UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

CASA ABIERTA AL TIEMPO

RESPUESTAS CULTURALES DE MADRES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR SOBRE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS, CASO JARDÍN DE NIÑOS OLMEDO, AMPLIACIÓN TEPEPAN, XOCHIMILCO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

P R E S E N T A

Natalia Odeth Santos Madrigal

Comité Tutorial
Directora
Mtra. Norma Laura Lara Flores

Asesores
Dra. Gloria Alejandra Moreno Altamirano
Dr. Gilberto Hernández Zinzún

Lectores
Dr. José Arturo Granados Cosme
Dra. Clara Bellamy Ortiz

México, D.F., Octubre de 2015

El jurado designado por el Comité Académico de la Maestría en Medicina Social aprobó la Tesis que presentó

NATALIA ODETH SANTOS MADRIGAL

El día 30 de octubre de 2015.

Sinodales:

Dr. José Arturo Granados Cosme (Presidente) _____

Dra. Gloria Alejandra Moreno Altamirano(Secretaria) _____

Mtra. Norma Laura Lara Flores (Vocal) _____

Dra. Clara Bellamy Ortiz (Vocal) _____

Agradecimientos

A los hombres y mujeres de este tiempo
Que luchan por transformar este mundo
En uno que socialice los medios en los que se reproduce la vida.

Por una cultura nacional y de clase
Que lo transforme todo y construya lo inimaginable:
El comunismo

A mi padre campesino, obrero, desempleado, a mi padre
A mi madre que trabaja todos los días sin parar, a mi madre
A mi hermana ama de casa, a mi hermana
A mi hermano trabajador, a mi hermano
A mi esposo maestro, que me enseña y lucha a mi lado, a mi esposo
A mi hija que vendrá y luchará con nosotros, a mi hija.

A mis viejos que me enseñaron a luchar y a vivir
Que nunca olvidan enseñar la historia a los que vienen y a los que vendrán
Por ser consecuentes toda la vida con la transformación radical del mundo
A mis viejos.

A mis compañeros del taller
por hacer realidad conmigo el sueño
de construir hombres y mujeres nuevos
Aun que parezca imposible
Y se nos vaya la vida en ello
A mis compañeros.

Qué importancia puede tener la sonrisa de un niño de la sierra, de un hombre campesino, de un hijo de obrero, de la hija de un desempleado. A quién le importaron las noches de desvelo que tuvo que pasar la trabajadora de una maquila por el dolor de muela de su hijo menor, que a pesar de haber usado un remedio casero la noche entera, nunca dejó de llorar ni de sentir dolor. A quién le importó si comía o no, o su casa de cartón, de asbesto, si, a fin de cuentas, esto no cambia el rumbo a nadie.

Fragmento del documental *Hincando el diente en la vida.*

ÍNDICE

Página

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Abordaje del problema 11

1.2 Modelos teóricos que explican el proceso salud-enfermedad 17

1.3 La salud-enfermedad como proceso social y cultural 23

1.4 Proceso salud-enfermedad-atención en Odontología y su contexto 27

CAPÍTULO 2

2. ANTECEDENTES

2.1 La distribución de las enfermedades buco-dentales en México 29

2.2 Caries dental, la enfermedad más frecuente 35

2.3 Los niños(as) como grupo de riesgo 38

2.4 La Odontología como práctica que evidencia las desigualdades sociales 41

CAPÍTULO 3

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Discusiones teóricas sobre la cultura 43

3.2 Las respuestas culturales 50

3.3 La integración del proceso salud/enfermedad/atención como expresión cultural 53

3.4 Relación cultura y clase social 58

3.5 La percepción forma parte de la cultura a la que se pertenece 60

3.6 Enfoques en salud bucal desde la perspectiva cultural 64

CAPÍTULO 4

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

4.1 Preguntas de investigación 67

4.2 Objetivo general 67

4.3 Objetivos particulares 67

CAPÍTULO 5

5. ABORDAJE CUANTITATIVO

5.1 Abordaje cuantitativo 69

5.2 Metodología cuantitativa 71

5.3 Análisis de la información 72

5.4 Resultados 72

5.4.1 Cuestionario para madres acerca de su salud bucal y uso de servicios 72

5.4.2 Datos del preescolar 74

5.4.3 Datos sobre el cepillado y limpieza dental del preescolar 75

5.4.4 Prevalencia de caries dental e índice ceo 76

CAPÍTULO 6

6. ABORDAJE CUALITATIVO

6.1 Abordaje cualitativo 81

6.2 Metodología cualitativa 81

6.2.1 Entrevista semiestructurada sobre las percepciones de la madre sobre salud bucal 81

6.3 Análisis de las entrevistas 82

6.4 Resultados 84

6.4.1 Entrevistas a madres de preescolares 84

6.4.2 Reconocimiento y percepción de la enfermedad 87

6.4.3 Valor social, cultural y biológico atribuido a la boca 89

6.4.4 Estrategias de autoatención bucodentales 91

6.4.5 Relación de las enfermedades bucodentales y sus condiciones de vida 98

6.4.6 Relación con los servicios odontológicos 102

6.4.7 Recompensas con dulces 104

6.4.8 Fuente de sus conocimientos 106

CAPÍTULO 7
7. DISCUSIÓN
7.1 Datos de la madre del preescolar 108
7.2 Servicios odontológicos 111
7.3 Prácticas de higiene bucal de los preescolares 112
7.4 Índice coe-d 113
7.5 Descripción cultural 115

CAPÍTULO 8
8. CONCLUSIONES 119
8.1 Recomendaciones 121
8.2 Productos de la tesis 122

9. REFERENCIAS 123

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario para madres acerca de
su salud bucal y uso de servicios. 133
Anexo 2: Entrevista semiestructurada sobre las percepciones
de la madre sobre la salud bucal. 140
Anexo 3: ÍNDICE ceo-d y odontograma empleados. 168
Anexo 4: Programa de salud bucal para el jardín de niños Olmedo
Manual de educación para la salud bucal de madres
y cuidadores de preescolares 175
Manual de nutrición para madres de preescolares 183
Anexo 5: Consentimiento informado para madres de preescolares. 195
Anexo 6: Participación en eventos académicos. 196

Índice de tablas.

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas y consideración de su salud bucal de las madres de preescolares del jardín de Niños Ma. Patiño Vda. de Olmedo (2011).

Página 73

Tabla 2. Descripción de las características sociodemográficas y odontológicas de los preescolares del jardín de niños Olmedo (2011).

Página 74

Tabla 3. Descriptivos de las características odontológico de los preescolares del Jardín de niños Ma. Patiño Vda. De Olmedo (2011).

Página 75

Tabla 4. Prevalencia de caries dental en dientes temporales de los preescolares del Jardín de niño Ma. Patiño Vda. De Olmedo (2011). $p<0.05$.

Página 77

Tabla 5. Índice de dientes temporales cariados, indicado para extracción y obturados (ceo) de los preescolares del Jardín de niño Ma. Patiño Vda. De Olmedo (2011). $P<0.05$.

Página 79

Tabla 6. Percepción de la salud bucal por parte de las madres de preescolares (PSB); Buena: 0 caries; Regular: 1 a 2 caries no severas; Mala: 3 caries en adelante. Evaluación de la Salud Bucal del preescolar (ESB).

Página 85

Tabla 7. Criterios definidos por la organización mundial de la salud OMS-OPS para cuantificar el índice de caries dental C.P.O .-c.e.o.

Página 113

Índice de figuras.

Figura 1. Distribución del índice CPOD por grupos de edad. Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (2007).

Página 31

Figura 2. Características sociodemográficas de la colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F. Gobierno del Distrito Federal (2003).

Página 70

Figura 3. a) Encuesta realizada a madres de preescolares. b) Entrevista realizada a madres de preescolares. Las en cuestas y las entrevistas se realizaron en el jardín de niños Olmedo, colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F.

Página 167

Figura 4. a) Revisión bucal a los preescolares. b) Taller de higiene bucal con preescolares y educadoras. Trabajo realizado en el jardín de niños Olmedo, colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F.

Página 169

Figura 5. Ejemplos de caries dental y otras patologías buco-dentales encontrada en preescolares del jardín de niños Olmedo, colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F.

Página 170

Resumen

El Proceso-Salud-Enfermedad-Atención no depende exclusivamente de condiciones personales, sino de múltiples relaciones entre el individuo y su entorno, relaciones sociales que pueden favorecer la aparición de enfermedades y dificultar o facilitar que las personas enfermas reciban los tratamientos adecuados para su recuperación. Las desigualdades en cuanto a la salud han existido a lo largo de la historia, sin embargo, el desarrollo del capitalismo las profundiza y exacerba; el desarrollo de la vida social ha evidenciado que existe una relación directa entre las condiciones de vida y las enfermedades. En el presente trabajo se estudió cómo un colectivo de madres de niños en edad preescolar percibe las enfermedades bucales de sus hijos, cómo las identifica y soluciona. En el trabajo se emplearon dos abordajes del problema, uno cuantitativo (cuestionario y revisión clínica de los preescolares para evaluar la prevalencia de caries dental y el índice ceo) y otro cualitativo (entrevista).

Algunas de las conclusiones son:

a) Las madres refirieron conocer la caries dental, identificada a través del dolor y sin conocer su grado de severidad. En relación con la consideraron de la salud bucal de sus hijos, las madres la calificaron como “regular”, la presencia de esta “regularidad” coincide con la prevalencia de caries dental observada en la población de preescolares estudiada que fue del 69 por ciento. En este mismo sentido el índice ceo de la población preescolar fue de 4.37 que en los parámetros de la OMS representa un nivel “moderado” de caries dental. Por otro lado, el estudio cualitativo permitió comprender cómo perciben la enfermedad; mediante la identificación visual (color del diente); mediante la identificación olfativa (olor bucal); e identificación sensitiva/táctil (dolor, generalmente severo). Lo que permitiría hacer programas de salud bucal que ayudara a las madres a identificar la caries en etapas tempranas para su prevención.

b) La significación de la salud bucal para las madres se relaciona con una percepción estética, dicha percepción es originada principalmente por la influencia de los medios masivos de comunicación. Se puede considerar que la información obtenida por dichos medios, en la cual se promueve el consumo de pastas, cepillos y enjuagues bucales, no se traduce en mejor salud bucodental.

c) La mayoría de las madres valora la caries dental como una enfermedad que no tiene repercusión en el desarrollo del preescolar. Esto impide que se le atribuya la importancia debida y que, en consecuencia, no acuda a un servicio de salud dental, además ellas significan la atención bucodental como costosa, lo cual es una limitación más para que la enfermedad no sea atendida.

Palabras clave: respuestas culturales (identificación, percepción y significación), salud bucal, caries dental.

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Abordaje del problema

Abordar los problemas de la salud y la enfermedad, conocer cómo se comportan en los colectivos, así como buscar sus posibles orígenes, causas y soluciones, son tareas que demandan un gran esfuerzo tanto para comprender su dinámica, como para proponer mecanismos de respuesta eficientes.

Si bien la salud y la enfermedad son procesos con manifestaciones individuales orgánicas, estos ocurren en seres humanos que pertenecen a grupos sociales definidos, que viven en contextos históricos concretos, es decir, son el resultado de la interacción entre factores biológicos individuales y un contexto social, debiendo considerarse entonces procesos eminentemente sociales. El Proceso-Salud-Enfermedad-Atención (PSEA), no depende exclusivamente de condiciones personales, sino de múltiples relaciones entre el individuo y su entorno, es decir de relaciones sociales[1] que pueden favorecer la aparición de enfermedades y dificultar o facilitar que las personas enfermas reciban los tratamientos adecuados para su recuperación.

Existe una relación inversa entre los recursos materiales disponibles y la salud. Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y más posibilidades de atención; contrariamente, personas con menos recursos y condiciones de vida precarias tienen más posibilidades de enfermarse y menos posibilidades de atención (Drovetta y Rodríguez, 2010). Esto es, mediante los recursos de la medicina hegemónica

[1] En la producción social de su vida, los hombres contraen determinadas relaciones necesarias e independientes de su voluntad, relaciones de producción, que corresponden a determinada fase de desarrollo de las fuerzas productivas materiales. El conjunto de estas relaciones de producción, forma la estructura económica de la sociedad, la base real sobre la que se levanta la superestructura jurídico y política y a la que corresponden determinadas formas de conciencia social. El modo de producción de la vida material condiciona el proceso de la vida social, política y espiritual en general. No es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino por el contrario, el ser social es lo que determina su conciencia (Marx, 1976).

(Abadía, 2006), la respuesta social organizada[2], o si emplearon estrategias derivadas de otros modelos llamados tradicionales. Sin embargo, esta relación inversa no responde a una condición determinista y estática, sino que forma parte de las relaciones que históricamente ocurren en una sociedad determinada y que se articulan produciendo condiciones de vida que afectan a la salud. La salud y la enfermedad forman parte de un proceso social complejo y no son –como las define el paradigma dominante-, fenómenos individuales y biológicos.

El desarrollo de la medicina como el desarrollo de las sociedades y sus perfiles epidemiológicos dan cuenta de que el paradigma biologicista dominante no es suficiente para comprender y solucionar los problemas que se relacionan con la salud y la enfermedad.

Las desigualdades en la salud han existido a lo largo de la historia de la humanidad en la que se reorganizan los modos de producción, sin embargo el desarrollo del capitalismo actual las profundiza y exacerba, su expresión concreta se encuentra en las condiciones de vida de las clases dominantes y las clases dominadas[3].

Las desigualdades en la salud existen en todos los países y se expresan en sus sociedad através de la estratificación social. Un factor intrínseco en la distribución de las enfermedades es el modo en que afectan a los grupos, de acuerdo al lugar que ocupan dentro de la jerarquía social en la que se encuentran. Este fenómeno puede observarse aun si se les denomina "factores" como señala Solano (2003). México es un país donde dichas desigualdades se ven reflejadas en el perfil epidemiológico de la población, donde bajo el

---

[2] Respuesta que dan las comunidades a sus problemas de salud, dichas acciones están orientadas por instituciones públicas o privadas.

[3] Las clases sociales dentro de una formación social son el efecto del conjunto de sus niveles y sus relaciones, en este caso: nivel económico, nivel político y nivel ideológico es decir, la estructura global de la sociedad determinada por su estructura económica. Una clase social puede identificarse en su nivel económico, político o ideológico, se puede localizar en un nivel particular sin embargo, la definición de una clase como tal y su aprensión en su concepto se refiere al conjunto de los niveles que estan determinados por lo económico, cuyo efecto constituye dicha clase (Hadjinicolau, 1998). La contradicción fundamental del capitalismo es la formación de dos clases antagónicas: la burguesía y el proletariado. Es por ello que en este trabajo se presentan como clases dominantes a las diferentes fracciones de clase en la burguesía y como clases dominadas, a las diferentes fracciones de clase del proletariado. Las clases dominantes en este momento histórico, lo son por tener en sus manos el poder económico, el poder político, el poder ideológico y el poder militar.

eufemismo de la transición epidemiológica, coexisten las enfermedades de la pobreza que son las infecto-contagiosas a las que se han sumado las crónico-degenerativas y las derivadas de accidentes y violencia en sus más diversas expresiones (Olaiz, 2006; Bayona, 2011).

El desarrollo de la vida social ha evidenciado que existe una relación directa entre las condiciones de vida y las enfermedades (López 2010). En cuanto a las condiciones de vivienda, el hacinamiento por ejemplo, es una determinante que propicia el desarrollo de cólera y tuberculosis, enfermedades que afectan a grupos humanos específicos (Fuentes-Tafur, 2009). El entendimiento y solución de estas enfermedades que afectaban a grandes grupos humanos, obligó a que el conocimiento evolucionara desde aquel que consideraba causas únicas para la enfermedad, hacia modelos multicausales que si bien incluyen múltiples causas, las analizan como "factores" que actúan con distinta fuerza, pero sin articularlos en los contextos específicos en donde se generan los procesos de reproducción social de los distintos grupos.

Solano (2003), dice al respecto que el PSEA muestra claramente el desarrollo del pensamiento dialéctico ya que la realidad se encuentra en constante movimiento, cambio y transformación, y para comprender las causas de los fenómenos de este proceso se debe partir de la tesis de que no son estáticos. La realidad es un proceso dinámico del momento histórico que se vive y no un conjunto de cosas acabadas que influencian permanentemente de la misma manera al PSEA. En este sentido, debe reconocerse que la enfermedad tiene carácter histórico y social, distinguiendo dos conceptos que subyacen a esta cuestión. Por una parte el concepto de salud, que expresa cómo se conceptualiza y define socialmente a determinado fenómeno, y por la otra el concepto de enfermedad, entendido como un proceso biológico que se da en la población independientemente de lo que se piensa respecto a él. Habría que comprobar entonces, el carácter social de ambos conceptos (Laurell, 1982).

Por ello, es importante referirnos no a la causalidad de las enfermedades sino a las determinaciones que dan cuenta de algo más que solo al desarrollo de la enfermedad en el individuo, y de cómo es que este desarrollo del PSEA se ve

reflejado no individualmente sino en colectivos para, a partir de ello, encontrar sus posibles soluciones.

Esta manera de teorizar el PSEA propone que sin abandonar la concepción biomédica a-histórica, se construya otra concepción de los procesos biológicos humanos, lo que permite plantear que dichos procesos asumen formas históricas específicas y que en ello reside su carácter social (Laurell, 1994).

La medicina social (MS), es un campo de conocimiento desarrollado bajo los planteamientos del materialismo histórico a finales de los años 60, este campo científico ha sido desarrollado por investigadores de diversos países en América Latina que, desde las ciencias sociales, buscaron generar un marco explicativo a los procesos colectivos de salud-enfermedad, alternativo a la corriente estructural-funcionalista en boga (Laurell, 1994; Almeida, 2000; Breilh, 2003; López y Blanco, 2007). La MS postula que el PSEA de los grupos humanos y las formas de atenderlo son resultado de complejos procesos de ordenen económico, político e ideológico (Granados y Delgado, 2006). Las categorías sociales, como la de clase social, nos permiten desarrollar las proposiciones generales, además de profundizar y enriquecer la comprensión de las problemáticas del PSEA y su determinación, formando parte de los procesos de reproducción social con sus expresiones económica, cultural, política e ideológica (Bronfman y Turian, 1984).

El materialismo histórico es ante todo un método teórico-práctico que revela los motivos principales de los cambios sociales en la historia transitando desde concepciones generales a particulares concretas y de vuelta, dialécticamente, a través de las prácticas y relaciones sociales vinculadas a los modos de producción. Marx considera que la utilización de la concepción materialista de la historia permite, por medio del estudio de las fuerzas productivas y sus relaciones, en modos de producción específicos, explicar el cambio social, jurídico y político. En consecuencia, la base económica de las sociedades explica en buena medida sus cambios y transformaciones.

Los problemas de salud derivados de las características que asume el desarrollo capitalista en México, no afectan de igual forma a los distintos grupos

sociales. Esto se explica porque su posición en la estructura económico social es distinta, lo cual depende de la relación que se tenga respecto a la propiedad o no-propiedad de los medios de producción, con lo que puede afirmarse que existe una situación diferenciada entre dos clases fundamentales (la burguesía y el proletariado), respecto a la morbilidad, esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos. El estudio de las enfermedades, sus interpretaciones y repercusiones en el individuo y los grupos sociales hacen parte de este estudio.

Saber qué es lo que los enfermos piensan de sus enfermedades es algo que se ha estudiado en diferentes ramas de la medicina y de las ciencias sociales (Adair et al., 2004; Luengas et al., 2010). El esfuerzo por superar el conocimiento unicausal, de integrar el conocimiento médico con el conocimiento de las personas que padecen las enfermedades es un propósito que se enfrenta a una problemática mayor. Es importante documentar este conocimiento en la actualidad pues forma parte del reconocimiento de sociedades complejas que llevan grandes desigualdades en muchos sentidos. Durante siglos se han interpretado las formas de enfermarse y curarse de múltiples maneras, el desarrollo de las sociedades ha llevado a tener diversas formas de curar las enfermedades pero también de interpretarlas y sentirlas. Generar conocimiento en este sentido es de suma importancia sobre todo cuando el desarrollo de la tecnología parece no tener freno y el ojo de las investigaciones se concentra en los niveles individuales.

