Salud, es sentirme bien, no sentir nada, que todo funcione bien, que no me duela una muela, que pueda respirar bien, que pueda masticar bien, que pueda tragar bien. Que me pueda mover”. ^{7-M.}

“Tener buena salud es tener los dientes también bien. Los dientes también producen absceso cerebrales y pueden llevar a la muerte”. ^{A1.}

“Tener la dentadura buena eso es salud para uno”. ^{M6.}

“Es un estado ideal del cuerpo, como que cada órgano cumpla la función que tiene cumplir, que pueda mover, caminar, masticar, abrir la boca, que pueda ver”. ^{H7.}

Representaciones sociales de los niños y las niñas

El grupo de niños que participó en los grupos focales y que asiste al programa de Rotación de Ortopedia Maxilar de la UAM, reconoce la salud oral como igual a la salud oclusal, considerando aparte la salud general.

Niños y niñas, definen la salud oral como el estado de los dientes y con un gran componente en la estética, desconociendo la salud oclusal como parte de ella y desconociendo la adecuada oclusión como equilibrio y parte de la salud oral, según lo manifiestan los siguientes relatos:

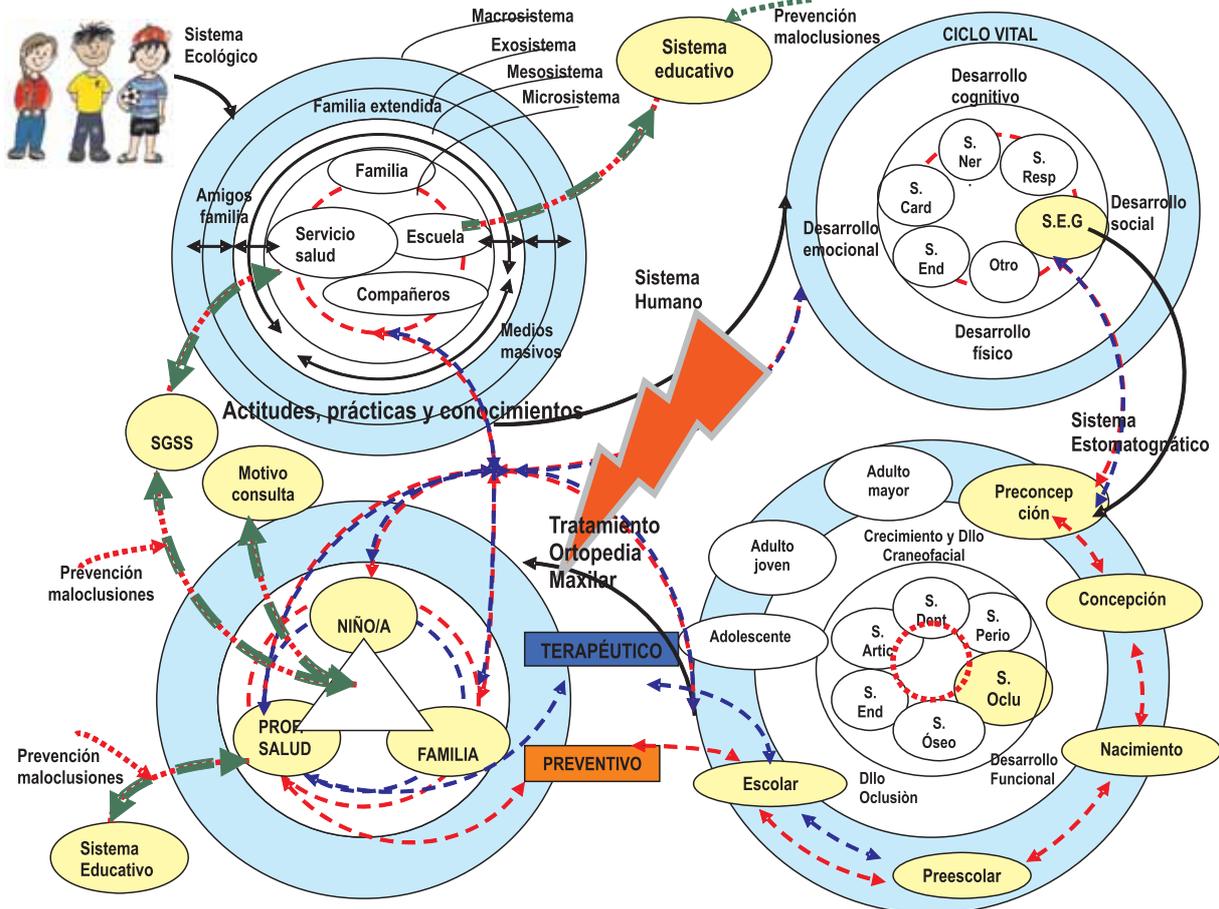
“Es la salud de los dientes, no tener caries, poder hablar, que no se caigan”.