Uno de los propósitos de este trabajo es entender cómo perciben las enfermedades de la boca las madres de preescolares en las que su situación de clase y sus condiciones de vida[4] son precarias, lo que determina que sus hijos padezcan caries dental o alguna otra enfermedad bucodental. Una de las referencias que se tomaron para asumir que viven condiciones de vida precarias y que forman parte de las clases dominadas fue el lugar donde viven. La colonia estudiada, Ampliación Tepepan es caracterizada por la Coordinación de

[4] Blanco y Saenz (1990) han propuesto que la relación entre las condiciones de vida y salud representan una de las principales áreas de la investigación epidemiológica ya que permite explicar la variación espacio-temporal de los fenómenos epidemiológicos, analizar la relación entre lo natural y lo social profundizando en los monentos de producción y de consumo, ambo indispensables para entender la formas de desgaste y reproducción de las clases sociales.

Planeación de Desarrollo Territorial, del Gobierno del Distrito Federal, como una población con niveles “medio” y “alto” de marginación. Por ejemplo, dentro de su delimitación territorial cuenta con una sola escuela y ningún centro de salud.

En la práctica clínica la anamnesis o historia clínica pretende descubrir con preguntas específicas cómo es que el paciente se encuentra, para discernir con esa información y con el conocimiento del profesional de qué enfermedad se trata. Es una herramienta muy importante para la medicina en todas sus ramas, incluyendo la odontología. Su importancia radica en los resultados que da para el diagnóstico y tratamiento de alguna enfermedad en el individuo. El presente estudio no se restringe al diagnóstico de una enfermedad, sino a investigar cómo un colectivo de personas perciben sus enfermedades bucales, cómo las identifican -si lo hacen-, y cómo las solucionan, a partir de la información generada por las madres de niños en edad preescolar.

Por ello en el primer capítulo se aborda el problema del PSE como un proceso social y cultural, además se brinda una breve descripción general de los modelos teóricos del PSE, que tanto teórica como prácticamente han influido a lo largo de la historia del hombre para entender y resolver este proceso. En la última parte de ese capítulo se particulariza en el Proceso-Salud-Enfermedad-Atención (PSEA) bucodental en odontología y su contexto dentro un país como México.

La distribución de las enfermedades bucodentales en México, y la caries dental como una de las enfermedades más frecuentes y riesgosas para los niños, son puntos que se tratan en el capítulo segundo, así como el papel de la práctica odontológica. Estos dos capítulos son los que tratan de describir todas las aristas de los problemas de la salud bucodental y la caries en particular para ser tomados en cuenta en el acercamiento al objeto de estudio de la presente invesigación.

Las perspectivas teórico-metodológicas, así como la relación entre los niveles de jerarquización de los conceptos y categorías, son discutidos en el capítulo tres, sobre todo por el interés que se tiene de abordar el problema desde una perspectiva de la cultura, vista como totalidad, es decir como

categoría amplia que contiene conceptos importantes que remiten a las relaciones entre el PSEA bucodental y sus percepciones y respuestas dentro de las clases sociales, la producción y la reproducción de la vida social-material.

El problema planteado requería de diferentes modos de abordarlo, por lo que fue necesario recurrir a una metodología cualitativa y una cuantitativa, que ayudaran a concretar los resultados acerca del problema de la percepción de las madres de preescolares acerca de la salud bucodental de sus hijos. De esta manera se obtuvieron resultados muy amplios pero reveladores que dieron pie a plantearse nuevos problemas pero también nuevas soluciones. Mi hipótesis era que en esa comunidad de niños existía caries dental con mucha prevalencia, como en muchas colonias de ese tipo, y que por diversas circunstancias pocas veces eran atendidos clínicamente, sin que existan además soluciones colectivas que funcionen, esto sumado a que las políticas públicas son insuficientes. Se partió del supuesto de que las madres eran las personas más cercanas a los preescolares, que ellas eran capaces de identificar enfermedades bucodentales, sobre todo la caries dental, por lo que era importante conocer si lo hacían y como lo hacían, además de saber si esto impedía o propiciaba la atención bucodental, y si se podía relacionar a estas respuestas con otros determinantes.

1.2 Modelos teóricos que explican el proceso salud-enfermedad

Las concepciones del proceso salud-enfermedad (PSE) y el desarrollo de la práctica médica son elementos que están íntimamente ligados entre sí. La concepción hegemónica del PSE ha orientado el saber y las prácticas médicas a lo largo de la historia. Las formas de entender este proceso a través de la historia del hombre son diversas. De modo esquemático las concepciones del proceso salud-enfermedad se clasificaron en cuatro grupos:

a) Mágico-religioso-empírico

b) Biologicista-Positivista

c) Sanitarista

d) Biológico-Social-Histórico

a) Concepción mágico-religiosa-empírica

Esta concepción dominó la historia del hombre durante siglos, la misma que se ha ido trasformando en determinados grupos culturales yendo de la mano con la medicina tradicional. Para esta concepción la enfermedad resulta del efecto de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa (Arredondo, 1992). Fuerzas desconocidas y espíritus (benignos y malignos), constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo ó en una sociedad (Frisancho, 2012). Lo que hace que la aceptación de la muerte sea inminente, pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. La reflexión de Arredondo (1992), es que su principal desventaja se suscribe a que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Bajo dicha concepción se identifica a las sociedades anteriores a la edad media europea, pero estas prácticas se siguen dando en la actualidad, y tienen como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Viesca, 1997).

b) Biologicista-Positivista

Esta concepción limita al PSE a sus aspectos puramente biológicos. Surgió como resultado del desarrollo de las fuerzas productivas en los países centrales y se estableció como una corriente dominante del saber y la práctica médica en la segunda mitad del siglo XIX, después de que los trabajos de Ehrlich, Pasteur y Koch que dieron herramientas fundamentales para la búsqueda microscópica de los agentes causales de las enfermedades, así como otros descubrimientos que permitieron consolidar en esta perspectiva una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas. Esta plantea la reparación del daño (atención curativa) más que su prevención; orienta sus acciones a individuos y no a comunidades, y basa una buena parte de su enfoque en la

modificación de la conducta individual del enfermo. La subespecialización en los profesionales de la salud y, por consiguiente, la fragmentación del conocimiento ha limitado las soluciones colectivas y multidisciplinarias, favoreciendo la concentración gremial del saber médico con la concomitante concentración del poder. Esta teoría ha sido sostenida por las clases dominantes y los mayores beneficios que de ella han surgido han quedado también en sus manos bajo la forma de patentes.

Dentro de la clasificación biológico-positivista se incluyen los modelos teóricos unicausales, multicausales, epidemiológicos y geográficos. Los modelos unicausales, como lo menciona Arredondo (1992), expresan al PSE como un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca al agente patógeno o al factor causal de cada enfermedad. Este modelo permitió el establecimiento de medidas de control y el desarrollo de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo. La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos, no obstante no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad, por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar la preponderancia de otros factores. El modelo multicausal se describe como la influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, siendo en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o la población. A través del análisis de las variables que incluye este modelo se puede conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre el cual se puede actuar preventivamente. Deficiencias importantes consisten en que no se establece el peso específico de cada factor y se sostiene el énfasis de lo biológico e individual, mientras que lo social aparece periféricamente incluido en el entorno, separando nuevamente lo biológico de lo social. El modelo epidemiológico incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Su limitación fundamental es que de acuerdo a esta propuesta, el valor

de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables (Arredondo, 1992).

Para el modelo ecológico, la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien es cierto que este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio, pero se limita en que no siempre interactúan con la misma intensidad y frecuencia estos tres factores. La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores geogénicos), por lo que este modelo privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social como parte de los factores geogénicos no le otorga la suficiente importancia como determinante del proceso. Estos modelos descritos por Arredondo (1992), convergen en la clasificación biológico-positivista ya que todos ellos tratan de explicar el proceso salud-enfermedad desligados de otros procesos sociales.

Como resultado de esta práctica y saber biologicistas, se ha desarrollado un inmenso complejo médico-industrial, una fragmentación de los servicios y un énfasis mayúsculo en la tecnología. La medicina, regida por el lucro, ha llevado a la atención impersonal intrahospitalaria a practicar formas aberrantes en el ejercicio médico como intervenciones quirúrgicas innecesarias y el uso desmedido de aparatos de apoyo para el diagnóstico y de terapéutica de empleo restringido, cuyos efectos se ponen cada vez más en duda en sus propios países de origen. El resultado de esta práctica ha llevado a la iatrogenia (el daño al paciente), de forma masiva sobre todo en los países industrializados. Si bien son reconocidos los avances tecnológicos y su importancia para un buen diagnóstico individual, para los colectivos estos avances no han solucionado los problemas de salud-enfermedad particularemente en las clases dominadas.

La crisis en el modelo de atención a la salud que se desprende de esta concepción Biologicista-Positivista ha sido tan notable que se han emprendido múltiples estudios para describirla y analizarla (Quevedo, 1992); esta es la concepción que reciben los estudiantes de Medicina u Odontología en nuestro país, en donde la práctica médica y la Salud Pública están orgánicamente separadas.

c) La concepción Sanitarista

El sanitarismo es una concepción también ecologista de la salud donde interaccionan dos factores en un ambiente particular: huésped y agente. Dentro del ambiente se incorpora a la sociedad en abstracto, concebida como una formación a-histórica regida por leyes naturales análogas a las biológicas. Una vez aprehendido el proceso de esta manera "integral" y fenomenológica, el sanitarismo propone no sólo tratar al individuo de acuerdo con el biologicismo, sino que con medidas sanitarias plantea soluciones "colectivas" a problemas ecológicos. Dentro de este enfoque ecléctico, tienen igual importancia la provisión de agua potable y el patrón de acumulación económico, el drenaje y las políticas internacionales en salud, el papel de la fauna nociva y el desempeño del Estado. A esta concepción la apoyan una parte importante de los trabajadores de la salud pública y tiene gran fuerza en los organismos internacionales. Su limitación es que no contempla los factores sociales como determinantes en la prevalencia de condiciones insalubres en que las diferentes clases sociales se estructuran (Arredondo, 1992).

La salud es un concepto difícil de definir y por lo tanto de cuantificar. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de la salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo". Esta definición ha sido aceptada por los gobiernos de los países pertenecientes a la OMS sin embargo, tiene problemas de orden conceptual. La definición de la OMS no otorga a la salud la categoría de fenómeno social e históricamente

determinado, además no es posible cuantificar ni evaluar el estado de salud en sus términos. La definición adoptada por la OMS está permeada por la concepción Biologicista y Sanitarista.

El modelo económico neoliberal ha adoptado una concepción sanitarista que incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud-enfermedad y conceptualiza a la salud y a la enfermedad como bienes de inversión y de consumo sin darle el peso correspondiente a sus determinantes. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de las determinantes de la salud y la enfermedad. De acuerdo con Arredondo (1992), incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión más amplia del determinante social, pero bajo esa perspectiva existe el riesgo de adoptar una visión reduccionista hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes que además, sólo son la sustitución de las determinaciones sociales por “los factores de riesgo”. De este modo no se busca mejorar la salud de las colectividades sino saber en dónde se puede invertir para mayor beneficio económico, resultando la salud una valiosa mercancía. Esta propuesta de análisis es paralela al surgimiento de la economía de la salud en años recientes (López y Blanco, 2001).

d) La concepción Biológico-Social-Histórica

Esta concepción propone una integración de las ciencias naturales y las sociales que permite concebir al PSE como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida. Esta concepción ha sido desarrollada y consolidada por investigadores contemporáneos, aunque reconocen que se puede rastrear desde los avances aportados anteriormente por médicos y sanitaristas como Neumann, quien en 1840 afirmaba que las ciencias médicas son intrínseca y esencialmente ciencias sociales. En ese sentido han sido importantes los trabajos de Johan Peter Frank y Rudolph Wirchow (Sigerist, 2006), quienes los siglos XVIII y XIX afirmaban que

las enfermedades, en concreto la tuberculosis, siguen un patrón de distribución de acuerdo a la inserción social. El filósofo inglés Friedrich Engels describe la situación sanitaria de la clase obrera en Inglaterra a mediados del siglo XIX y con esto marca una de las aportaciones más importantes para esa nueva concepción de entonces. Una de las constantes del discurso de esta corriente es el planteamiento de una visión crítica, tanto del saber como de la práctica médica, que ubique los fenómenos de la salud en toda su amplitud hasta llegar a sus relaciones últimas con la sociedad en su conjunto; Henry E. Sigerist y George Rosen (Rosen, 2005), analizaron la evolución de las instituciones médicas y de salud pública acercándose a una explicación histórica. Canguilhem (1964) desde una perspectiva crítica reconoce que las concepciones acerca de lo "normal" y lo "patológico" están enraizadas en contextos socio-históricos definidos.

1.3 La salud-enfermedad como proceso social y cultural

México es un país capitalista, más concretamente presenta un capitalismo periférico y dependiente (Amin 1976) , que además está inserto en el proceso de globalización con prácticas políticas de corte neoliberal. El capitalismo es definido y entendido en el presente trabajo como un sistema económico basado en la propiedad privada de los medios de producción, en la existencia de clases sociales y en dinámicas específicas para cada una de ellas, las cuales determinan su papel en los procesos productivos y en los modos de reproducción social. Se reconocen las siguientes características del modo de producción capitalista:

1) Todo el producto social y no solo una fracción del excedente, como ocurre en los modos tributarios, toma la forma mercantil, es decir se vuelve mercancía. En este sentido, el Proceso-Salud-Enfermedad-Atención también se vuelve una mercancía, particularmente la atención toma características principalmente mercantiles.

2) La reproducción social de la fuerza de trabajo se realiza en el ámbito de la desigual distribución de la riqueza, expresada también en el acceso a los

bienes y servicios con los que cuentan los diferentes grupos sociales, lo que produce y reproduce las inequidades estructurales que derivan de su diferente inserción en el proceso productivo y el PSEA.

3) La clase dominante también lo es –de manera muy importante- política e ideológicamente, quedando las clases dominadas, subordinadas y en ciertos casos, reducidas a una condición de *aliadas*. Si el pensamiento y acción de las clases dominantes subordina a las clases dominadas, existe entonces una contradicción con lo que las clases sociales subordinadas pueden pensar y hacer respecto de su salud y sus enfermedad.

El PSEA se da de manera distinta en los diferentes grupos, subjetivamente, por las maneras en las que se piensa este proceso. El predominio de la ideología dominante es otra forma que determina la subordinación, esto se refleja en la formas de entender a la salud y la enfermedad. Dada la complejidad de los procesos de trabajo en una sociedad como la nuestra, interesa resaltar a sus dinámicas específicas como una determinación social del PSEA.

El modelo médico hegemónico no considera las relaciones sociales imperantes que prefiguran las condiciones materiales adversas para la salud de los enfermos, ni explica las inequidades subyacentes a los problemas de salud-enfermedad (Menéndez, 1985). En rigor, dichas relaciones e inequidades solo podrían transformarse mediante un cambio estructural que diera paso a una sociedad en la cual se eliminaran las verdaderas causas que son fuente de explotación y desigualdad social (Marx, 1989).

Las clases sociales en una misma sociedad enferman y mueren de modo distinto, lo que permite conformar características comunes dentro de cada proceso, es decir determinar los perfiles patológicos que presentan los grupos sociales, de tal manera que las clases sociales que la integran mostrarán condiciones de salud distintas (López y Blanco, 1994). La salud y la enfermedad son procesos sociales e históricos, las características concretas que manifiestan en una persona son determinadas por las condiciones materiales de su existencia de las cuales no puede excluirse (Solano, 2003).

El individuo puede influir sobre su entorno personal, familiar y de grupo

para alterarlo a fin de lograr mejores condiciones de vida y trabajo, para mantener la salud y alejar a la enfermedad hasta donde los condicionamientos sociales y físicos lo permitan. Breilh (1994) menciona que la salud humana no es un fenómeno solamente biológico, es un proceso socio-biológico integrado y dinámico, porque el ser humano es social por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, por lo que se origina una transformación mutua; los procesos biológicos forman parte constitutiva de los fenómenos sociales, no hay tal separación en la realidad.

La salud y la enfermedad son atributos de la vida humana y por ello están presentes en cualquier sociedad, pero dependen de las relaciones que se den en ella. Ambos elementos, así vistos, son básicamente culturales, es decir, dependen de la concepción del mundo que un grupo o un individuo tienen de acuerdo a su inserción social y a sus prácticas cotidianas. Son por ello subjetivos e históricos y coexisten diferentes concepciones sobre ellos en la sociedad. El atributo esencial de la salud y de la enfermedad es su historicidad, el que sean procesos que se transforman de acuerdo a las características propias de cada sociedad. Sus transformaciones dependen de las relaciones que las clases dominadas y las dominantes tengan en sociedades específicas.

La salud y la enfermedad poseen una condición objetiva y una subjetiva, suceden independientemente de lo que cada sociedad, cada grupo, cada individuo piense acerca de ellas. Pero también se tiene una interpretación de las mismas y una forma de enfrentarlas. La salud va unida a la idea de “sentirse bien” de “bienestar”, es una percepción no necesariamente concordante con ausencia de enfermedad desde una visión médica. El nivel social puede analizarse en dos subniveles: el individual y el colectivo, el individual contiene lo biológico y lo psicológico como características de los seres humanos. El colectivo considera sus condiciones histórico sociales además de las biológicas. Querer reducir al ser humano a sus atributos biológicos individuales también es consecuencia de las condiciones histórico-sociales que influyen de manera determinante en el desarrollo de la ciencia en un momento histórico particular.

Salud y enfermedad no son fenómenos opuestos, ya que la salud tiene un sentido mucho más general que la enfermedad. Así podemos sentirnos “bien”, sentirnos “sanos” y tener alguna enfermedad. Esto no quiere decir que nuestra percepción sea equivocada, sino que en este caso la salud no es lo opuesto a la enfermedad. La enfermedad no se ve necesariamente como algo negativo.

Las condiciones concretas en que las personas se reproducen (viven, trabajan y consumen) determinan su perfil de salud-enfermedad. Se entiende por éste las diversas expresiones o manifestaciones psíquicas y físicas de los grupos humanos en sociedades específicas que se definen por sus características de inserción social. No sólo expresa las condiciones de salud o las condiciones de enfermedad y muerte de un grupo humano, sino todas en su conjunto. Las manifestaciones patológicas: síntomas, enfermedades claramente reconocidas (sean o no reconocidas como del trabajo), los accidentes, la fatiga patológica, la muerte, son el conjunto de elementos que conforman el perfil patológico de un grupo.

La salud no es mesurable ni se puede basar solo en un estudio cuantitativo, lo que si es posible demostrar es la ausencia o presencia de alguna enfermedad o de varias, considerando que la salud o la enfermedad no son elementos antagónicos sino partes constitutivas de un mismo proceso. Aun en el caso de que pudiera comprobarse la ausencia de todas las enfermedades posibles esto no se relacionaría sinonímicamente con la salud y las percepciones que se tienen de ella. De igual forma la la presencia de ciertas enfermedades puede ser compatible con un estado de “salud”. La salud es mucho más general que la enfermedad y depende de la relación que establece el individuo con los demás hombres y con la naturaleza. La salud es un atributo individual, colectivo, cualitativo, subjetivo, e histórico concreto. Por eso es imposible fijar los límites entre la salud y la enfermedad.

Finalmente, se enfatiza en que el PSEA en el proletariado[5] no es algo abstracto, se expresa en hechos concretos, históricos. La explotación de este

[5] El proletariado es la clase social moderna que no posee medios de producción propios, que sólo puede vivir vendiendo su fuerza de trabajo y que sólo encuentra trabajo en la medida en que éste alimenta al

grupo humano trasciende el ámbito fabril o de lugar de trabajo para proyectarse en todos los órdenes de la vida social: carencia de medios económicos para adquirir alimentos, vivienda, vestido, transporte, poco o ningún dinero para invertir en educación, arte, política, recreación; la ausencia de condiciones para que las personas desarrollen todas sus potencialidades.

El análisis de los procesos vitales como la concepción, el crecimiento, la sexualidad, así como la salud-enfermedad, parte de la comprensión de las dimensiones biológica y social. Desde la comprensión de la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza humanizada y de la construcción de los individuos como seres sociales, se ubican los diferentes planos del análisis de la salud colectiva, que como campo de conocimiento se propone dar explicaciones más amplias sobre la salud, la enfermedad, la atención y los procesos vitales humanos (López y Peña, 2006).