los dientes, no tener dientes podridos, que no se pongan amarillos los dientes, no tener placa bacteriana, no tener gingivitis, no tener mancha en los dientes, no tener bacterias en los dientes, cuidar la salud oral es ir donde el odontólogo, cepillarse los dientes, que estén sanas todas las partes de la boca” (Niños/as).

Discursos y prácticas profesionales

El manejo que los profesionales le dan a la salud oral y salud oclusal es independiente de la salud general. Con el fin de representar a partir de un modelo que pudiera dar cuenta de la interpretación realizada, se asume la teoría general de sistemas, entendiéndose al ser humano como un sistema (ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Las representaciones sociales de los niños y sus familias y su relación con los discursos y las prácticas de los profesionales



Partiendo de la teoría general de los sistemas (1) el concepto sistema es un conjunto de unidades entrelazadas, que funcionan sincrónicamente; el funcionamiento inadecuado de una unidad, alteraría al todo; en este sentido se puede hacer referencia a las tres unidades de análisis de la investigación: salud general, salud oral y salud oclusal –transversalizadas por la funcionalidad y el tratamiento de ortopedia maxilar– como partes integrantes del sentido holístico del concepto de salud que hacen parte del sistema humano, a su vez ser tenidas en cuenta en el proceso salud–enfermedad, y por último en la atención que prestan los profesionales de la salud reflejadas en sus discursos y prácticas.

Este modelo ecológico, puede ser adaptado a los conceptos de salud, salud-enfermedad y atención en salud, por cuanto él nos da razón de todas las influencias que un sujeto puede recibir, tanto en un concepto como en la participación activa y motivada dentro de un proceso, en este caso en el concepto de salud general, salud oral, salud, oclusal y tratamiento de ortopedia maxilar, donde en el *microsistema* podemos encontrar ubicada la familia, la escuela, los servicios de salud y la comunidad en general; el *macrosistema*, está demarcando las actitudes, las prácticas y los conocimientos que este sujeto (niño/a y sus familias) poseen sobre la salud y el tratamiento de ortopedia maxilar.

Ahora bien, el *objeto de estudio de la odontología* visto desde la teoría general de sistemas como el sistema estomatognático, comportándose éste como un mesosistema del *sistema humano*, el cual a su vez está conformado por varias unidades o microsistemas tales como el dental, el oclusal, el óseo, el muscular, entre otros; al mismo tiempo se debe tener en cuenta que el *objeto de intervención de la odontología* por parte de los profesionales de la salud oral es la cavidad oral, la cual debe estar concebida como integrante del sistema estomatognático y éste amarrado a un sistema humano, y por consiguiente el sistema humano unido a otros sistemas.

De otro lado, y en caso de los niños y las niñas, son sujetos en proceso de crecimiento y desarrollo, se debe tener en cuenta el ciclo vital de ellos, en este caso el crecimiento y desarrollo en los aspectos cognitivos, funcionales, anatómicos, entre otros, que pueden estar influenciados por sistemas internos y externos a ellos, y presentarse estas influencias como causas o factores de riesgo para que presenten alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo general o del sistema estomatognático, manifestándose esto en unas características que no correspondan a un adecuado crecimiento y desarrollo de los sujetos (niños/as).