1.4 Proceso salud- enfermedad-atención (PSEA) en Odontología y su contexto

El PSE incluye todos los aspectos relacionados con los ciclos vitales de los seres humanos en cualquier sociedad y momento histórico. Sin embargo, para ser más completa, a dicha definición debe incluirse el proceso de atención a la salud, que del mismo modo que los demás aspectos es histórica y concreta permitiendo generar el concepto de Proceso-Salud-Enfermedad-Atención (PSEA).

La salud buco-dental y su relación indisociable con el PSEA en general es el objeto de estudio que es analizado en este trabajo bajo el enfoque médico-social-histórico descrito anteriormente.

Las enfermedades bucodentales, entre las cuales la de mayor prevalencia es la caries dental, también afectan a individuos y grupos reflejando el contexto de la desigualdad social. Personas pertenecientes a las clases dominadas presentan caries dental y otros tipos de patología sin tener oportunidad de

---

incremento del capital. Clase media, pequeños industriales, comerciantes y rentistas, artesanos y labriegos, son absorbidos por el proletariado (Marx y Engels, 1847).

atenderlas antes de que se conviertan en infecciones agudas o crónicas debido a que el acceso a la atención bucal está determinado por la capacidad de pago de las personas. Por lo tanto estas personas quedan excluidas ya que este tipo de atención tiene costos elevados y las instituciones públicas tienen restricciones en cuanto a la disponibilidad de recursos, problemas de acceso y baja cobertura, tanto en tratamientos simples como especializados.

En México más del 90 por ciento de la población presenta caries dental, una de las enfermedades más frecuentes en los seres humanos, sin embargo, se ha mostrado que este padecimiento y otros problemas bucales, afectan en mayor medida a las clases dominadas (Medina-Solís et al., 2006).

En la presente investigación se considera a la salud bucal como resultado de la interacción entre condiciones individuales y sociales que determinan el estado de salud bucodental de niños en edad preescolar. Para entender dicha interacción se utilizan categorías de la ciencia social como: formación social, cultura y clase social, PSEA y respuestas culturales (Menéndez, 1990).

CAPÍTULO 2

2. ANTECEDENTES

2.1 La distribución de las enfermedades buco-dentales en México

La caries dental y la enfermedad periodontal se consideran como las dos enfermedades bucales a nivel global más importantes. Actualmente, la distribución y la severidad de enfermedades bucales varían en diversas partes del mundo y dentro de las diferentes regiones.

La caries dental es un problema de salud bucal prevalente en la mayoría de los países industrializados, afectando entre el 60 y 90 por ciento de la población escolar y a la mayoría de los adultos. Es también la enfermedad bucal más frecuente de varios países asiáticos, latinoamericanos y del Caribe, teniendo mayor prevalencia en personas que viven en condición de pobreza (Medina-Solís et al., 2006). La OMS reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades bucales y en la posibilidad de recibir tratamientos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que las familias de bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislados geográficamente, además de los migrantes y los individuos con discapacidad, son los que menos atención reciben y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales. En México la caries presenta una prevalencia del 90 por ciento en la población en general, y una alta demanda en los servicios, a pesar de que la sal está fluorurada y se han observado modificaciones en su incidencia y severidad (SSa, 2010). Es una de las enfermedades más presentes en los seres humanos, sin embargo se considera que su importancia es mínima ya que pocas veces provoca la muerte a pesar de que produce dolor y limita las funciones en la vida cotidiana del enfermo. Además tiene repercusiones importantes en el desarrollo de los niños, por ejemplo en el lenguaje y la

alimentación, y es posible señalar casos de muerte por complicaciones infecciosas severas resultado de la caries.

La salud bucal no se puede separar de la salud general, comúnmente se observa a través de indicadores específicos, que solamente detectan las secuelas de las enfermedades bucales[6]. Entre los indicadores de Salud Bucal se encuentra el índice de caries dental (CPOD, que mide el promedio poblacional con el número de dientes cariados, perdidos y obturados), y muestra problemas de salud no resueltos, resueltos presentes y futuros en cuanto a caries dental. De acuerdo a lo anterior, la OPS desarrolló el Plan Regional Decenal sobre Salud Buco-dental (OPS/OMS, 2006), del cual México forma parte. En él se definen las estrategias y metas para los países de la región, con base en el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años (CPOD-12) sin embargo, ninguna de las metas que desarrolla el Plan Regional tiene contemplada la percepción de las poblaciones.

La clasificación internacional utilizada para obtener el perfil de CPOD por países se dividió en tres etapas, las cuales corresponden a la gravedad de la caries dental conforme a lo siguiente:

1) Emergente: definida por un CPOD- a los 12 años de edad, de más de cinco y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.
2) De crecimiento: definida por un CPOD-12 entre tres y cinco y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.
3) De consolidación: definida por un CPOD-12 de menos de tres y la existencia de un programa nacional de fluoruración de la sal. México, según esta clasificación se encuentra en el nivel de crecimiento, puesto que cuenta con el Programa Nacional de Fluoruración de la Sal de Mesa (OPS, 2006).

De acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales, 2007 (SIVEPAB), con información de usuarios que

[6] Actualmente se ha desarrollado otros indicadores como son los de calidad de vida y salud bucal (OHRQL), por sus siglas en inglés.

acuden a los servicios de salud odontológicos de las instituciones, el 100 por ciento padece caries dental y 53 por ciento presenta algún grado de enfermedad periodontal, por lo que se requiere conocer el comportamiento de estas enfermedades en el resto de la población (SSa, 2011).

La Figura 1 muestra un elevado índice de caries dental en todos los grupos de edad, así como el aumento paulatino en la pérdida de dientes a través del tiempo, observándose más de 10 dientes en promedio después de los 65 años. Sólo tres dientes han sido tratados en promedio en todos los grupos de edad, lo que genera un índice de necesidades de tratamiento de más del 70 por ciento. En cuanto a las enfermedades periodontales, la población usuaria muestra una prevalencia promedio del 70 por ciento en el grupo de 30 a 50 años de edad, en el que se presentan las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor frecuencia. En mujeres en edad reproductiva, esta cifra es de 60 por ciento (Flores *et al*., 2011).

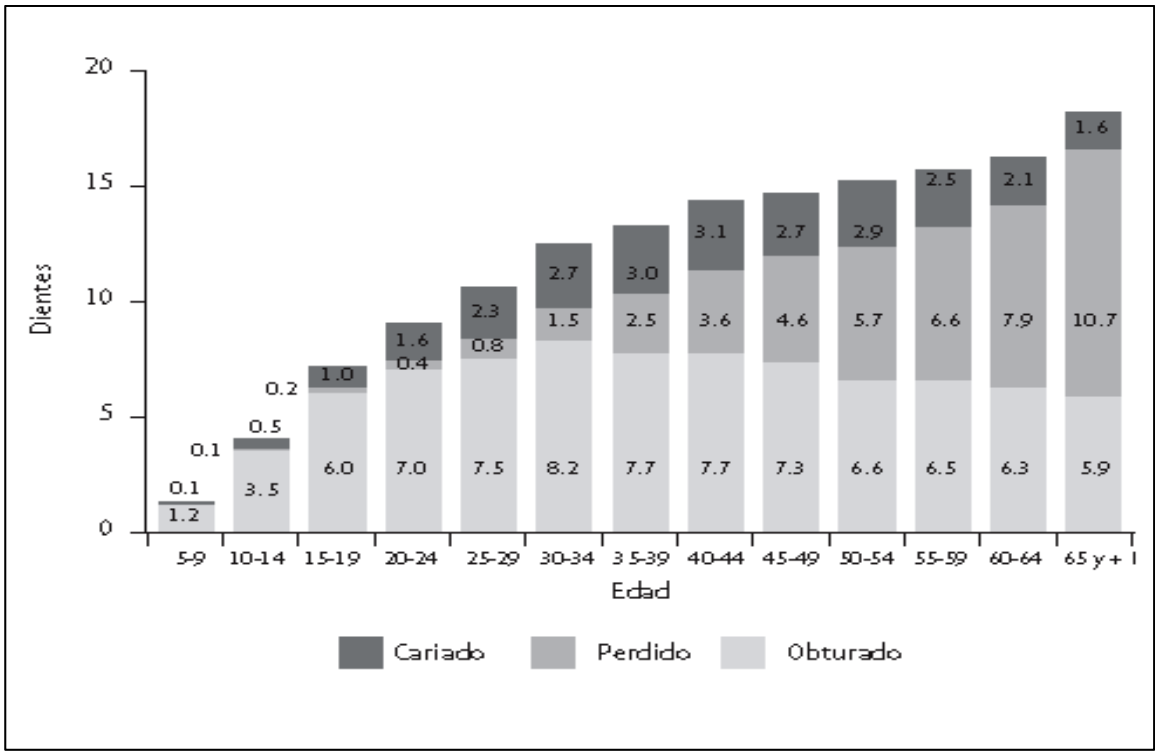


Figura 1. Distribución del índice CPOD por grupos de edad. Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (2007).

Un índice como el de la caries dental tendría que incorporarse para analizar las condiciones de salud y el acceso a servicios odontológicos de la población, ya que a través de éste, se observa el número de dientes con tratamiento y los que han sido extraídos por caries, lo cual significa atención tardía.

El proceso carioso por su alta prevalencia así como por la severidad de algunos de sus síntomas como el dolor, la infección aguda y crónica, la pérdida de dientes, la halitosis (mal aliento), ha orientado la respuesta social, tanto de los odontólogos como de las instituciones sanitarias, y ha favorecido la implementación mundial de programas masivos de prevención como la fluoruración del agua y de la sal de mesa.

La fluoración del agua reduce la prevalencia de la caries en un 84 por ciento, con un costo de seis centavos de dólar por año, lo que constituye una de las medidas preventivas que tiene mejor costo-efectividad de acuerdo con la OPS (OPS, 2006).

La salud bucal en niños de edad preescolar mantiene relevancia ya que a pesar de las acciones anteriormente mencionadas, los problemas de caries, gingivitis y otras patologías bucales se inician a temprana edad. Las vías convencionales para afrontar dichos problemas resultan insuficientes al no considerar otras problemáticas de salud en su entorno social y cultural, así como al omitir su relación con las condiciones de vida. La sociedad mexicana en su conjunto, a través de sus instituciones, no ha desarrollado políticas públicas, recursos humanos, ni infraestructura suficientes para dar una solución adecuada a problemas como los de salud bucal. Esto a pesar de su alta prevalencia, que puede acarrear enfermedades sistémicas, problemas nutricionales, y en general afectar la vida de los niños y sus familias. El acceso a la atención es francamente insuficiente y la atención tardía, discontinua y de baja calidad técnica debido a la constante falta de recursos en los sistemas públicos de salud.

Partiendo del hecho de que México tiene una distribución desigual de las enfermedades bucodentales según la clase social a la que se pertenezca, el

presente trabajo se centra en un segmento de las clases dominadas, asumiendo que en ellas la situación de la salud y la enfermedad bucal tienen una incidencia mayor que en las clases dominantes (Abadía, 2006). Por ejemplo, en niños que acuden a escuelas públicas en el D.F. y en el Estado de México, la prevalencia de caries es superior al 80 por ciento (ENCD, 2001). Por otra parte, Medina-Solís (2006), al comparar grupos sociales con diferentes condiciones socioeconómicas concluyen que los niños de menor posición socioeconómica tuvieron mayor experiencia y severidad de caries dental en la dentición temporal y permanente.

Si bien la fluoración del agua o la sal de mesa disminuye el índice de caries, en América Latina se debe considerar que municipios más pobres y menos desarrollados pueden no recibir agua fluorada por falta de infraestructura y que aún se debate el riesgo/beneficio entre el flúor como agente protector de caries y como causante de fluorosis dental y esquelética (Abadía, 2006).

En el caso de México, se cuenta con el Programa Nacional de Fluoruración de la Sal de Mesa desde el año 1992, el cual ha mostrado su eficacia en la reducción de la incidencia de caries dental, sin embargo es evidente que a pesar de dicha medida la población sufre elevados índices de morbilidad por las dos enfermedades bucales más comunes, caries y enfermedad periodontal, las cuales son prevenibles (Abadía, 2006). Otras medidas podrían responder a los intereses del mercado por la reproducción del propio capital.

> En cuestión de políticas, la OMS ha insistido, desde 1994, en que una medida de salud pública de interés para los países puede ser la excención de impuestos y aranceles que se aplican a ciertos productos cosméticos como son las pastas dentífricas con flúor para que a las personas les resulte más fácil comprarlas. Tal recomendación es muy sospechosa, ¿por qué un organismo internacional de salud sugiere políticas públicas que benefician a ciertas compañías multinacionales de cosméticos? (Abadía, 2006).

Por otro lado se sigue investigando sobre los factores de riesgo individual, los hábitos alimenticios y las medidas de higiene, e insistiendo en que los

cambios de mentalidad mediante educación dirigida resultarán en éxitos preventivos (Petersen, 2003). Estos estudios reflejan lo que las personas piensan acerca de sus enfermedades, sin embargo, cambiar la mentalidad es un proceso que requiere no solo programas de salud, si no el cambio de sus condiciones materiales de vida y la concientización de ello. La estrategia de cambiar la mentalidad se ha mostrado con poco efecto en el cambio de prácticas en cuanto a la salud bucal. Estos estudios nos permiten entender que una educación dirigida sin condiciones que garanticen que lo aprendido pueda ser llevado a la práctica no alcanza sus objetivos, ya que se parcializa el problema a la conducta individual sin tomarse en cuenta las determinantes político-económicas que originan el problema.

Por otro lado, respecto a las investigaciones de factores de riesgo en salud bucal, en el entorno familiar y social en donde viven los preescolares, el papel de las madres y/o cuidadores es considerado muy influyente ya que son ellos los que, en primera instancia, identificarán las enfermedades de los niños y tratarán de solucionarlas, esto determina en gran medida su desarrollo. Si bien esto es cierto que "la madre es una institución histórica, clave en la reproducción de la sociedad, de la cultura, de la hegemonía, y en la realización del ser social de las mujeres" (Lagarde, 2005), a las madres se les atribuye de manera exclusiva la formación de otros seres sociales; la madre construye la forma de vida que llevará otro ser de acuerdo a sus condiciones sociales y culturales. La *mujer madre* (Lagarde, 2005), es quien ejerce los rituales domésticos o sociales, los cuidados que forman parte de su condición histórica; ellas están destinadas al cuidado de la vida de otros. Así, las madres son reproductoras de la cultura. Sin embargo, las madres y/o cuidadores pueden no tener los elementos suficientes para identificar y resolver ellas mismas problemas de este tipo, y responsabilizarlas por la salud y el cuidado de la familia, en particular de los hijos, es finalmente una estrategia tramposa del sistema que ha sido asumida como natural y por tanto normalizada en el imaginario social. No obstante, el presente trabajo sugiere que ellas, de alguna manera, pueden identificar problemas en la salud bucal de sus hijos en un proceso de intercambio de

conocimientos, algunos provenientes de la información de los medios, otros a través del intercambio con familia, con otras madres y con los profesionales de esta materia.

2.2 Caries dental, la enfermedad bucal más frecuente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caries como un proceso localizado de origen multifactorial caracterizado por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad; si no se atiende oportunamente afecta la salud general y la calidad de vida (OMS, 1987).

Se suscribe en una serie de conceptualizaciones médicas que provienen de occidente y que fueron descritas generalmente para todo el organismo humano. Caries quiere decir putrefacción; necrosis molecular de un hueso en la que este se ablanda y se hace poroso, produce inflamación crónica del periostio y tejidos circundantes (Jablonski, 1992). Se consideró que los tejidos duros de los dientes eran parecidos a los de los huesos y por ello se particularizó el concepto de caries dental.

La caries dental es la más frecuente de todas las enfermedades humanas, respecto a dicha enfermedad se han propuesto varias teorías etiológicas (Jablonski, 1992). La teoría de Miller, que ha trascendido hasta nuestros días, denominada teoría químico-parasitaria, expresa que la caries se desarrolla como resultado de la capacidad de las bacterias para producir ácidos a partir de hidratos de carbono provenientes de la dieta. Como resultado de investigaciones más recientes y con el intento de homogeneizar el concepto, en 1947 se enriqueció la teoría de Miller sobre la caries dental, describiéndose a la enfermedad como una enfermedad de los tejidos calcificados del diente provocada por ácidos que resultan de la acción de microorganismos sobre los hidratos de carbono; su mecanismo se caracteriza por la descalcificación de la sustancia inorgánica que va acompañada y seguida por la desintegración de la sustancia orgánica, su localización se da preferentemente en ciertas zonas y su tipo depende de los caracteres morfológicos del tejido. Otros factores que

intervienen son el grupo enzimático, azúcares, *Lactobacullis*, placa adherente y solubilidad del esmalte. El concepto más actual se desarrolló por el progreso de investigaciones y múltiples observaciones clínicas y experimentales. Se sugiere que la etiología de la caries sea enfocada desde diferentes puntos de vista, se ha demostrado que ésta infección es transmisible. En la década de 1960 Keyes, Gordon y Fitzgerald (en Barrancos y Barrancos, 2006), afirmaron que la etiopatogenia de la caries obedece a tres elementos o factores principales: un factor microorganismo que en presencia de un factor sustrato logra afectar un factor diente. Konnin señaló después el factor tiempo, si estos condicionantes se interrelacionan sólo durante un periodo muy breve la enfermedad cariosa no se produciría, por lo tanto agregó que el tiempo de interacción de estos así como diversas variables e interrelaciones que inciden en este proceso. Roidtt y Lehrn modificaron el esquema de Konnin al sustituir el tempo por anticuerpos. Larmas integró todos los factores anteriores en dos factores primarios; a) susceptibilidad del huésped, y b) actividad microbiana. Los factores restantes relacionados con este sistema se denominaron secundarios, los factores secundarios relacionados con la susceptibilidad son: a) resistencia dental, que incluye esmalte, dentina, flúor, factores genéticos y propiedades intrínsecas, b) saliva, que incluye velocidad de flujo, taponamiento, anticuerpos, enzimas, urea e iones, c) alimentación, que incluye vitaminas y hormonas. Los factores secundarios relacionados con la actividad son: a) adherencia, que involucra hábitos alimenticios, higiene bucal, dextranos y enzimas, b) producción de ácido, que involucra ecología de la biopelícula o placa dental, interferencia bacteriana y comida azucarada, c) crecimiento microbiano, que involucra nutrientes, medicamentos y virulencia. También son importantes los factores socioeconómicos y culturales que no sólo condicionan los hábitos dietéticos y la higiene bucal, sino además modulan la respuesta inmune en el ámbito de la cavidad bucal a través de la saliva y el exudado gingival. Se puede afirmar que la caries dental se inicia cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (huésped), se mantiene el tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos), alcanzan una alta

concentración en la placa dental. Por aporte excesivo de azúcares en la alimentación (sustratos) (Barrancos y Barrancos, 2006).

La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental, así como también con una etiología genética. El pH de la saliva genera condiciones favorables para la destrucción del esmalte y la dentina, pudiendo provocar su inflamación, pulpitis y la posterior necrosis (muerte pulpar). Si el diente no es tratado puede producirse la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz) produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso, una celulitis o incluso una angina de Ludwig (Negroni, 2004).

El carácter social de la enfermedad determina en buena manera cómo se dan los factores químicos y específicos dentro de cada individuo. La asociación entre la ingesta de azúcares, carbohidratos y ácidos contenidos en bebidas y alimentos es correcta, sólo habría que agregar que los colectivos pueden estar restringidos o expuestos al consumo de estos alimentos en mayor medida según el contexto social en donde se ubiquen, la clase a la que pertenezcan. Un enfoque completo permitiría observar las razones de la incidencia elevada de caries dental en el contexto de un mundo globalizado, así como a preguntar cómo esto afecta a un grupo más que a otros, y como las diferencias también radican en el acceso diferenciado a la atención en materia de salud bucodental.

La relación entre errores en las técnicas de cepillado, la ausencia del hilo dental y la incidencia de la caries dental, es también parte del conocimiento de la biomedicina. No es equivocado señalar dicha relación, sin embargo en el contexto de la vida cotidiana esta práctica puede no ser entendida por los grupos que padecen la enfermedad. Podría reducirse a un error en las técnicas o podría indagarse a fondo y relacionar la falta de cepillado o uso del hilo dental, más que a un error individual en la técnica, a un problema con múltiples aristas que conduce a problematizar a la caries y otras enfermedades bucales, no en torno a factores de riesgo, sino a entenderlas como un problema social, y como un proceso que incluye elementos determinantes como las condiciones de vida.

2.3 Los niños(as) como grupo en riesgo

Más de cinco millones de niños mueren cada año por causa de enfermedades, infecciones y accidentes relacionados con el entorno que los rodea; sencillas medidas que mejoraran dicho entorno podrían prevenir las muertes infantiles debidas a infecciones respiratorias agudas, enfermedades de transmisión vectorial como la malaria y la diarrea. Sin embargo esas muertes ocurren debido a que sus condiciones de vida son precarias y en muchos casos miserables.

La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial, iniciando desde edades tempranas, afectando a los niños y niñas desde que inicia su dentición temporal. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales y económicos del ambiente y del comportamiento (Toscón y Cabrera, 2005). Lo anterior conduce a la necesidad de replantearse la forma de estudiar a la enfermedad como un proceso, tal como ocurre en este trabajo.

En México contamos con información sobre la magnitud de los principales problemas bucales llevados a cabo mediante esfuerzos aislados que han permitido esbozar los rasgos generales de los problemas más importantes. De La Rosa realizó un estudio en niños de seis a 15 años de edad en el que observó altos índices de caries, con promedios de 3.78 a 6.05 dientes afectados por caries a los 12 años de edad, según nivel socioeconómico (De la Rosa, 1978).

En una encuesta realizada por la Secretaría de Salud en 1980 en el DF se pudo observar que 95.5 por ciento de los niños entre seis y 14 años padecían caries dental. Jensen y Hermosillo (1983), reportaron una prevalencia de caries en niños de 12 años de 97.3%. Sánchez (1995) reportó en niños de 12 años un promedio de 8 dientes afectados por caries y una prevalencia de 100 por ciento. Entre 1987 y 1989, la Secretaría de Salud realizó el levantamiento de índices de caries en diversos estados de la República, observando que el índice de caries

fue mayor a tres en la mayoría de los estados. Maupomé y colaboradores (1993), encontraron una alta prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas en diversas regiones de México.

Estudios en México observaron una prevalencia de caries de 90 por ciento en niños de seis a 12 años de edad, con un promedio de 4.4 dientes afectados a los 12 años (Irigoyen y Szpunar, 1994). Se observaron índices de caries de 5.6 y 4.8, respectivamente, en dentición temporal de niños de seis a siete años de edad, así como que la prevalencia de caries se encontraba alrededor del 90 por ciento en niños de 12 años.

Diversos estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños de 12 años en México se encuentra entre el 70 por ciento y el 85 por ciento en la dentición permanente, y de un 50 por ciento en la dentición temporal. Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental (1996-2000), la prevalencia de caries en niños de seis años es 61.8 por ciento y el promedio de CPOD a los 12 años es 2.23. A medida que aumenta la edad del niño, aumenta también la frecuencia de caries (Walter *et al*., 2000). Asimismo, ha sido demostrado que la caries dental en esta edad puede predecir el comportamiento de esta enfermedad en la dentadura permanente y otros problemas de salud bucal, derivados de hábitos nocivos tales como la succión digital, la respiración bucal, la deglución atípica y otros, pueden presentarse en los niños y afectar su salud bucal futura (Irigoyen *et al*., 2001; Cartes-Velásquez *et al*., 2012).

Las cifras contribuyen a comprender la magnitud del problema en los niños, sin embargo, es necesario entender que el problema no estaría planteado adecuadamente para su solución sin una visión integral, por lo tanto es indispensable considerar la percepción de las personas que la padecen.

Los niños se han convertido en vehículos que trasladan el mercado al hogar, en el eslabón entre los anunciantes y los bolsillos de las familias (Schor, 2004). Los más jóvenes son depositarios del saber y la conciencia consumista, son los primeros en adoptar muchas de las nuevas tecnologías o en desearlas; son los miembros del hogar que muestran un deseo más fuerte por los artículos

de consumo y los que están al corriente de los distintos productos, marcas y modas. Los mundos sociales de los niños se construyen cada vez más entorno al consumo, pues las marcas y los productos han pasado a determinar quien está al día, quien merece tener amigos y estatus social.

Este estudio se desarrolló en un jardín de niños debido a la concentración de los sujetos de estudio: los preescolares y sus madres, por lo que ese lugar permite tener encuentros con las madres sin dejar de lado los contextos fuera del propio jardín tanto de las madres como de sus hijos. Se considera a las enfermedades bucales como un problema que tiene que ver y afecta el desarrollo de los niños y debe entenderse que el PSEA se da en diferentes contextos. Hojholt (1997), propone que los problemas se construyen como parte de los conflictos sociales en y entre varios contextos donde diferentes partes contribuyen al desarrollo del niño y a sus problemas. Los conceptos se construyen en los conflictos, pero explícitamente no reflejan estos conflictos. Por el contrario el desarrollo del niño y especialmente sus problemas se construyen como si estuvieran determinados por lo que sucede solo dentro de un contexto social considerado aisladamente.

No fue la intención del presente estudio aislar el contexto familiar del resto, sin embargo la consideración para centrar el estudio fue el supuesto de que las madres son las personas que conviven mayor tiempo con los niños, y que ellas influyen fuertemente en las prácticas en salud bucal; sin embargo, el hecho de estudiarlas en el contexto escolar forma parte importante de la investigación. En México la estructura familiar ha sido considerada como elemento importante del surgimiento de la problemática en salud en general, en este trabajo, se buscó articular a la familia con los diversos contextos en los que el tema de salud bucal puede estar relacionado.

En la presente investigación las maestras son importantes ya que influyen y comparten tiempo con los niños. Además en este caso son sujetos clave para la elaboración de programas de educación para la salud bucal. Sin embargo, queda pendiente el estudio de su papel, pues ellas son parte central en la

estructura de la escuela y por consiguiente son importantes en el desarrollo cultural de los niños y sus madres.

2.4. La odontología como práctica que evidencia las desigualdades sociales

La práctica odontológica consiste en actividades diagnósticas y terapéuticas que se realizan, por lo general, en consultas privadas y consultas públicas. Las consultas en servicios de salud públicos no necesariamente son gratuitos, generalmente ofrecen cuidados considerados como básicos, y su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, incluyendo rehabilitaciones simples y complejas.

Los profesionales que practican la odontología en el sector privado negocian con la capacidad de pago de las personas y, en muchos casos, los profesionales practican su profesión en varios sectores sociales y combinan las consultas privadas y públicas. La negociación entre profesional de la salud y paciente se basa en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población: la población tiene acceso a servicios privados, es decir, basadas en las leyes de la oferta y la demanda. Bajo esta perspectiva es que se responsabiliza a cada persona por sus cuidados y situación de salud y por la búsqueda de servicios para su tratamiento.

Este tipo de sistemas, basado en los mercados, no contempla respuestas frente a los factores sociales de los PSEA ni reconoce necesidades específicas en salud de poblaciones más vulnerables a las enfermedades; por el contrario, refleja y afianza las desigualdades sociales de raza, género y condición socioeconómica.

En el caso de México estas diferencias en la atención odontológica se dan

en los contextos públicos y privados, en los públicos la limitación existe desde el tipo de atención que ofrecen las instituciones. Tratamientos preventivos y de bajo costo son otorgados y ofrecidos a la población, sin embargo tratamientos de costo elevado y que requieren intervenciones más complicadas no forman parte de la cartera de tratamientos del Sistema Nacional de Salud. A esto hay que añadir que los pacientes que se presentan a pedir atención odontológica cuando el problema les ha generado dolor, síntoma de un cuadro agudo que requiere de un tratamiento complejo, inexistente en el Sistema Nacional de Salud; se les ofrece como única alternativa la extracción del diente.

En México las reformas del sector salud en años recientes, siguiendo las políticas y presiones de organismos financieros internacionales, en especial del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, están desmantelando los sistemas públicos de salud y fomentando la privatización de dichos servicios. El informe del Banco Mundial de 1993 "Invirtiendo en salud" abrió la posibilidad de que el modelo de salud privatizador de los Estados Unidos, conocido como atención gerencial (*managed care*), fuera exportado a la región latinoamericana, una vez que las compañías multinacionales de seguros en salud vieron que su mercado en ese país se había saturado. Esto influye directamente en la atención y práctica odontológica pública y privada agudizando los problemas de atención para las clases dominadas.

En el presente trabajo se buscó entender la percepción de las madres de preescolares en situación de pobreza y desigualdad social y en el contexto de la grave situación de salud bucodental de la personas en ese contexto social.

Cuando en este trabajo se habla de "odontología" no se hace referencia exclusivamente a sus practicantes, sino a una actividad construida históricamente y de la cual forman parte, además de los practicantes (profesionales de la odontología), la población en general, los gobiernos a través de sus leyes, los programas sociales en salud y los mercados nacionales e internacionales representados por seguros privados y por compañías farmacéuticas, cosméticas, biotecnológicas y de materiales dentales.

CAPÍTULO 3

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Discusiones teóricas sobre la cultura.

La medicina social (MS), se enfoca en el estudio de los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad dentro de poblaciones determinadas. Al ser un campo del conocimiento (y no una disciplina científica), la MS recurre a las ciencias sociales (sociología, antropología, ciencia política, economía, filosofía), a las ciencias de la salud (epidemiología, sociología médica, antropología médica), y a las ciencias biomédicas para comprender la complejidad que entrañan los problemas de salud-enfermedad de los grupos sociales (UAM, 1975). Por tratarse de un campo multidisciplinario, la MS también recurre a diversas metodologías, técnicas e instrumentos (estadística, etnografía, entrevista) para la generación de datos (Granados y Delgado, 2006).

Diversas disciplinas están involucradas en el desarrollo de la teoría socio-cultural, entre ellas se encuentran la etnología, la antropología, la arqueología, la lingüística, entre otras. A finales del siglo XX con la introducción del posmodernismo, se ha cuestionado la insistencia en el cientificismo de los estudios sociales, así como el uso de categorías estructurales. Esta tendencia ha llevado al diseño y uso de diversas metodologías y técnicas en las disciplinas culturológicas. En la actualidad, en la antropología socio-cultural el uso de métodos cualitativos y cuantitativos se realiza de manera complementaria en función del tipo de estudio y de sus objetivos; en el enfoque materialista dialéctco el uso de categorías analíticas socio-económicas y políticas es fundamental para el desarrollo de la investigación.

Las definiciones clásicas del concepto de cultura se originan a mediados del siglo XIX, a la par de la antropología, y se desarrollan en la medida en que esta ciencia se va practicando. El estudio de la cultura desde la visión antropológica surge a partir del proceso de construcción de su objeto de estudio, de los avances y retrocesos en una dirección científica y los condicionamientos

del contexto sociopolítico en los países imperialistas donde cristalizó y se afianzó la ciencia antropológica, así como de ésta con el propio imperialismo como sistema responsable de su reconocimiento como ciencia y de su limitación parcial a nivel ideológico (Moreno, 1979).

Existen diferentes maneras de estudiar la cultura. Los antropólogos parten del análisis de una realidad social concreta, de la observación de lo que la gente hace. Sin embargo, no resulta adecuado limitar los estudios a la observación de los fenómenos y su constatación, es necesario profundizar, analizar los condicionamientos de los fenómenos o procesos observados, los valores que reflejan, los intereses y conflictos de los que son resultado. La estructura social no se confunde solo con su materia prima; las relaciones sociales, a pesar de que numerosos antropólogos ingleses realizaran sus investigaciones bajo dicho supuesto (Moreno, 1979), la antropología como cualquier parcela de conocimiento, esta ligada en su desarrollo, a formas históricas concretas y a formaciones sociales determinadas de las que no puede abstraerse.

Una vez planteada la visión más completa de la antropología (sin detrimento de la importancia de otras ciencias sociales encargadas del estudio del hombre), es posible plantear la definición de cultura empleando también las herramientas del materialismo histórico.

Desde la de Taylor, han surgido diferentes definiciones de cultura, algunas de ellas ampliamente difundidas y no todas coincidentes. Entre las definiciones de mediados del siglo XX planteadas en Estados Unidos, se encuentra la de Ralph Linton quien afirma que *"la cultura es la suma de conocimientos, actitudes y modelos habituales de comportamientos que transmiten los miembros de una sociedad"* (Linton, 1942). Hoebel (1961), plantea que la cultura es *"la suma total de las normas de conducta aprendidas e integradas, características de los miembros de una sociedad y que, por tanto no son resultado de herencia biológica".* Mair (1970), dice que *"es el modo en el que se expresan y simbolizan las relaciones sociales".* Mientras que las primeras definiciones se encargaron del estudio impersonal de los hechos e instituciones de una determinada cultura y prestaron poca atención a la subjetividad o a la vida interior de los miembros

de una cultura, las definiciones de los años 60 y 70 enfatizan las relaciones sociales y la influencia de ciertas instituciones y pautas culturales sobre la personalidad y el carácter de sus adherentes. La definición de Tylor, no planteó un modelo para su estructura y modo de funcionamiento; aparentemente, formaba parte del escepticismo respecto a la posibilidad de descubrir leyes culturales.

Como puede apreciarse, la diversidad de definiciones refleja la ausencia de consenso, pues cada una responde al momento y objetivos que se planteaban al hacer sus estudios cada uno de los autores.

El estructuralismo, una corriente antropológica, propone que el estudio de los fenómenos sociales sea abordado a partir de sistemas de signos y símbolos, no sólo como sucesos, sino como significaciones. Lévi Strauss (1968), genera un cambio de rumbo en la antropología al adoptar el método estructuralista elaborado por Jakobson y Troubetzkoï en el campo de la lingüística. En su teoría Strauss señala que la noción de estructura social no se refiere a la realidad empírica, sino a modelos construidos de acuerdo con ella, como señaló en su artículo *"la noción de estructura en la etnología",* donde establece que para merecer el nombre de estructura, los modelos deben ser objeto propio de los análisis estructurales y satisfacer ciertas condiciones. En primer lugar, la estructura presenta un carácter de sistema; consiste en elementos tales que una modificación cualquiera en uno de ellos entraña una modificación en todos los demás. En segundo lugar todo modelo pertenece a un grupo de transformaciones, cada una de las cuales corresponde a un modelo de la misma familia, de manera que el conjunto de estas transformaciones constituye un grupo de modelos. En tercer lugar, las propiedades antes indicadas permiten predecir de qué manera reaccionará el modelo, en caso de que uno de ellos se modifique; el modelo debe ser construido de tal manera que su funcionamiento pueda dar cuenta de todos los hechos observados (Lévi Strauss, 1968).

Las relaciones sociales no son la estructura social sino la materia prima que ha de emplearse para la construcción de los modelos. El método estructuralista considera los hechos sociales y los elementos culturales como

sistemas de signos, como modos de comunicación -la comunicación de las mujeres, sistemas de parentesco y matrimonio-, de las ideas mediante el lenguaje, las creencias, el arte, y los demás sistemas de servicios dentro del sistema económico, todos ellos, son privilegiados para emprender el análisis de la realidad sociocultural. Análisis que consecuentemente Strauss estudió en las estructuras del parentesco y de los mitos, intentando demostrar que en estos ámbitos existen leyes comparables a las que la lingüística estructural ha descubierto en el lenguaje; esta afirmación la hace extensiva, al menos hipotéticamente, a los demás sistemas de la vida social. Strauss se reconoce como materialista al decir que las transformaciones sociales engendran transformaciones ideológicas, que la concepción que los hombres se forjan de las relaciones entre naturaleza y cultura es fundación de la manera en la que se modifican sus propias relaciones sociales (Lévi Strauss, 1964), y más aún, cuando afirma que su interés por estudiar los mitos es el de contribuir a la teoría de las superestructuras, apenas esbozada por Marx.

Las corrientes teóricas de la antropología vislumbran parte de la historia de la teoría de la cultura. El estructuralismo se acercó a una teoría materialista de la cultura. Anteriormente, corrientes como el evolucionismo cultural, el ecologismo cultural, y el relativismo cultural rechazaron una relación con el materialismo histórico. La orientación que triunfaba en la antropología de principios del siglo XX tanto en Estados Unidos como en Europa, rechazaba explícitamente la aspiración de querer determinar no solo los orígenes de la instituciones, sino las causas de la forma concreta que éstas adoptan históricamente, asimismo, terminaban en un particularismo que aislaba el determinismo histórico y el determinismo de las condiciones materiales de vida. Analizar los elementos constituyentes de una cultura no puede hacerse en abstracto, la manera en que se realiza la recolección de datos siempre está inserta en un contexto teórico, se explicite éste o no (Moreno, 1979). El análisis del sistema imperialista debe ser un objetivo de la antropología. El estudio de los modos de producción precapitalistas y capitalista en las formaciones sociales contemporáneas, debe formar parte del trabajo antropológico.

Giménez (2007), en su artículo *la concepción simbólica de la cultura*, clasifica a la cultura por sus conceptualizaciones en tres fases, *la concreta, la abstracta y la simbólica,* caracterizadas por conceptos claves como costumbres, modelos, y significados.

La fase concreta retoma del concepto de Tylor que la cultura tiende a definirse como el conjunto de costumbres, es decir de las formas o modos de vida (*way of life)* que caracterizan o identifican a un pueblo. Entre 1930 y 1950 se instaura *la fase abstracta* en la formulación del concepto de cultura. La atención de los antropólogos se desplaza de las "costumbres" a los "modos de comportamiento", y el concepto de cultura se restringe circunscribiéndose a los sistemas de valores y a los modelos normativos que regulan los comportamientos de las personas pertenecientes a un mismo grupo social.

En suma, la cultura se define en esta fase en términos de modelos, pautas, parámetros o esquemas de comportamiento. Los autores más destacados dentro de este periodo son, en su mayoría discípulos de Boas (Margaret Mead, Ruth Benedict, Ralph Linton y Meville J. Hercovits). A esta fase se le denomina abstracta porque "presenciamos el inicio de un proceso de abstracción que convierte a la cultura en un sistema conceptual que existe independientemente de la práctica social" (Pasquineli, 1993, en Giménez, 2005). Definir la cultura en términos de modelos y comportamientos en lugar de "hábitos sociales" y reducirla a un sistema de valores equivale a atribuirle un carácter abstracto (Rossi, 1970). Giménez se refiere a lo abstracto como la generalidad mayor en la que es tratado el concepto, que sólo se refiere a los valores sin tener mediaciones en cuanto a que esos valores no son sólo valoraciones del grupo sino de los grupos con los que conviven históricamente.

Cuando se pensaba que las conceptualizaciones estaban agotadas aparece, a principios de los años setenta, el libro de Clifford Geertz (1973*)* "*The interpretation of cultures",* en este momento, dice Giménez, aparece la fase simbólica en la formulación de concepto de cultura. El concepto es reducido ahora al ámbito de lo simbólico, que es como lo afirma el propio Geertz, un concepto restringido y especializado que permite mayor eficacia teórica. En

consecuencia la cultura se define como “telaraña de significados” o, más precisamente, “estructuras de significación socialmente establecidas”, “la cultura es vista como un texto, un texto escrito por los nativos, que el antropólogo se esfuerza en interpretar, por más que uno no pueda prescindir de la interpretación de los nativos. Por consiguiente, el saber del antropólogo consiste en una interpretación de interpretaciones” (Geertz, 1992). A pesar de todas las críticas a esta concepción simbólica de la cultura, esta forma se aparta del monopolio de la antropología y comienza a despertar interés en otros ámbitos de las ciencias sociales. Durante los años 80 y 90 el interés por la cultura se ve reflejado en los estudios de sociología, literatura, ciencias políticas, ciencias de la comunicación, en el feminismo y en los estudios acerca de la salud pública.