En una adecuada atención en prevención y tratamiento de estos sujetos en proceso de crecimiento y desarrollo es menester tener en cuenta la interacción que ésta debe tener entre el sujeto de atención (niño/a), la familia y el profesional, convirtiéndose esta interacción en una tríada importante donde el(la) niño(a) debe ocupar un lugar privilegiado puesto que son los sujetos de atención; igualmente estos procesos tanto de prevención como de tratamiento deberían estar permeados por la motivación y por procesos de enseñanza-aprendizaje, es decir por un proceso educativo compartido entre los sistemas que hacen parte de la tríada manifiesta.

Igualmente, existen en estos procesos de atención (prevención y tratamiento) otros factores que podrían llamarse o mejor catalogarse como externos que hacen posible la adecuada o inadecuada atención y en su defecto poder llevar a cabo con éxito los objetivos que tanto el(la) niño(a), la familia y el profesional de atención en salud se han propuesto, bien sea para la prevención o tratamiento de las alteraciones que se puedan presentar en cuanto al crecimiento y desarrollo, en este caso del sistema estomatognático, tales factores son el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el sistema educativo en general, el diálogo entre los diferentes profesionales o personas que tienen que ver con la atención en salud y el cruce de diálogos entre sujetos de atención y los profesionales prestadores del servicio de salud.

En este orden de ideas y con base en los sistemas que configuran la vida humana (sistema biológico y sistema cultural) y su condición, la salud no puede ser entendida como una condición donde se separen los dos sistemas, porque en ella se incorporan la experiencia de la satisfacción de las necesidades materiales (básicas), afectivas, sociales y espirituales; es decir que la salud se alcanza cuando estas dimensiones están bien equilibradas e integradas.

CONCLUSIONES

1. Las familias reconocen la salud oral como un componente de la salud general, al igual que reconocen la salud oclusal como un componente de la salud oral pero no reconocen a la salud oclusal como un componente de la salud general, aunque sí hacen una transversalización de los tres niveles de salud por la funcionalidad y el tratamiento ortopédico.
2. Las familias entienden la salud oral en términos de ausencia de dolor o tener todos los dientes en la boca, y sus visitas al profesional de la salud oral se hacen cuando aparece el dolor, cuando se afecta la apariencia personal (estética) y muy pocas veces se hacen para un control o un adecuado mantenimiento de la salud oral.
3. Los(as) niños(as) reconocen la salud oral como igual a la salud oclusal, considerando aparte la salud general.
4. Los(as) niños(as) definen la salud oral como el estado de los dientes y con un gran componente en la estética, desconociendo la salud oclusal como parte de ella y desconociendo la adecuada oclusión como equilibrio y parte de la salud oral.
5. Los profesionales en salud oral establecen independencia entre la salud general, salud oral y salud oclusal, lo que hace evidente la fragmentación de la salud.
6. Existe un rompimiento del diálogo entre los sujetos de atención y los profesionales

prestadores del servicio, traduciendo esto en la falta de motivación, por parte de los usuarios, en el desarrollo y cumplimiento de los objetivos de tratamiento.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con las observaciones hechas durante el proceso de desarrollo y con los resultados obtenidos en el presente estudio, el investigador plantea las siguientes recomendaciones:

1. Al considerar la mayoría de los sujetos de investigación que los signos y síntomas orales son menos importantes que las indicaciones de enfermedad en general; como resultado, suelen evitar o postergar el tratamiento necesario, exacerbando de esa manera el problema. Si deseamos aumentar la capacidad de la nación para mejorar la salud oral y reducir las disparidades de salud, necesitamos ampliar el conocimiento del público respecto al significado de la salud oral, y la relación que existe entre la boca y el resto del cuerpo.
2. Los políticos informados a nivel local y nacional, son clave para asegurar la inclusión de servicios de salud oral en los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades y en los sistemas de tratamiento; es esencial llamar la atención de los legisladores y funcionarios públicos a todos los niveles, sobre la salud oral, a fin de lograr políticas públicas más efectivas para mejorar la salud oral de nuestra población; debemos usar todos los medios posibles para informar a los políticos –informalmente a través de sus organizaciones y afiliaciones, y formalmente a través de sus oficinas de gobierno– si deseamos políticas racionales y programas efectivos de salud oral.
3. En la formación de los profesionales de la salud no especializados en salud dental, se dedica muy poco tiempo a los tópicos de salud y enfermedades orales, sin embargo, todos los prestadores de atención sanitaria pueden y