La tesis de la que parte el presente estudio plantea que *es posible asignar un campo específico y relativamente autónomo a la cultura entendida como una dimensión de la vida social, si la definimos por referencia a los procesos simbólicos de la sociedad* (Giménez, 2005). De este modo la cultura es concebida como una dimensión analítica de la vida social, aunque relativamente autónoma y regida por una lógica (semiótica) propia, diferente a las lógicas que rigen, a las dimensiones económica y política de la sociedad, ambas situadas en el mismo nivel de abstracción. La cultura definida así, se aparta y contrapone de las concepciones de la fase abstracta que en los años 50 se definía como pautas de comportamiento. La cultura es entonces concebida como *el conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad o la organización social del sentido, como pautas de significados históricamente transmitidos y encarnados en formas simbólicas, en virtud de las cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias* (Thomson, 1998, en Giménez, 2005).

De este modo, el concepto de cultura fructifica en complejos sistemas de signos que organizan, modelan y confieren sentido a la totalidad de las prácticas sociales. Pero estos procesos simbólicos deben referirse siempre a contextos “históricamente específicos y socialmente estructurados” (Thomson 1998). En su designación etimológica, la cultura es la acción de “cultivar” simbólicamente la

naturaleza interior y exterior de la especie humana; se distingue la naturaleza interna de la humanidad, delimitando lo que se entiende por la naturaleza de la cual nos valemos y sobre la que operamos en la reproducción de los modos de vida y en la naturaleza externa que es trasformadora mediante el trabajo. En ambas el operar sígnico (lenguaje –conciencia) se ejercita en todas las formas de práctica social y sobre sí mismo.

Cabe recordar que para descartar una visión idealista y descontextualizada de la cultura, Jhon B. Thomson (1998), añade la corrección fundamental de *históricamente específicos y socialmente estructurados*. La cultura no puede existir en forma abstracta sino encarnada en mundos culturales concretos, por definición, referenciar a contextos históricos y espaciales precisos. Lo simbólico es un vasto conjunto de procesos sociales de significación y comunicación, es el mundo de representaciones sociales materializadas en formas sensibles también llamadas "formas simbólicas" (Geertz, 1973), que pueden ser artefactos, expresiones, acciones, acontecimientos, alguna cualidad o relación. Todo puede servir como soporte simbólico de significados culturales: la escritura, el lenguaje, los modos de comportamiento, las prácticas sociales, los usos y costumbres, el vestido, la alimentación, la vivienda, los objetos, la organización del espacio y del tiempo, los ciclos festivos, entre otros. De este conjunto pueden desprenderse tres problemáticas:

1) La problemática de los *códigos sociales* que se entienden como *sistemas articulatorios* de símbolos, en diferentes niveles, ya sea como *reglas* que determinan las posibles articulaciones o combinaciones entre los mismos en el contexto apropiado (Giménez, 2005). Los códigos son socialmente compartidos, no puede existir producción de sentido ni comunicación sin ellos. El código implica por un lado de la convención o acuerdo social, y por otro, la de un sistema regulado por reglas de interacción comunicativa (Eco, 1968).

2) La problemática de la *producción de sentido,* y por lo tanto de ideas, representaciones y visiones del mundo, tanto en el pasado (representaciones ya consolidadas en forma de pre-construidos culturales), como en el presente (procesos de actualización o de innovación de valores simbólicos).

3) La problemática de la *interpretación o el reconocimiento*, que permite entender a la cultura también como “gramática del reconocimiento” o del “intereconocimiento” social.

Es importante aclarar en qué dimensión se coloca a la cultura y cómo se relaciona con el concepto de modo de producción analizando la relación entre ambos conceptos para la elaboración teórica del presente estudio.

El concepto modo de producción puede referirse en dos sentidos, el concreto y el abstracto. El modo de producción en el sentido concreto es la forma en la que se producen y distribuyen los bienes materiales en una determinada sociedad. El sentido abstracto se refiere a la totalidad sociocultural, es decir a todos sus niveles y ámbitos y a la forma de articulación de estos. El primer término explica el nivel económico, el segundo término que opera sobre el primero en una relación estructural, integra el jurídico-político e ideológico. Esto hace quw se deba entender a la cultura como un sistema en el cual, aunque todos sus sectores y elementos están relacionados entre sí unos con otros, la influencia de la interacción mutua no tiene lugar de igual modo, ni con la misma intensidad en todas sus direcciones. Es decir sus elementos se relacionan dialécticamente. Por eso en determinado nivel los conceptos de modo de producción pueden usarse para explicar el objeto de estudio de la antropología.

3.2 Las respuestas culturales.

Ribeiro (1990), señala que la cultura es la herencia social de una comunidad humana, representada por el acervo compartido de modos estandarizados de adaptación a la naturaleza para proveerse de subsistencia, de relaciones sociales y de los sistemas de conocimiento, de valores y creencias, con lo que sus miembros explican su experiencia, expresan su creatividad artística, y se motivan por la acción. Bajo esta definición los hombres de una sociedad se humanizan mediante la integración y la reflexión de este conjunto de experiencias. Algunos aspectos importantes de los individuos para integrarse a la vida social consisten en la incorporación a determinada entidad étnica

aprendiendo a comunicarse, adiestrándose para hacer las cosas de acuerdo con los recursos materiales y técnicos que se tienen y comportándose con las normas que ella misma consagra. Tomando en cuenta los conceptos desarrollados acerca del modo de producción y la formación social mexicana, este concepto de cultura se desprende de estos ya que en una sociedad con capitalismo dependiente y globalizado las relaciones que estos individuos establezcan estarán determinadas por la complejidad de su comunidad y las maneras que encuentran para llevar a cabo su reproducción.

Esta definición de cultura es aplicable a sociedades concretas que manifiestan sus condiciones históricas materiales. Los elementos de una sociedad son sujetos actuantes de quienes la cultura surge también como una necesidad de manifestación simbólica que se vuelve consciente al saberse insertos en una estructura social dentro de una realidad social específica. Se precisa entonces que la cultura es creación humana condicionada por una estructura y una superestructura sociales determinadas históricamente de acuerdo al modo de producción dominante en formaciones sociales específicas.

La cultura conserva y sintetiza la experiencia colectiva que un pueblo acumula a lo largo de las vicisitudes de su historia, es en este sentido que el recuento colectivo se transmite a las nuevas generaciones como herencia social (no biológica), y capacita mediante su adquisición, a los nuevos individuos para integrarse como miembros normales de la comunidad, impregnándoles sus reglas de comportamiento, valores, conocimientos, habilidades, etcétera. Cada sociedad hereda y reestructura la herencia cultural acumulada por su historia pasada, selecciona, jerarquiza y consagra sus elementos de acuerdo a las necesidades y aspiraciones de su presente práctica social -determinadas por las relaciones de producción establecidas-, y de este modo, su cultura es la síntesis de los valores materiales y espirituales, que ha alcanzado como conjunto de formas y resultados de actividad humana difundidos y consolidados en el seno de la colectividad a través de la tradición, de los medios de instrucción y educación de la imitación, de la realización de los modelos comunes, extendidos tanto en el terreno de la producción material y la organización de la vida social

(cultura material), como a todos los géneros de la creación intelectual (cultura espiritual)[7] (Castro 1972).

Esta manera de conceptualizar la cultura permitió formular diversas formas de respuestas culturales como supuestos teóricos en la presente investigación.

La cultura es entonces la respuesta social a través de objetos (tangibles e intangibles) que la representan o simbolizan de acuerdo a necesidades, y que se manifiestan en todas las formas sociales de vida. Esta forma simple pero general de entender la cultura permite ubicar las respuestas culturales. Sin embargo, sobre esta definición es necesario decir que la desigualdad social, intrínseca al modo de organización predominantemente capitalista, implica que las manifestaciones y representaciones simbólicas tengan también diferencias en cuanto a la clase social a la que se refieran.

La categoría de respuesta cultural es amplia ya que se refiere las maneras en las que los miembros de una sociedad de clases dan cuenta de sus acciones y pensamientos, comprendiendo y significando las realidades en las que viven en un momento histórico. Las diferentes respuestas culturales cobran sentido en la formación social en la que estas se den en las clases sociales en el momento histórico.

En la presente investigación se hace referencia a las respuestas que tienen las madres de preescolares respecto a las enfermedades buco dentales, y enfatizando las respuestas culturales en cuanto a salud bucal y caries dental.

Por tal motivo el concepto de cultura de clase adquiere validez y nos permite integrar a las respuestas culturales como categorías que engloban distintas maneras de entender la realidad en condiciones de pobreza, y las perspectivas de clase dentro del capitalismo.

---

[7] En esta afirmación Nils Castro hace referencia a que se confronte con: Yuri Lotman “el problema de la tipología de la cultura”, en revista *Casa de las Américas,* La Habana abril de 1972,n. 71; y “Acerca del mecanismo semiótico de la cultura, en revista Santiago de Cuba, marzo de 1974 pp., 13-14. Antonia Kloskowska: “El concepto de cultura en Carlos Marx”; e Igor Hrusovky: “El mundo y el Hombre ”ambos en la compilación Cultura, ideología y sociedad, editorial arte y literatura, La Habana 1975.

La cultura trasciende a las artes y a las ciencias, es también el modo como la gente come, viste e imagina, como produce, como inventa, con qué lo hace, como arregla su casa, se divierte, llora, hace política, habla, mira y calla. Impregna toda la vida social y está presente en todos y cada uno de los seres humanos, en su forma de actuar, de soñar, de conflictuarse y de sentir la vida. La cultura es de una íntima profundidad social, es el momento autocrítico de la reproducción que un grupo humano determinado, en una circunstancia histórica determinada, hace de su singularidad concreta; es el momento dialéctico del cultivo de su identidad (Echeverría, 2001).

3.3 La integración del proceso salud/enfermedad/atención como expresión cultural.

El concepto de cultura como método de análisis derivado del materialismo-dialéctico nos permite ver a las realidades sociales como elementos que se deben entender de manera concreta e históricamente determinada, capaces de cearar un proyecto histórico de conocimiento que nos lleve a soluciones más certeras, aunque no por eso fáciles, pero que nos responsabilicen y comprometan con la verdadera realidad social en que vivimos.

Para entender las respuestas culturales de las madres de niños preescolares sobre la salud bucal de sus hijos, es necesario entender la relación entre el proceso Salud-Enfermedad-Atención, cultura, clases sociales y cómo la antropología médica las logra conjugar para su estudio.

El proceso Salud–Enfermedad-Atención se vincula a la forma en la que los seres humanos producen y reproducen su vida material y consciente. En el presente estudio se buscó conocer y comprender la precepción, la significación y la valoración de este proceso asociado a la salud bucodental de las madres de preescolares. Asimismo, se estudió la presencia de caries dental en los preescolares y su relación con sus condiciones de vida y la manera en que eran atendidas ante la imposibilidad de acceder al dentista.

El Proceso-Salud-Enfermedad-Atención de los colectivos es resultado y síntesis de las condiciones materiales y simbólicas que las sociedades construyen y estructuran, donde trascurre la vida de dichas poblaciones. El PSEA constituye una forma universal que opera estructuralmente, aunque de modos diferenciados, en toda la sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aun cuando esta afirmación es obvia, debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos y los daños a la salud constituyen uno de los hechos mas frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto desde su nacimiento -cada vez más medicalizado- se constituye a partir del PSEA (Menéndez, 1994).

Las respuestas culturales de estos grupos que forman parte de las clases dominadas son parte importante de la problemática para la transformación de la realidad, por lo que reconocer sus limitaciones, conocer sus percepciones para transformar su entorno y transformar los PSEA generales y particularmente los bucales, da importancia al concepto de respuestas culturales derivado del concepto de cultura de Darcy Ribeiro y Nils Castro y se asocia al concepto de PSEA que plantea Eduardo Menéndez. Es necesario decir que estos supuestos no podrían hacerse realidad si se ignora cómo es que perciben, sienten y significan estas enfermedades y sus estados de salud, cómo las relacionan con sus condiciones de vida, cómo se organizan para solucionarlas y si logran hacerlo. Es importante recordar que dentro de esta problemática se dan las interacciones con los profesionales de la salud bucal, los dentistas y/o estomatólogos. Otros actores son los que configuran las políticas públicas nacionales, el Estado y las instituciones que organizan los sistemas de salud, siguiendo a su vez políticas internacionales.

Las respuestas sociales a las enfermedades, daños y/o padecimientos, también son hechos que se dan en el terreno de lo cotidiano, además forman parte de una estructura necesaria para la reproducción de cualquier sociedad. Esto quiere decir que tanto los padecimientos como las respuestas que se dan

ante ellos, constituyen problemas estructurales en todo el sistema y en todo el conjunto social, y estos sistemas y conjuntos sociales no solo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

Enfermar o morir, así como atender la enfermedad y la muerte, deben pensarse como procesos que no sólo se definen a partir de las profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto a los cuales los conjuntos sociales constantemente realizan acciones, técnicas y rituales, por lo que la organización profesional constituye solamente una parte de ellas.

La categoría de respuestas culturales es tomada en este trabajo como un concepto amplio que pretende explicar que las significaciones, las percepciones y las simbolizaciones, forman parte de un complejo que encierra a todas las formas en las que los miembros de una sociedad comprenden, significan y dan solución a sus enfermedades y a otros aspectos de su vida. En este trabajo las respuestas culturales estarán enfocadas a la salud bucal, es decir, todas aquellas acciones que se realizan para la construcción de soluciones a las enfermedades bucales como actos de cultura en un contexto hegemónico.

Dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes (Menéndez, 1994), y que una parte de los mismos pueden aparecer ante los sujetos y los grupos sociales como amenazas permanentes o circunstanciales, reales o imaginarias, los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados colectivos respecto a algunos de estos padecimientos. El PSEA ha sido y sigue siendo una de las áreas de la vida colectiva en donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas, aun en las sociedades actuales. Los padecimientos constituyen, por lo tanto, uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos que pueden ser referidos a procesos específicos u otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son una expresión significativa. El PSEA así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se constituyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de

atención y los sistemas ideológicos (significados), respecto de los mismos. Este proceso histórico esta caracterizado por las relaciones hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en esa relación, incluidos los usos de sus saberes técnicos (Menéndez, 1994). En determinadas sociedades, como razón del desarrollo de procesos económicos-políticos y técnico-científicos, se construyeron sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos, pero es necesario revisar el impacto real de ellos.

Estos sistemas que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales, no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes en los diferentes grupos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad. Todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socio-ideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva. No hubo que esperar a la epidemiología para determinar que los padecimientos presentan un eje individual y uno colectivo. Todas las sociedades han reconocido algunos de los padecimientos como fenómenos que adquieren carácter colectivo y que, por lo menos en parte, deben ser solucionados colectivamente.

La medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad, y en gran parte de las sociedades ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. Pero desde nuestra perspectiva, tanto ésta como las otras formas académicas y/o academizadas (homeopatía, quiropráctica, etcétera), o tradicionales (herbolaria, espiritualismo, entre otros) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de “instituciones”, es decir instituyen una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y sobre los enfermos (Menéndez, 1994).

Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se sociologizan y culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino también significados subjetivos y sociales. En consecuencia, la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales.

La enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales formas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocial. No es un problema de una sociedad o una cultura, sino que constituye un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socio-ideológicos. Esto no debe ser identificado meramente dentro de un determinado periodo o cultura en forma mecánica a partir de planteamientos reduccionistas y etnocéntricos, debido a que puede observarse en una amplia gama de sociedades y periodos históricos. En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control, estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, también es sociocultural.

Interesa subrayar que en todos los casos, sean curadores populares o representantes del saber biomédico, su saber se aplica a sujetos y grupos y, en consecuencia, entra en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas. Suponer que la concepción de lo frío/caliente, aplicada por un curador popular en América Latina, expresa elementos sociales y culturales durante el acto “curativo”, y que ello no ocurre con la aplicación de una concepción bacteriológica en la interpretación de la causalidad y solución de un padecimiento infectocontagioso, sería ignorar lo que

se ha planteado hasta ahora, que el PSEA constituye, en primer lugar, un fenómeno de tipo social desde la perspectiva de los sujetos y conjuntos sociales. El saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan de acuerdo a constantes influencias y prácticas de medicación (Menéndez, 1994).

3.4 Relación cultura y clase social.

Las clases sociales dentro de una formación social en la que interactuan diversos modos de producción siendo uno el dominante, son el efecto del conjunto de sus niveles y sus relaciones económicas, políticas e ideológicas, es decir, de la estructura global de la sociedad, aunque determinada en última instancia por la estructura económica. Una clase social puede identificarse en su nivel económico, político o ideológico, localizándose por sí misma en algún nivel particular, sin embargo la definición de una clase como tal y su aprensión conceptual se refiere al conjunto de los niveles que están determinados por lo económico, cuyo efecto constituye dicha clase. Entonces la clase social se define como un concepto que indica los efectos del conjunto de los niveles sobre los seres humanos que constituyen sus sustentadores. Este concepto indica los efectos de la estructura global en el domino de las relaciones sociales. En este sentido, si la clase es efectivamente un concepto, este concepto no designa una realidad que puede ser identificada con las estructuras; designa el efecto de un conjunto de estructuras dadas, conjunto que determina las relaciones sociales como relaciones de clases. Entre las relaciones sociales hay que hacer las mismas distinciones que entre los niveles de la estructura social, es decir que además de las relaciones sociales de producción *efecto de la estructura económica de los seres humanos agentes éstos, de la producción económica* (Hadjinicolaou, 1988), existen igualmente relaciones sociales-políticas y

relaciones sociales-ideológicas, que dependen de las relaciones económicas. Las relaciones sociales son ante todo, prácticas sociales.

La ideología consiste en un conjunto de coherencia relativa de representaciones, valores y creencias (Hadjinicolau, 1988), de igual manera que los hombres participan en una actividad económica y política, participan también en actividades religiosas, morales, estéticas y filosóficas. La ideología concierne al mundo en que viven los hombres y sus relaciones con la naturaleza, con la sociedad y con los demás hombres, incluida su actividad económica y política. En la ideología los hombres expresan, no las relaciones con sus condiciones de existencia, sino la manera en que viven, lo cual supone a la vez, "relación real", "relación vivida" e "imaginaria". La ideología es entonces expresión de las relaciones de los hombres con su mundo, la unidad sobredeterminada de su relación real y de su relación imaginaria respecto a las condiciones de existencia reales. La ideología comprende no sólo unos puntos dispersos de conocimiento, nociones, sino también el proceso de simbolización, transposición mítica, el gusto, la moda; en suma, el modo de vida en general.

El principal supuesto de esta relación consiste en entender que las concepciones y definiciones antropológicas que asumen a la cultura como una totalidad compleja basada en las condiciones materiales e históricas específicas de cada caso, y las concepciones marxistas que analizan dialécticamente las complejidades y especificidades de la totalidad social de acuerdo a los modos de producción, es decir, a la manera como funcionan las sociedades, los tipos de trabajos y las relaciones que de esto surgen, forman parte de la misma cosa.

Esta relación inseparable posibilita por ejemplo, hablar de indígenas campesinos, de indígenas albañiles, de indígenas artesanos o de indígenas vagabundos. Sin embargo los indígenas no lo son por naturaleza igual que no son campesinos, artesanos, albañiles o vagabundos por naturaleza, ambas determinaciones del mismo sujeto histórico se encuentran precisamente en el estudio de la configuración y organización social que da lugar al capitalismo actual en el que se encuentran doblemente marginados; una por ser indígenas, mestizos o mexicanos y otra por no ser empresarios, este análisis consiste en un

abordaje responsablemente social de profundidad, en el que es necesario entender que la actividad de los hombres es una actividad política, que va de la mano de la historia con la diferenciación y división social, con la lucha por el control material, con la guerra, con el surgimiento del capitalismo y la demarcación de las clases sociales, con la conciencia de clase, la falta de ella y otros problemas propios del capitalismo en la era neoliberal de la sociedad actual (Benítez-Inzunza, 2010).

La teoría marxista aporta elementos que ya han sido puestos en práctica para la concepción cultural dentro de la esfera social completa, probados en casos específicos dentro de los procesos de liberación de distintos países, pero que, sin ser exclusivas de estos casos, se pueden encontrar en algunos aspectos cotidianos de cualquier sociedad de acuerdo a una concepción cultural permanentemente revolucionaria.

La relación que existe entre los conceptos de clase social, ideología y cultura son que los tres están determinados en la formación social en la que se den y el modo de producción en el que se expliquen, en este caso la cultura es el concepto de mayor abstracción, y de manera particular, se inserta el de clase social y el de ideología.