- deben contribuir a mejorar la salud oral; esto se puede lograr de varias maneras, tales como incluyendo el examen oral como parte de los exámenes médicos generales, y refiriendo a los pacientes a especialistas en salud oral específicamente al desarrollo adecuado de la oclusión dental; los prestadores de atención sanitaria deben estar listos, dispuestos y capacitados para trabajar en colaboración, a fin de ofrecer tratamiento óptimo a sus pacientes; si tenemos profesionales de la salud bien informados, podremos estar seguros de que el público que utiliza los servicios de salud se beneficiará con las intervenciones interdisciplinarias y el tratamiento integral; preparar a los profesionales de la salud para ese rol, incluirá, entre otros factores, cambios en el currículo y capacitación multidisciplinaria.
4. Es vital en esta área el mejor conocimiento de la etiología y distribución de la enfermedad. Pero las bases de datos epidemiológicos y de estadísticas de salud y enfermedades orales, servicios de salud, utilización de los servicios, y gastos correspondientes, son limitados o inexistentes a nivel nacional, estatal y local; tales datos son esenciales para llevar a cabo investigación sobre servicios de salud, generar hipótesis de investigación, planificar y evaluar programas, e identificar problemas emergentes de salud pública.
 5. Los profesionales de la salud deben desarrollar conciencia de su papel motivador en el éxito de la terapéutica, involucrando la salud general como componente indispensable de la salud oral, identificando las características biológicas, cognitivas, emocionales y socioculturales de los(as) niños(as) que intervienen en el proceso de crecimiento y desarrollo craneo cérico facial.
 6. Los profesionales de la salud deben identificar desde el primer contacto de la atención de ortopedia maxilar los conceptos, los conocimientos y las motivaciones de los(as) niños(as) y las familias con respecto a la salud general, oral, oclusal y el tratamiento, con el fin de incluirlos en el plan de tratamiento y en la ejecución del mismo.
 7. Los profesionales de la salud deben considerar el proceso terapéutico de ortopedia maxilar no solamente como un proceso instrumental sino como un proceso educativo y motivador continuo y permanente continuo.
 8. Establecer un diálogo permanente de saberes entre el profesional y el sujeto de intervención (niño-niña) y su acompañante para diseñar adecuados procesos de educación en salud.
 9. Abordar la infancia desde diferentes perspectivas, como lo puede ser el desarrollo humano, el desarrollo infantil, la salud y los escenarios de formación y socialización.
 10. La familia como uno de los agentes socializadores debe crear y recrear formas de entender y comprender el actuar, el pensar y el sentir frente a la salud general, salud oral y oclusión dental, constituyéndose en uno de los espacios para el desarrollo humano
 11. Retroalimentar y evaluar permanentemente en el programa de Ortopedia Maxilar las estrategias de atención y educación propuestas.
 12. A nivel curricular las escuelas formadoras de profesionales de salud oral deben profundizar más sobre las actitudes, conocimiento y prácticas de las poblaciones y tomarlos en cuenta en el momento no solo de la consulta inicial sino en la planeación y ejecución de los planes de tratamiento y de esta manera crear conciencia, en los estudiantes.

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce y agradece a la UAM por permitir el espacio y la recolección de la información en el programa de Rotación de Ortopedia del programa de Odontología, así como también a los niños, niñas y sus familias, y a los profesionales que participaron en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bertalanffy LV. Teoría general de los sistemas. Fondo de Cultura Económica; 1988.
2. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós ; 1986. p. 478-494.
3. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: Serge Moscovici (compilador). Psicología Social. Barcelona: Paidós; 1984. p.469-493.
4. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1988.
5. Myers R. Los doce que sobreviven. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, Publicación científica N° 545; 1993. p. 65-85.
6. Rice F P. Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.; 1997. p. 266-267.
7. Taylor SJ, Bogdan R. Introduction to qualitative research methods: The search for meanings, 2e es. New Cork: Wiley; 1984.