3.5 La percepción forma parte de la cultura a la que se pertenece.

Factores de la percepción.

La visión nos da la imagen literal del mundo, el ojo es el órgano más capacitado para la exactitud y la precisión, esto cimentado en la tradición. El ojo tiene una historia, no sólo la vista sino la percepción esta sometida a determinaciones históricas. Lowe (1986), reconoce tres factores que inciden sobre la percepción a) los medios de comunicación: información que llega los sentidos, b) la jerarquía de los sentidos, y c) las presuposiciones epistémicas que ordenan y clasifican lo percibido. Estos factores configuran un campo en el cual se hace posible el conocimiento del mundo, ninguno de ellos permanece estático, en

cada época pueden ser distintos; por ello cada periodo histórico configura el campo de la percepción.

El significado de un término, de una palabra, una imagen o de una concepción, en toda cultura es una unidad cultural. Es algo que está definido culturalmente y distinguido como entidad, puede ser una persona, un lugar, una situación, una fantasía, una alucinación, una esperanza o una idea (Eco, 1986). Así es que, una unidad cultural, es la concepción de salud bucal.

Las formas y los medios de comunicación.

Anteriormente a la invención de la imprenta y la cultura tipográfica, el predominio de la cultura era oral, tenía la función de comunicación inmediata, así como la de conservar el conocimiento (arte de la memoria) codificado en formulaciones memorizables, tales como los proverbios o las máximas. En la cultura oral el oído es el sentido mas importante, por ello los cuentos bajo el dominio de esta cultura son importantes, pues se cree más en lo que se puede oír que en lo que se puede ver.

Por otra parte, la introducción de la escritura separa el conocimiento de la memoria y del habla, pero no logra modificar la forma de la cultura que sigue siendo oral (González, 2005). En el siglo XV con la aparición de la imprenta una nueva forma de cultura separa el conocimiento del hablante (emisor), la escritura y la publicación en papel u otro soporte permite que los conocimientos se independicen y despersonalicen, haciéndolos accesibles a cualquiera que supiera leer.

Es en este momento que la vista ocupa un lugar privilegiado, lo que conduce a la jerarquización de los sentidos. En cada momento histórico, los sentidos se organizan jerárquicamente, un sentido o una combinación de ellos se acentúa sin ser ninguno autónomo. La vista a diferencia de los demás sentidos establece una relación de distancia crítica o de juicio, porque permite analizar y medir. La combinación de todos los sentidos, que es distinta en cada cultura, da experiencias distintas de la realidad (González, 2005).

El renacimiento constituye el alba de la cultura visual que se prolonga hasta nuestros días. Las presuposiciones epistémicas que ordenan lo percibido, si se entiende por episteme el modo de pensar, el conjunto de reglas que rigen el pensamiento, y los modos de conocer predominantes en las distintas épocas de la historia de occidente (González, 2005).

El campo de la percepción es una formación histórica, puesto que el sujeto neutral y sin prejuicios no existe, entendiendo por sujeto neutral al sujeto que percibe, compara y evalúa de manera objetiva, sin nociones previas de los fenómenos que ocurren en el mundo. El sujeto mismo es producto de prácticas e instituciones, es una construcción histórica.

Carácter histórico de la percepción visual.

Existe el supuesto de que el sentido de la vista es la prueba para saber si algo es verdadero, real o auténtico. Este supuesto se basa en que el proceso fisiológico de la visión es el mismo para todas las personas, sin importar que sean de sociedades diferentes, de áreas geográficas distantes, o de épocas lejanas entre sí. Este argumento, dice González (2005), es verdadero; hasta ese punto el proceso por el cual percibimos las imágenes visualmente es uniforme para todos los seres humanos. Este proceso puede ser estudiado desde el punto de vista fisiológico, óptico neurológico, pero a partir de ahí deja de ser un fenómeno natural para convertirse en un fenómeno cultural. El cerebro interpreta los estímulos de la luz, y lo hace con mecanismos que no son de tipo biológico sino aprendidos, culturales. Tales mecanismos establecen la selección de ciertos componentes que se vuelven pertinentes en función de ciertos hábitos y esquemas que dan a las informaciones provenientes del ojo estructura, coherencia y significado.

El espectador hace existir la imagen, y lo hace mediante un conjunto de actos que hacen que esta sea percibida y comprendida mediante tres aspectos (Gombrich, 1968); a) la percepción visual es un proceso que presupone un conjunto de expectativas sobre las cuales se hacen hipótesis, que

posteriormente se validan o invalidan. Tales expectativas están impregnadas por el conocimiento del mundo y de las imágenes que se han observado, por ello puede decirse que la percepción visual siempre está modelada por anticipaciones y prejuicios, ver, por tanto, es comparar lo que se espera ver con lo que realmente se percibe. b) La imagen no puede representar todo, el espectador tiene que llenar las lagunas de la representación, es decir lo no representado, con su saber y sus prejuicios. c) La facultad de proyección del espectador se sustenta en la existencia de ciertos esquemas perceptivos almacenados en la memoria de cada individuo. Percibir visualmente es usar todas las capacidades del sistema visual, las capacidades de organización de la realidad y confrontar los datos percibidos con los esquemas perceptivos almacenados. El ojo selecciona, rechaza, organiza, discrimina, asocia, clasifica, analiza y construye. Ver es anticipar, buscar, discriminar; no es simplemente encontrar informaciones, "encontramos o no encontramos lo que estamos capacitados para buscar" (González, 2005). El propósito de buscar es algo que define la actividad de buscar.

Función de la imagen.

Los hombres de todas la épocas y culturas han producido imágenes visuales, siempre con finalidades externas, sean individuales o colectivas. Dichas imágenes responden a la necesidad simbólica, constituyen una manera de establecer un vínculo entre el hombre y el mundo. Las imágenes son símbolos, pueden actuar como representantes de las cosas del mundo. Aumont (1992), plantea que las imágenes establecen una relación con el mundo en tres modos:

1. Simbólico. Mediante símbolos religiosos, acceso a lo sagrado, como manifestaciones de lo divino. Esta función se ha reemplazado actualmente por las imágenes publicitarias.
2. Epistémico. Las imágenes también sirven para dar información acerca del mundo, son portadoras de conocimiento, aunque a través de la historia su valor informativo ha cambiado.

3. Estético. Las imágenes han servido para proporcionar sensaciones específicas a quienes las contemplan.

No existen imágenes que operen exclusivamente en uno de estos modos, de hecho es casi imposible separarlas. En todos estos modos de relación con lo real, la imagen está en contacto con cierto número de convenciones sociales, por tanto, a través de todos los modos de funcionamiento está presente en ella esencialmente lo simbólico.

Como seres sociales, los seres humanos estamos en estrecha relación con el mundo visual, nuestra actividad intelectual depende de ella. La imagen tendría por función asegurar y reforzar esa relación, reafirmarla y precisarla, perfeccionarla y dominarla.

El problema de la representación se puede concentrar en el de las relaciones entre el mundo y la imagen, entre el objeto representado y el objeto que representa. La función es a menudo lo que permite la representación. La representación no es la imitación de la forma externa del objeto, sino la imitación de ciertos aspectos privilegiados e importantes. Quien ejecuta la representación no está ante un conjunto neutral de formas que solo tiene que copiar sino que está ante un universo estructurado, cuyas principales líneas de fuerza siempre se pliegan y adaptan a nuestras necesidades biológicas y psicológicas. Quien ve nunca asume un papel pasivo, pues la percepción en general es construcción.

La imitación se realiza por medio de esquemas, es decir, por medio de convenciones sociales. Las corrientes teóricas que han estudiado este fenómeno son el naturalismo, el convencionalismo o realismo y el relativismo.

3.6 Enfoques en salud bucal desde la perspectiva cultural.

- Las creencias culturales. En el desarrollo de este enfoque se presume que las creencias culturales, los valores y las prácticas, son frecuentemente la causa de las disparidades en la salud oral, aunque poco se ha publicado respecto a problemas culturales que apoyen estas afirmaciones (Butani *et al.*, 2008).

Se afirma que la cultura influye en la decisión de los padres de llevar o no a sus hijos preescolares con un dentista para un revisión profesional, así como en la frecuencia de dichas visitas. Es decir, se relaciona el estado de salud bucal con el tipo de prácticas en la atención odontológica, y con ello se afirma que no se aprovechan los servicios de salud dental por parte de personas que pertenecen a grupos raciales/étnicos minoritarios.

- Las desigualdades en las prácticas de salud oral y el espacio social. En este enfoque se toman en cuenta aspectos culturales que tienen una cierta repercusión en las prácticas de salud bucal.

La edad del paciente y los antecedentes culturales en la predicción de la utilización de servicios dentales y de conductas de autocuidado se discute en el contexto de un modelo de persona-entorno de la salud oral (Patrick, 2006). Este modelo sugiere que los comportamientos dentales son una función de las características del paciente como la edad, el género, la cultura, las necesidades dentales y las creencias de salud, así como las características del sistema de prestación dental, tales como el costo, la disponibilidad de terceros, sistemas de pago y la accesibilidad de dentistas. Cada uno de estos elementos del individuo y el ambiente se revisan en las investigaciones donde se han encontrado asociaciones entre ellos y los consiguientes comportamientos dentales.

Evaluar los efectos e impacto de la educación y los procesos que los explican desde el punto de vista de los actores, en relación con la propuesta educativa, basada en el diálogo de saberes (Lalinde *et al.*, 1993) es una forma de exponer el tema de manera integral. El autocuidado forma parte de los objetivos a esclarecer en este tipo de teorización, sirve para saber por qué se adquieren cierto tipo de prácticas, conocer cómo es el uso de los servicios de salud, así como la creación de técnicas de aprendizaje para la promoción de la salud bucal, pero no para conocer como perciben las enfermedades bucales los sujetos que las padecen.

Esta manera de explicar a través de tipos culturales, parte de aspectos como la edad, el sexo, el genero, la cultura, las necesidades dentales y las prácticas en salud, que son relacionados de manera directa sin lograr incorporar

la noción de cultura como totalidad, sin embargo son enfoques que contribuyen a pensar de alguna manera la salud bucal desde los aspectos culturales de quienes padecen las enfermedades.

Un ejemplo que aborda el presente trabajo es el de la medicina tradicional como una práctica que posibilita reproducir la fuerza de trabajo de quienes, por razones económicas, culturales, o por el deficiente servicio de salud estatal, no tienen acceso a las formas hegemónicas de atención a la salud, pero que, sin embargo encuentran necesariamente una relación con ellas.

El presente trabajo se sitúa en el campo de estudio de la Medicina Social y se inserta en el ámbito de la antropología médica pues esta produce alternativas en los campos de la salud-enfermedad, en oposición al Modelo Médico Hegemónico, por el proceso de crisis del mismo que determinó modalidades en las que se fueron desarrollando ambas prácticas.

La antropología médica constituye actualmente una de las ramas más dinámicas de la antropología, no solo por su gran producción bibliográfica sino porque a partir de ella se han dado algunos de los aportes teóricos más significativos de la producción antropológica.

CAPÍTULO 4

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

4.1 Preguntas de investigación

a) ¿Cómo perciben las madres de preescolares las enfermedades buco-dentales de sus hijos?

b) ¿Qué respuestas culturales tienen las madres de preescolares del Jardín de niños Olmedo, acerca de la salud bucal y la caries dental de sus hijos?.

c) ¿Tiene relación la identificación de la caries dental por parte de las madres con la prevalencia de la enfermedad realizada mediante la exploración clínica?

d) ¿Qué relación existe entre los hábitos y cuidados bucales proporcionados por las madres y la presencia de caries dental en los preescolares del Jardín de niños Olmedo?

e) ¿Qué relación existe entre las condiciones de vida y la presencia de caries dental en los preescolares del Jardín de niños Olmedo?

4.2 Objetivo General

Para dar respuesta a las preguntas de investigación, el presente trabajo se planteó como objetivo general conocer y comprender cómo perciben, significan y resuelven los problemas de salud bucal y caries dental, las madres de niños en edad preescolar del Jardín de niños Olmedo, en Ampliación Tepepan Xochimilco.

4.3 Objetivos particulares

- Comprender cómo las madres de preescolares, perciben, valoran, y significan la salud bucal y la caries dental de sus hijos.

- Entender cómo relacionan ellas sus condiciones de vida con la manera de comprender y actuar frente a la salud bucal de sus hijos.
- Identificar los conocimientos y prácticas culturales que tienen las madres de preescolares sobre la caries dental y las estrategias para aliviar enfermedades bucodentales.
- Detectar si las madres de los preescolares relacionan hábitos nocivos como el consumo de dulces y la falta de cepillado dental con la presencia de caries dental en sus hijos.
- Saber la prevalencia de caries dental, el índice **ceo** en la población preescolar del Jardín de niños Olmedo, ubicado en Ampliación Tepepan Xochimilco, así como su relación con la percepción de las madres acerca de la salud bucal de sus hijos.

CAPÍTULO 5

5. 1 ABORDAJE CUANTITATIVO

a) Tipo de estudio: El presente estudio fue observacional y transversal, en él se emplearon dos abordajes: cuantitativo y cualitativo. Para el abordaje cuantitativo en primer lugar se aplicó un cuestionario para para conocer: a) características sociodemográficas de las madres, b) uso de servicios de salud y odontológicos, c) prácticas de cuidado bucal de sus hijos y d) patrones de consumo de alimentos cariogénicos. También, mediante una encuesta de caries dental se identificó la frecuencia de dientes afectados por caries dental y se calculó el valor del **ceo** que es un índice de caries dental que está compuesto por: (c), dientes afectados por caries, e) perdidos por caries o con extracción indicada y (o), obturados. Así mismo, se calculó la prevalencia de caries dental en preescolares. El trabajo se realizó durante el año 2011.

b) Lugar donde se realizó: En este estudio las edades de los preescolares fluctuaron entre los cuatro, cinco y seis años apenas cumplidos[8]. El sitio donde se contactó a los preescolares y sus madres fue el jardín de niños María Patiño Vda. de Olmedo (Jardín de niños Olmedo) que atiende segundo y tercer año de preescolar. Los niños se inscriben a los cuatro años y en ocasiones cumplen los seis en el último año de preescolar.

La selección del jardín de niños fue debido a que en la zona se contaba con un trabajo anterior en materia de promoción de la salud bucal, así como por el interés mostrado por la comunidad de madres y educadoras.

El jardín de niños Olmedo se ubica en la colonia Ampliación Tepepan Xochimilco, México, D.F. Esta delegación, se caracteriza por mantener actividades económicas como la agricultura y por contar con pequeños cuerpos de agua y áreas verdes. El jardín de niños se ubica en la colonia Ampliación Tepepan, la cual se caracteriza por contar con una población con un nivel

[8] En el Distrito Federal, la Secretaría de Educación Pública clasifica a los preescolares como niños en edades entre los tres a los cinco años con 11 meses de edad.

“medio” a “alto” de marginación, que tiene dentro de su delimitación territorial una sola escuela y ningún centro de salud (Fig. 2). Se trabajó con una muestra de 213 preescolares y sus madres, alrededor del 40% de la población total de la colonia Ampliación Tepepan no es derechohabiente de ningún servicio de salud.

c) Población y muestra: En este estudio se eligió a preescolares que oscilaron entre los cuatro y seis años de edad (Fig. 4). Dicho rango entra en el propuesto por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional en 1981 en el que se pretendía que niños de cinco a seis años estuvieran exentos de caries dental para el año 2000. Para llegar con una buena salud bucal a la edad de 12 años, esta edad es la elegida como referencia a nivel mundial para conocer y comparar la prevalencia de caries, edad en la que el cambio de la dentición temporal por la definitiva se ha realizado.

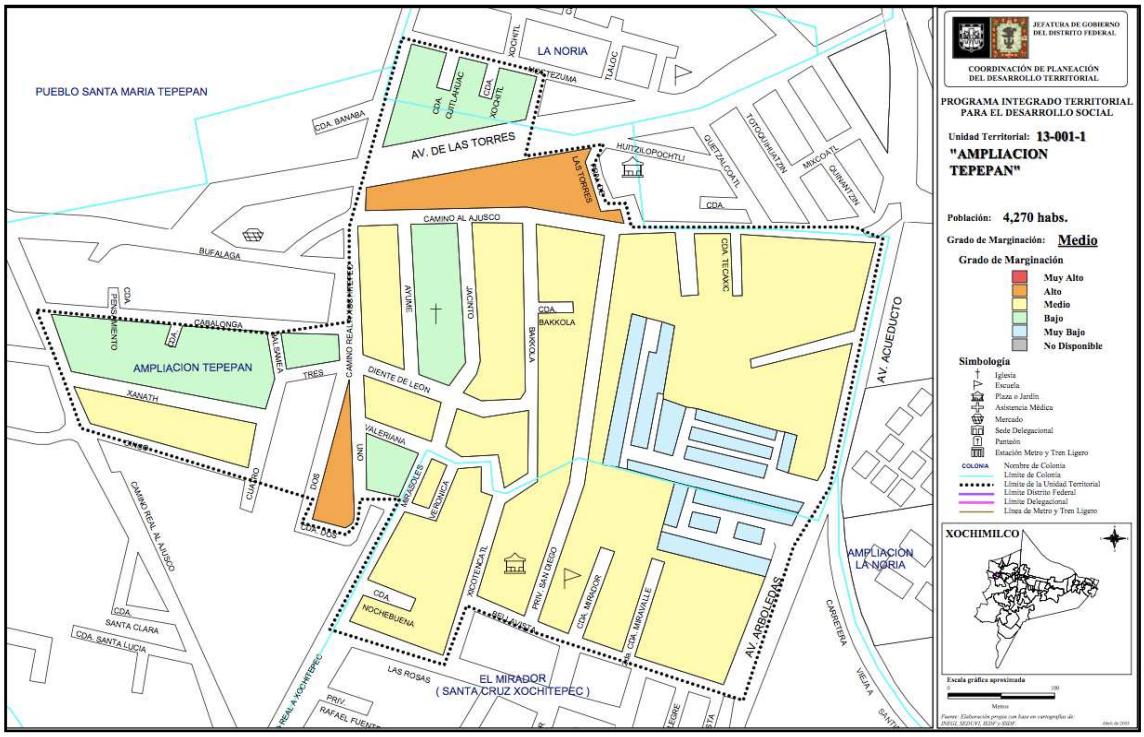


Figura 2. Características sociodemográficas de la colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F. Gobierno del Distrito Federal (2003).

5.2 Metodología cuantitativa

Se realizó un estudio transversal, en 213 preescolares inscritos en el jardín de niños Olmedo.

Los criterios de inclusión fueron:

- Que fueran preescolares inscritos en el jardín de niños Olmedo.
- Que sus madres dieran el consentimiento informado (ANEXO 5) para su revisión.
- Que sus madres contestaran el cuestionario de 37 preguntas.
- Que estuvieran entre los cuatro y seis años de edad.
- Que su revisión se realizara dentro del tiempo que se levantó la encuesta, y que fuera posible revisar al niño(a).

Los pasos par la preparación de la encuesta consistieron en:

- Se aplicó en cuestionario para detectar: a) características sociodemográficas de las madres y de los padres b) uso de servicios de salud y odontológicos, c) prácticas de cuidado bucal de sus hijos y d) patrones de consumo de alimentos cariogénicos.

Se utilizó un odontograma (Anexo 3), que incluyó una pequeña ficha de datos personales del preescolar, tipo de dentífrico y número de cepillado. Se identificaron dientes afectados por caries dental (c), perdidos por caries o con extracción indicada (e), y obturados (o). También se identificó niveles de fluorosis dental y grado de placa dentobacteriana. La revisión bucal fue realizada por un grupo de pasantes de la Licenciatura en Estomatología, calificados para la revisión estandar de caries. Además dos odontólogos fungieron como coordinadores.

Se solicitó consentimientos informados y se entregó una propuesta de programa de salud bucal para el jardín de niños Olmedo (ANEXO 4).

Instrumentos y materiales

Cada examinador contó con espejos bucales planos y estériles, sondas periodontales estériles ajustadas a las especificaciones de la OMS, pinzas de curación estériles, gasas, cubrebocas, lámpara portátil, lentes de protección y guantes desechables para cada revisión.

Siguiendo las recomendaciones de la (OMS, 1997) los exámenes bucales se realizaron por las mañanas con luz natural, se contó con mesas adicionales para el instrumental y los materiales empleados. Cada examinador contó con un auxiliar administrativo encargado de registrar la evaluación en el odontograma, mismo que era un odontólogo estandarizado.

5.3 Análisis de la información.

Se analizaron 213 cuestionarios correspondientes a las madres de igual número de preescolares revisados. El análisis de la información se realizó empleando el paquete estadístico SPSS® versión 21. La descripción de las variables como las características económicas y sociales, la percepción de salud bucal entre otras se hizo a partir de proporciones y promedios. Se calculó el índice de dientes cariados, indicados para extracción y obturados (ceo) y la prevalencia de caries, como pruebas de hipótesis se emplearon la prueba chi cuadrada para la comparación de la prevalencia, t de student o análisis de varianza para comparar el índice ceo.

5.4 Resultados

5.4.1 Cuestionario para madres acerca de la salud bucal y uso de servicios de salud.

Las características demográficas y socioeconómicas de las **madres de los preescolares** como su estado civil, vivienda, escolaridad, tipo de seguridad

social, ocupación y consideración de la salud bucal, se muestran en la Tabla 1. En general se encontró que la mayoría de ellas ha estudiado únicamente hasta el nivel secundaria, así como que casi la mitad carece de seguridad social (Tabla 1). La mayoría se dedica al hogar y califican su salud bucal como regular (Tabla 1). El 53.4 por ciento considera que sus ingresos no le alcanzan para cubrir sus necesidades (datos no mostrados en las tablas).

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas y consideración de su salud bucal de las madres de preescolares del jardín de Niños Ma. Patiño Vda. de Olmedo (2011).

Estado Civil	**Frecuencia n=213**	**%**
Soltera	31	15
Casada	92	43.20
Divorciada	3	1.40
Separada	14	6.60
Unión Libre	73	34.30
Propiedad de la Vivienda		**%**
Propia	82	38.45
Rentada	78	36.61
Comparte con familiares	52	24.40
Otra	1	0.46
Escolaridad de la Madre		**%**
Primaria incompleta	12	5.60
Primaria completa	14	6.60
Secundaria	72	33.80
Bachillerato	40	18.80
Carrera técnica	52	24.40
Carrera profesional	23	10.80
Seguridad Social		**%**
IMSS	60	28.60
ISSSTE	15	7.00
PEMEX	1	0.50
Otro	41	19.20
Ninguno	95	44.60
Ocupación de la Madre		**%**
Hogar	98	46
Empleada calificada	34	16
Empleada no calificada	51	24
Comerciante	27	12.60
Estudiante	3	1.40

Consideración de su Salud Bucal		%
Buena	59	27.70
Muy buena	6	2.8
Regular	116	54
Mala	30	14.10
Muy mala	2	0.9

Los reactivos 17, 18, 19, 20, 24 del Anexo 1 no se muestran debido a que no forman parte de los objetivos del trabajo aunque fueron incluidos en el instrumento debido a que el mismo fue diseñado en otro momento para un estudio previo (Lara, 2011).

5.4.2 Datos del preescolar.

La edad, sexo, última visita al dentista, motivo de la consulta y tipo de servicio de salud utilizado por los preescolares se muestran en la Tabla 2. La mayoría de los niños tenía cinco años y nunca había visitado al dentista.

Tabla 2. Descripción de las características sociodemográficas y odontológicas de los preescolares del jardín de niños Olmedo (2011).

Edad del preescolar	Frecuencia n=213	%
4 años	26	15.10
5 años	119	51.60
6 años	68	33.30
Última visita del niño al dentista		
Menos de 3 meses	42	19.70
De 3 a 6 Meses	41	19.20
De 7 a 12 meses	26	12.00
Mas de un año	42	19.70
Nunca ha ido al dentista	62	29.10
Motivo de la consulta		
Alguna molestia al dolor	44	20.70
Continuar con algún tratamiento	22	10.30
Prevención	67	31.50
Estética	6	2.80
Otra	12	5.60
Nunca ha ido al dentista	62	29.10

Tipo se servicio odontológico utilizado		
IMSS	12	5.60
ISSSTE	6	2.80
SEDENA	1	0.50
PEMEX	1	0.50
Privado	78	36.60
Secretaría de Salud	27	12.70
Otro	25	11.70
Núnca ha ido al dentista	61	28.60

5.4.3 Datos sobre el cepillado y limpieza dental del preescolar.

La Tabla 3 muestra los datos en cuanto al número de cepillados dentales, así como la consideración de las madres acerca de la salud bucal de los preescolares. La mayoría es decir el 44 po rciento respondió que se cepillan dos veces al día y la consideración de su salud como regular (Tabla 3).

Tabla 3. Descriptivos de las características odontológico de los preescolares del Jardín de niños Ma. Patiño Vda. De Olmedo (2011).

Número de cepillados al día	Frecuencia n=213	%
1	62	29.10
2	94	44.10
3	39	18.30
0	18	8.50
Consideración de la salud bucal de sus hijos		
Buena	65	46
Regular	116	47
Mala	32	7
Frecuencia en el consumo de dulces de los preescolares		
Todos los días	38	17.9
La mayoría de los días	87	40.9
Una vez por semana	53	25
Rara vez	33	15.6
Nunca	1	0.6

5.4.4 Prevalencia de caries dental e índice ceo

La prevalencia de caries dental fue de 69 por ciento, en las niñas de 70.5 y en los niños 67.0 por ciento, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo de los preescolares.

La relación de la prevalencia de la caries dental con las variables evaluadas se muestra en la Tabla 4.

En cuanto a la relación de las condiciones de vida (escolaridad de la madre y el padre, ocupación del padre y la madre, vivienda), se observó una diferencia que sin ser estadísticamente significativa, muestra que la escolaridad de la madre se relaciona con la prevalencia de caries dental, pues a menor escolaridad se presenta mayor prevalencia de caries dental en sus hijos (Tabla 4). En general se observa que el grado de escolaridad de los padres es mayor que el de las madres, pues la mayoría de ellos alcanzan el nivel bachillerato. En cuanto a la ocupación de los padres se encontró una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$), que indica que la ocupación del padre tiene un efecto negativo sobre la salud bucodental de sus hijos pues aquellos que tienen un empleo no calificado, comerciantes y empleados libres, tienen hijos con mayor prevalencia de caries dental (Tabla 4). Por otra parte, es notoria la relación entre no contar con un servicio de salud y la prevalencia de caries dental.

La consideración de la salud bucal de los preescolares por parte de las madres, mostró una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$), pues ellas identifican el estado de salud bucodental de sus hijos (Tabla 4).

Sin ser estadísticamente significativo, el consumo de dulces está relacionado con la prevalencia de caries dental pues cuando los preescolares consumen dulces “todos los días” y “la mayoría de los días”, hay mayor presencia de caries dental.

Tabla 4. Prevalencia de caries dental en dientes temporales de los preescolares del Jardín de niño Ma. Patiño Vda. De Olmedo (2011). p<0.05.

	Caries				
Variables	**Con caries N (%)**	**Sin caries N (%)**	**Total N (%)**	**X2**	**p**
Total	147(69.0)	66 (31.0)	213 (100)		
Sexo				0.256	0.721
Femenino	79 (70.5)	33 (29.5)	112 (52.5)		
Masculino	68 (67.3)	33 (32.7)	101 (47.5)		
Edad (años)				3.92	0.141
4	17 (54.8)	14 (45.2)	31 (14.5)		
5	80 (69.6)	35 (30.4)	115 (54)		
6	50 (74.6)	17 (25.4)	67 (31.5)		
Condiciones de vida					
Escolaridad de la madre				8.62	0.125
Primaria incompleta	11 (91.7)	1 (8.3%)	12 (5.6)		
Primaria completa	11 (78.6)	3 (21.4)	14 (6.6)		
Secundaria	53 (73.6)	19 (26.4)	72 (33.8)		
Bachillerato	28 (70.0)	12 (30.0)	40 (18.8)		
Carrera técnica	29 (55.8)	23 (44.2)	52 (24.4)		
Licenciatura	15 (65.2)	8 (34.8)	23 (10.8)		
Escolaridad del padre				11.2	0.080
Primaria incompleta	1 (100)	0 (0.0)	1 (0.5)		
Primaria completa	12 (92.3)	1 (7.7)	13 (6.1)		
Secundaria	38 (71.7)	15 (28.3)	53 (24.9)		
Bachillerato	56 (73.7)	20 (26.3)	76 (35.7)		
Carrera técnica	9 (64.3)	5 (35.7)	14 (6.6)		
Licenciatura	9 (45.0)	11 (55.0)	20 (9.4)		
No aplica (no tiene padre)	22 (61.1)	14 (38.9)	36 (16.9)		
Ocupación de la madre				2.17	0.704
Empleada calificada	22 (64.7)	12 (35.3)	34 (16)		
Empleada no calificada	32 (62.7)	19 (37.3)	51 (23.9)		
Comerciante	19 (70.4)	8 (29.6)	27 (12.7)		
Estudiante	2 (66.7)	1 (33.39	3 (1.4)		
Hogar	72 (73.5)	26 (26.5)	98 (46)		
Ocupación del padre				13.5	0.035
Trabajador calificado	12 (52.2)	11 (47.8)	23 (10.8)		
Trabajador no calificado	63 (73.3)	23 (23.7)	86 (40.4)		
Comerciante	17 (81.0)	4 (19.0)	21(9.9)		
Empleo libre	31 (77.5)	9 (22.5)	40 (18.8)		
Empleado por contrato	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (2.3)		
Otro	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (0.9)		
No aplica (no tiene padre)	22 (61.1)	14 (38.9)	36 (16.9)		
Acceso a los servicios				5.02	0.28
IMSS	38 (63.3)	22 (37.7)	60 (28.2)		

ISSSTE	9 (60)	6 (40)	15 (7)		
PEMEX	0 (0)	1 (100)	1 (0.5)		
Otro	30 (73.2)	11 (26.8)	41 (19.2)		
No tiene	70 (73.7)	25 (26.3)	95 (44.6)		
Vivienda				4.65	0.19
Propia	60 (74.1)	21 (25.9)	81 (38)		
Rentada	55 (70.5)	23 (29.5)	78 (36.6)		
Comparte	32 (61.5)	20 (38.5)	52 (24.4)		
Otra	0 (0)	1 (100)	1 (0.5)		
Consideración de la salud bucal del hijo				33.4	0.00
Muy buena	5 (27.8)	13 (72.2)	18 (8.5)		
Buena	47 (57.3)	35 (42.7)	82 (38.5)		
Regular	81 (82.7)	17 (17.3)	98 (46)		
Mala	12 (100)	0 (0.0)	12 (5.6)		
Muy mala	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (1.4)		
Veces de cepillado al día				2.00	0.57
1	41 (66.1)	21 (33.9)	62 (29.1)		
2	64 (68.1)	30 (31.9)	94 (44.1)		
3	27 (69.2)	12 (30.8)	39 (18.3)		
0	15 (80.3)	3 (16.7)	18 (8.5)		
Consumo de dulces				2.87	0.57
Todos los días	30 (78.9)	8 (21.1)	38 (17.8)		
La mayoría de los días	60 (69.0)	27 (31.0)	89 (41.8)		
Una vez por semana	35 (66.0)	18 (34.0)	53 (24.9)		
Rara vez	21 (63.6)	12 (36.4)	43 (20.2)		
Nunca	1 (100)	0 (0.00)	1 (0.5)		

En la tabla 5 se muestra el índice de ceo relacionado con variables de condiciones de vida y sociodemográficas .

El índice ceo fue de 4.34, es notable que el índice de caries es mayor en niños que en niñas (Tabla 5). La relación entre la edad y el número de dientes extraídos y obturados es significativa ($p<0.05$). La relación entre el ceo total y la edad también es significativa ($p<0.05$).

En cuanto a las condiciones de vida, la escolaridad del padre y su ocupación, muestran mayor relación con el índice ceo ($p<0.05$), padres que cuentan únicamente con la educación primaria incompleta tienen hijos con 11 dientes cariados en promedio y en dichos preescolares no se encuentran datos de atención odontológica (Tabla 5).

La percepción de las madres en cuanto a la salud bucal de sus hijos es estadístivamente significativa ($p<0.05$) con el índice ceo y de manera particular con el promedio de dientes cariados.

Finalmente, se encontró que a menor veces de cepillado al día existe mayor número de dientes cariados y el índice ceo también es mayor.

Tabla 5. Índice de dientes temporales cariados, indicado para extracción y obturados (ceo) de los preescolares del Jardín de niño Ma. Patiño Vda. De Olmedo (2011).

Variables sociodemográficas	**C**	**E**	**O**	**ceo**
	X (DE)	**X (DE)**	**X (DE)**	**X (DE)**
Total	3.63 (3.73)	0.02 (2.27)	0.66 (1.54)	4.34 (4.12)
Sexo				
Femenino	3.70 (3.57)	0. 04 (0.38)	0.55 (1.55)	4.30 (4.05)
Masculino	3.55 (3.9)	0.00 (0.00)	0.78 (1.54)	4.39 (4.21)
F (p)	0.076 (0.78)	0.901 (0.34)	1.160 (0.28)	0.032 (0.85)
Edad				
4 años	2.39 (3.4)	0.13 (0.71)	0.10 (0.30)	2.64 (3.96)
5 años	3.86 (3.82)	0.00 (0.00)	0.66 (1.52)	4.54 (4.23)
6 años	3.81 (3.61)	0.00 (0.00)	0.93 (1.85)	4.7 (3.8)
F (p)	2.02 (0.13)	2.9 (0.05)	3.09 (0.04)	3.2 (0.04)
Condiciones de vida				
Escolaridad de la madre				
Primaria incompleta	3.58 (3.82)	0.00 (0.00)	0.75 (1.05)	4.33 (3.89)
Primaria completa	6.07 (4.71)	0.00 (0.00)	0.50 (1.09)	6.57 (4.61)
Secundaria	4.21 (3.85)	0.00 (0.00)	0.76 (1.51)	5.02 (4.12)
Bachillerato	3 03 (3.22)	0.00 (0.00)	0.53 (1.78)	3.55 (3.94)
Carrera técnica	2.73 (3.32)	0.08 (0.55)	0.21 (0.80)	3.07 (3.73)
Licenciatura	3.43 (3.87)	0.00 (0.00)	1.65 (2.38)	5.08 (4.32)
F (p)	2.44 (0.03)	0.61 (0.69)	3.07 (0.01)	2.75 (0.02)
Escolaridad del padre				
Primaria incompleta	11.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	11.00 (0.00)
Primaria completa	6.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.85 (1.14)	6.84 (4.20)
Secundaria	4.38 (3.97)	0.00 (0.00)	0.30 (0.74)	4.71 (4.04)
Bachillerato	3.63 (3.49)	0.00 (0.00)	0.83 (1.94)	4.46 (4.12)
Carrera técnica	2.64 (2.89)	0.29 (1.06)	1.07 (2.05)	4.21 (4.87)
Licenciatura	2.30 (3.64)	0.00 (0.00)	0.05 (0.22)	2.35 (3.67)
No aplica (no tiene padre)	2.58 (3.26)	0.00 (0.00)	0.97 (1.68)	3.61 (3.65)
F (p)	3.09 (0.00)	2.46 (0.02)	1.64 (0.13)	2.35 (0.03)
Ocupaciónde la madre				
Empleada calificada	3.29 (3.65)	0.00 (0.00)	0.79 (2.01)	4.08 (4.35)
Empleada no calificada	3.06 (3.59)	0.08 (0.56)	0.57 (1.25)	3.72 (3.92)
Comerciante	4.07 (3.50)	0.00 (0.00)	0.89 (2.02)	5.03 (3.88)

Estudiante	2.67 (3.05)	0.00 (0.00)	2.00 (3.46)	4.66 (6.42)
Hogar	3.95 (3.93)	0.00 (0.00)	0.56 (1.26)	4.5 (4.17)
F (p)	0.68 (0.60)	0.79 (0.53)	0.91 (0.45)	0.57 (0.68)
Ocupación del padre				
Trabajador calificado	2.65 (3.67)	0.00 (0.00)	0.61 (1.61)	3.39 (4.52)
Trabajador no calificado	3.78 (3.64)	0.05 (0.43)	0.62 (1.74)	4.45 (4.14)
Comerciante	4.38 (3.41)	0.00 (0.00)	0.52 (1.28)	4.95 (3.48)
Empleo libre	4.80 (4.30)	0.00 (0.00)	0.68 (1.16)	5.47 (4.48)
Empleado por contrato	0.60 (1.34)	0.00 (0.00)	0.20 (0.44)	0.80 (1.30)
Otro	3.50 (4.95)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	3.50 (4.94)
No aplica (no tiene padre)	2.58 (3.26)	0.00 (0.00)	0.97 (1.68)	3.61 (3.65)
F (p)	2.16 (0.04)	0.24 (0.96)	0.41 (0.86)	1.64 (0.13)
Acceso a los servicios				
IMSS	3.60 (3.72)	0.00 (0.00)	0.73 (1.73)	4.40 (4.20)
ISSTE	2.53 (3.29)	0.27 (1.03)	0.93 (2.54)	3.73 (5.11)
PEMEX	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)
Otro	3.80 (4.11)	0.00 (0.00)	0.63 (1.33)	4.46 (4.15)
No tiene	3.82 (3.67)	0.00 (0.00)	0.60 (1.32)	4.44 (3.93)
F (p)	0.63 (0.63)	3.43 (0.01)	0.23 (0.92)	0.37 (0.82)
Vivienda				
Propia	3.79 (3.66)	0.05 (0.44)	0.83 (1.84)	4.69 (4.34)
Rentada	3.72 (3.87)	0.00 (0.00)	0.46 (1.11)	4.19 (3.99)
Comparte	3.38 (3.37)	0.00 (0.00)	0.73 (1.61)	4.19 (4.00)
Otra	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)
F (p)	0.44 (0.71)	0.53 (0.65)	0.83 (0.47)	0.61 (0.60)
Consideración de la salud bucal				
del hijo				
Muy buena	1.11 (2.69)	0.00 (0.00)	0.72 (1.87)	1.83 (3.05)
Buena	2.37 (3.22)	0.00 (0.00)	0.46 (1.22)	2.82 (3.32)
Regular	4.72 (3.70)	0.04 (0.40)	0.77 (1.68)	5-57 (4.22)
Mala	6.58 (3.39)	0.00 (0.00)	1.25 (1.91)	8.08 (3.55)
Muy mala	5.67 (5.50)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	5.66 (5.50)
F (p)	10.04 (0.00)	0.28 (0.88)	1.02 (0.39)	10.80 (0.00)
Veces de cepillado al día				
1	3.39 (3.63)	0.00 (0.00)	0.34 (1.11)	3.77 (3.73)
2	3.76 (3.76)	0.04 (0.41)	0.80 (1.54)	4.60 (4.17)
3	2.36 (2.81)	0.00 (0.00)	0.95 (2.22)	3.30 (3.86)
0	6.65 (4.32)	0.00 (0.00)	0.44 (0.78)	7.16 (4.56)
F (p)	5.64 (0.00)	0.41 (0.74)	1.72 (0.16)	4.35 (0.00)

CAPÍTULO 6

6. ABORDAJE CUALITATIVO

6.1 Abordaje cualitativo

En cuanto al abordaje cualitativo, se empleo una entrevista semiestructurada con la finalidad de conocer las percepciones de las madres en cuanto al PSA bucodental. La entrevista permitió a las madres de preescolares percatarse cómo perciben la caries dental, cómo la significan en relación con la salud bucal, quién le enseñó los significados y cómo lo aprendieron.

6.2 Metodología cualitativa

6.2.1 Entrevista semiestructurada sobre las percepciones de la madre sobre la salud bucal

La entrevista se utilizó como medio principal de indagación debido a que los objetivos de trabajo estaban enfocados en la comprensión de las respuestas de las madres, situándolas en su contexto social y cultural (ANEXO 2). El número de entrevistas se definió de acuerdo con los tipos de madres identificados previamente, mediante el cuestionario. Se consideraron aspectos como la percepción que la madre tiene en cuanto a la salud bucal del preescolar. Fueron seleccionadas cuatro madres que consideraron la salud bucal de su hijo (a) como “mala”, cuatro que la consideraron “buena” y cuatro que consideraron que la salud bucal de su hijo(a) como “regular”.

El guión de la entrevista se orientó por las siguientes categorías:

- **Percepción** y **significación** de la boca y la atribución de valor social. Qué significa la boca para las madres en cuanto a sus funciones biológicas y sociales.

- **Significación** que la salud y enfermedad bucal representa para las madres y sus familias.
- **Manejo** del dolor dental por parte de la madre como evento que activa la valoración de la salud de ella y de su familia.
- **Estrategias** de educación y de atención de las enfermedades de la boca.
- **Recompensas** con dulces u otras golosinas.
- **Importancia** que dan las madres a la atención de servicios odontológicos.
- **Fuente** de sus conocimientos.

La función principal de la entrevista fue conocer las percepciones de las madres en cuanto al proceso salud-enfermedad-atención (PSEA), en relación con la boca. Se diseñó en función de los objetivos de la investigación y las características de las entrevistadas. Los pasos seguidos para la elaboración de la entrevista se relacionaron directamente con el antecedente de los cuestionarios. Se partió de un guión semiestructurado pero sin señalar el orden ni el volumen de las respuestas, mismas que quedaron a la libre decisión de las entrevistadas. El guión de la entrevista se empleó de manera flexible de modo que los cuestionamientos directos se realizaron tratando de abordar cada tema con la extensión y el tiempo necesario en cada caso. Nueve de las entrevistas se llevaron a cabo en el jardín de niños Olmedo, tres se realizaron en el domicilio de las madres. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para realizar el análisis de la información.

6.3 Análisis de las entrevistas

Se empleó el análisis cualitativo de contenido, el cual tiene como propósito identificar y clasificar de la unidad de análisis, palabras, frases, párrafos de la entrevista semiestructurada las dimensiones de las respuestas culturales (percepción, significación, valorización), y el análisis etnográfico, que consiste en describir e interpretar al grupo, sistema social o cultural con el cual se trabaja, en este caso, las madres de los preescolares (Creswell, 1998; Wolcott, 1999 en Álvarez-Gayou, 2003).

Se consideraron las siguientes respuestas:

- **Categoría de Respuesta Cultural (RC).** Se refiere a la manera en las que los miembros de una sociedad de clases dan cuenta de sus acciones y pensamientos, comprendiendo y significando las realidades en las que viven en un momento histórico.
- **Respuestas Culturales del proceso salud-enfermedad-atención bucodendal (PSEBD)**. Todas a aquellas respuestas que las madres dan acerca de las identificación, percepción, valorización y significación de la salud y de las enfermedades bucodentales en ellas y en sus familias.
- **Percepción y significación de la boca.** La significación de la boca en cuanto a sus funciones sociales y biológicas.
- **Conocimientos y experiencias de las Enfermedades Bucodentales (EBD).** Se refiere a las enfermedades bucodentales que conocen, si las han padecido y como las vivieron.
- **Estrategias de Educación y Atención de las Enfermedades Bucodentales (EBD).** Conocimientos que poseen las madres para curar estas enfermedades, que han obtenido a través de sus experiencias y creencias de sus tradiciones familiares.
- **Significación de la Salud y Enfermedad Bucodental.** De acuerdo a su experiencia en la vida cotidiana respecto a la caries dental y otras enfermedades de la boca, la manera en la que ven una boca sana y una boca enferma.
- **Manejo del dolor dental, que activa la valoración de la Salud Bucodental.** Experiencia con el dolor que determinen una nueva actitud hacia el cuidado de la boca.
- **Recompensas con dulces u otras golosinas.** Prácticas para motivar alguna actividad a su hijo, sobre todo las que tienen con el cuidado de la boca.
- **Importancia de los servicios odontológicos.** Relación que tiene las madres con estas instancias por experiencia o por creencias.

Adicionalmente se identificaron las siguientes subcategorías:

Identificación de las enfermedades Bucodentales (EBD)

- **Caries**
- **Enfermedades periodontales(gingivitis, periodontitis)**
- **Halitosis**
- **Maloclusiones**
- **Otras enfermedades identificadas y condiciones bucales que surgieron al clasificar y confrontar las respuestas de las madres quienes identificaron los siguientes padecimientos:**
    - Sangrado de encías
    - Llagas y úlceras
    - Restauraciones de amalgamas y resinas.
    - Muelas picadas o picaduras
    - Chupar dedo
    - Morder cosas
    - Encías sensibles.
    - Dolor de muela
    - Postemillas

6.4 Resultados

6.4.1 Entrevistas a madres de preescolares

Las entrevistas se clasificaron en tres grupos definidos como (Tabla 6):

- Madres que consideraban la salud de su hijos como buena.
- Madres que la consideraban como regular.
- Madres que consideraban la salud bucal de su hijo como mala.

Tabla 6. Percepción de la salud bucal por parte de las madres de preescolares (PSB); Buena: 0 caries; Regular: 1 a 2 caries no severas; Mala: 3 caries en adelante. Evaluación de la Salud Bucal del preescolar (ESB).

BUENA						
Entrevista	**Edad (años)**	**Escolaridad**	**Ocupación**	**PSB**	**ESB**	**No. de Hijos**
E5	27	Carrera Técnica	Hogar-autoempleo	Buena	Mala	2
E6	27	Primaria incompleta	Hogar	Buena	Mala	5
E1	32	Carrera Profesional	Hogar	Buena	Buena	2
E7	39	Carrera Técnica	Hogar autoempleo	Buena	Mala	3
REGULAR						
Entrevista	**Edad (años)**	**Escolaridad**	**Ocupación**	**PSB**	**ESB**	**No. de Hijos**
E9	23	Secundaria	Hogar	Regular	Mala	2
E8	42	Secundaria	Hogar	Regular	Buena	1
E2	32	Secundaria	Hogar	Regular	Mala	4
E3	32	Secundaria	Hogar	Regular	Mala	2
MALA						
Entrevista	**Edad (años)**	**Escolaridad**	**Ocupación**	**PSB**	**ESB**	**No. de Hijos**
E4	33	Secundaria	Empleada	Mala	Mala	2
E10	48	Carrera técnica	Empleada y hogar	Mala	Mala	4
E11	23	Secundaria	Hogar	Mala	Mala	1
E12	36	Preparatoria	Comerciante	Mala	Mala	2

La enfermedad más reconocida fué la caries dental que fué identificada como picaduras, muelas picadas, dientes picados. El dolor en si mismo es interpretado por ellas como enfermedad: si algo duele significa que está enfermo. El dolor de una muela fue identificado como padecimiento, no como una muela enferma, sino que un dolor de muelas significaba una enfermedad en la boca.

El sangrado de encías y las encías sensibles fueron identificados como otros padecimientos comunes, sin embargo no se explicaban la razón de dichas enfermedades. Las llagas o úlceras eran reconocidas como un padecimiento molesto y doloroso pero de menor importancia, pues por experiencia sabían que después de un periodo de tiempo corto éstas desaparecerían.

Las restauraciones y amalgamas eran vistas como signo de enfermedad; asociadas a la idea de salud, tener amalgamas significa que su salud bucal es deficiente o mala. Por otra parte, también se asocian a la idea de una curación pues después de una restauración el estado de la salud mejora, se cura una enfermedad.

Entre los padecimientos menos reconocidos se encontraron morderse las uñas y chuparse los dedos, prácticas que resultan en afectaciones bucales atribuidas a estados de ansiedad en los preescolares sin poderse explicar la razón de dichos estados. Las postemillas también fueron identificadas como una enfermedad, algunas veces las relacionaban con una infección, aunque en general, se desconocía su causa y trataban de atenderse.

Algunas respuestas que ilustran las observaciones anteriores son:

Entrevista 1. "Sangra la encía o salen como pequeñas llaguitas y úlceras y cuando a los dientes, la caries son como negritos ¿no? "como puntos negros".

Entrevista 4. "Ella tiene muy maltratados los dientes, tiene muelas súper picadas y los dientes igual los tiene picados."

Entrevista 6. "Tiene maltratados los dientes pero le salió una postemilla, que dicen que eso es por dentro que ya lo tienen muy..,o sea no se ve por fuera pero lo tiene muy por dentro."

Entrevista 2. "Pero lo que tiene ahora es chuparse los dedos bueno, desde los seis meses se empezó a chupar los dedos y siento que sus dientes, como que ya se le botaron, para afuera. …como que ahorita ya los tiene parejitos, pero yo digo que si sigue chupando los dedos, todavía se le van a mover, inclusive los dientes de acá arriba ya los tiene como desgastados, por lo mismo, por lo mismo, porque se chupa los dedos."

Una subcategoría importante es la del reconocimiento de las enfermedades. Los medios más frecuentes para el reconocimiento son la vista, el color, el olor, el tacto y el dolor. El dolor aparece frecuentemente como detonante para el reconocimiento y percepción de una enfermedad bucal, además de ser muy importante para la valoración de la salud bucodental.

6.4.2 Reconocimiento y percepción de la enfermedad

- **Por Color:**

Entrevista 3 "Se ven a simple vista, pues la caries, es lo que se ve a simple vista, pues se empieza a ver como puntitos negros en las muelitas."

*Entrevista 6 "Veo que no quiere comer y luego que la panza, que algo en la boca***.** *Ya veo ay que un hoyo, como hoyos rojos",*

Entrevista 2 "Al niño, pues yo creo que son caries, porque son negras. Yo no las conozco, nunca he ido al dentista. Yo digo que son caries."

Entrevista 9 "El me avisó, y de hecho tenía como que un poco hinchadita y… se le inflamo y me dijo; mamá, es que me duele mucho, y le dije; a ver vente te voy a checar, y sí tenía inflamado así como rojizo alrededor de la boca."

Entrevista 9 "Bueno porque desde que tenía dos años, empezó con los dientitos de arriba a picárseles , se le veían feos negros, cafés, entonces nos dimos cuenta ya eran las muelas, y por mas que se las lava."

- **Por Olor:**

Entrevista 9 "Por ejemplo, luego, a la hora de hablar, por ejemplo y a mi si me da pena cuando traigo las…(señala la boca) inflamadas un olor espantoso, que dice uno, ay no… se me ha inflamado, grande, entonces es, no sé es molesto, porque a veces para hablar uno, que no quiere uno ni hablar, por lo mismo, del olor de boca, pero pues si, el olor."

Entrevista 6 "Yo siento que cuando me enojo me huele mucho , este si, o yo siento la boca mas seca"

Entrevista 12 "Me doy cuenta por el olor, huele a podrido feo, le digo ven ¿qué comiste? y me doy cuenta que la boca le huele, a… no se a podrido"

Entrevista 11"Huelen mal las muelitas, como a echado a perder, a descompuesto."

- **Por Dolor:**

Entrevista 4 "Lo primero las muelas la del juicio , fue el dolor, no soportaba el dolor"

Entrevista 6 "Es un dolor horrible, bueno no se si me duele la cabeza, le duele todo, el oído, la cabeza, la muela, se pone uno de malas, no soportaba nada, no quiere uno comer, esta uno enfermo."

Entrevista 4 "Le salió una postemilla,, entonces ese día llegue y comenzó a quejarse y todo, con ella, pues, ya por eso le digo a lo mejor fue ahí, fue un poco que una llamadita de que tengo que llevarla, tal vez porque es la que tiene más maltratados los dientes"

Entrevista 9 "A la hora de comer, se muerde uno y todo eso, y si es muy doloroso"

Entrevista 5 "Pues ahorita ya mas le pongo, (atención) porque si es un poco doloroso. Bueno yo pienso que es insoportable (el dolor)."

Entrevista 9 "Pues mala no (la salud bucal de su hijo) , pero sí le perjudica, porque luego a veces me dice; "¡ay!" Mamá es que cuando come guayabas se le mete al huesito hacía el y le duele ¿sabes qué? aunque sea cada ocho días, no le podemos pagar al dentista."

- **Por Tacto:**

Entrevista 10 "Le pregunto ¿dónde, dónde te duele?, me dice aquí, y le toco y le duele mucho, así se que esta mal, que no me esta engañando."

Entrevista 12 "Pues yo prefiero tocarle, le toco el diente, si ya se va a caer, se mueve mucho, y si está mal que ya tenga enfermedad, le toco, se siente hueco, con hoyo y se le ve muy feo."

En general, las respuestas más frecuentes fueron: huelen mal, se ven hoyos, puntos negros, manchas blancas, se le ven huecos, manchas cafés, hoyos rojos, puntos negritos y por el dolor.

Las expresiones encontradas evidencian la necesidad de información para el reconocimiento de las enfermedades bucodentales. A pesar de reconocer una de las enfermedades mas comunes, la caries dental, las afecciones bucodentales son reconocidas principalmente cuando causan dolor, es decir, cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada. El sentido común predomina como guía para las madres de los preescolares en la identificación de las enfermedades bucodentales. Las enfermedades identificadas se reconocen como prevenibles; el conocimiento biomédico asociado a dichas enfermedades no se ve reflejado en las respuestas de las madres de los preescolares.

6.4.3 Valor social, cultural y biológico atribuido a la boca

Para las madres entrevistadas la boca tiene un valor biológico y social elevado, siendo el atributo más destacado "la apariencia". Consideran a la boca como una parte fundamental y principal del cuerpo e identificaron partes anatómicas de la boca: los labios, los dientes, las muelas y la lengua. Una de las funciones biológicas descrita fue la de comer, alimentarse, así como otras social-biológicas tales como sentir la comida, los sabores, hablar, comunicarse con otros, para no verse mal, para expresarse, para sentirse seguras, para poder sonreír. El valor estético, estuvo presente en todas las entrevistadas. Estos valores siempre estuvieron asociados al de la idea de salud y enfermedad bucodental.

Reconocimiento de las partes anatómicas de la boca.

Entrevista 12 **"***La boca, pues los labios, los dientes, las muelas, ah y la campanilla."*

Entrevista 2 "Pues los dientes son los mas importantes."

Entrevista 12 "La boca toda, los labios, labios, eh, los dientes, este, también la lengua y el paladar."

Consideraciones acerca de la importancia de la boca.

Entrevista 5 "Yo siento que son importantes, porque bueno, es los dientes, es la forma que usamos para comer, pero si es muy profundo, la ***vista estética****, no se si este bien también."*

Entrevista 7 "Pues yo siento que nos sirve como base de nuestra presentación, yo siento que es importante que conservemos nuestras piezas dentales, en primera, nos sirve para alimentarnos y para tener pues una sonrisa, bien. ***Estéticamente*** *yo siento que sí nos hace falta, y siendo personas mayores también, porque pues debido a eso puede tener uno problemas, pues no sé en el estómago o algo por falta de mala masticación o no masticar correctamente los alimentos. O sea su función yo siento que es básica y primordial."*

Entrevista 1 "Pues para empezar, pienso que es una parte del cuerpo muy importante, porque pues por ahí comemos y además podemos expresarnos, y los dientes, específicamente, pues es una herramienta que nos permite tener una buena digestión, además de que es una ***carta de presentación****."*

Entrevista 6 "Para que si se puedan sentir este, seguros de sí mismos, de reírse y todo, si este que tengan los dientes, pues no tan chuecos y blanquitos ¿no? No tan amarillos y eso".

*Entrevista 12 "Pues la boca nos sirve para que saboreemos la comida para detectar los sabores****" para verse bien estéticamente*** *no todos chimuelos y feos"*

Entrevista 4 "Sirve para comer, para sentir y sobre todo es nuestro principal, se ríe uno y es lo primero que se nos ve los dientes".

Las respuestas ejemplificadas permiten destacar que la importancia de la boca no se desvincula de la importancia de comer, de poder alimentarse. Por otra parte, el valor estético que le atribuyen es parte de la exigencia dominante de tener una "sonrisa estética" aunque no puedan explicar ese concepto, está asociado a la exigencia social y el rechazo a las personas sin dientes.

La publicidad de los productos dentales se ve reflejada en la importancia de la boca. Es importante destacar que al respecto, la biomedicina se ve reflejada sólo en cuanto a la exigencia de la “sonrisa estéticamente deseable”. Por otra parte, es reiterada la percepción expresada por las madres en el sentido en que ellas son culpables del estado de la salud bucal de los preescolares. Dicha percepción es reforzada por las maestras y la directora del jardín de niños Olmedo pues las responsabilizan de todos los padecimientos bucales de los niños, llegando incluso a mostrar actitudes hostiles contra las madres cuando descubren algún padecimiento bucal en los niños.

6.4.4 Estrategias de autoatención bucodentales

Los conocimientos que poseen las madres para atender enfermedades bucodentales han sido obtenidos a través de la experiencia y de las creencias familiares, así como de anuncios terlevisivos y de profesionales de la salud bucodental. Se trata de conocimientos de autoatención, que son practicados por las madres antes de considerar visitar al dentista. Entre ellos destacaron, el cepillado dental, el usu del hilo y enjuague bucal, la automedicación, y remedios caseros como el uso del clavo, de tés, de bicarbonato, corteza de encino, sal de grano, algodón con tequila, tortilla quemada,jabón y canela masticada.

Las respuestas en en cuanto al cepillado dental, el uso del enjuague bucal y uso del hilo dental. denotan una práctica asociada a las recomendaciones de los anuncios televisivos, ligadas directamente a *lo que los dentistas recomiendan* sin embargo, no sabían como realizarlas ni si lo hacían correctamente. El cepillado dental con pasta fue una de las estrategias mas mencionadas por las madres, esta práctica esta asociada a la idea de higiene bucal, si no hay cepillado, es resultado de enfermedad, aunque en algunos casos mencionaban que aunque se cepillaran los niños seguían padeciendo dolores dentales o en ellas sangrado de encías. En el caso de la elección de pastas para el cepillado de los preescolares, las madres buscan una especial con saborizantes dulces, en el caso de que la puedan comprar. La marca *Crest*, *Colgate y Oral B* son las

elecciones más referidas, sin embargo atribuyen su elección al precio de la pasta, en esa elección la marca ya no es importante. Una significación importante acerca de la salud dental de los preescolares es que si el niño(a) padece una enfermedad que provoque dolor requiere de un gasto no contemplado en sus necesidades básicas. Para las madres una enfermedad bucal o una caries que presente dolor se traduce en atención odontológica y esto a su vez como sinónimo de desembolso en dinero. Sin embargo no significan como saludable un diente que ha sido tratado por un odontólogo.

El cepillado esta asociado a la caries dental, a la gingivitis, a la acumulación de placa, misma que determina en gran medida la presencia de estas enfermedades. Es posible afirmar que las madres saben que con el cepillado se evita en gran medida el padecimiento de diversas enfermedades bucodentales sin embargo, que lo sepan no significa que lo realicen; es necesario recordar que la prevalencia de caries dental en los preescolares fue muy elevada. Del grupo de cuatro madres que calificaron la salud bucal de sus hijos como buena, únicamente en un caso el resultado de la revisión bucal confirmó dicha percepción.

La automedicación es una respuesta que las madres dan a las enfermedades bucodentales, principalmente cuando se trata de aminorar una situación de dolor. La elección de los medicamentos a emplear la realizan de acuerdo a anuncios televisivos. Los medicamentos mas mencionados fueron el ibuprodeno, diclofenaco, paracetamol y aspirina.

Otras estrategias de autoatención fueron:

- Uso del clavo para quitar el dolor, en algunos casos les funcionaba y lo hacían por mientras conseguían dinero para llevarlo a la atención dental por un profesional. O lo hicieron porque no tenían dinero para llevarlos, y además les había funcionado.
- El té de ajenjo para quitar el dolor de muela y el uso de ajo y algodón para el dolor de muela.

- Enjuagues de bicarbonato para la eliminación de úlceras bucales, o para las molestias asociadas al brote de los dientes permanentes.
- El uso de corteza de encino para las encías sangrantes o gingivitis, o para reforzar a los dientes y evitar que los dientes se aflojen.
- La sal de grano para eliminar postemillas.
- Algodón con tequila para el dolor de de muela.
- Tortilla quemada para lavarse los dientes.
- Otra estrategia mencionada fue el uso de jabón en lugar de la pasta dental, que funcionaba mejor, dejaba mas limpios los dientes y además era económico.
- Canela masticada para quitar el dolor de muela.

Cepillado dental:

Entrevista 4 "*No, ahora sí que lo de las tres veces al día y cepillarnos hacia arriba y hacia abajo y el círculo. Que a veces no es las tres veces al día, pues ya por ejemplo, yo en la mañana cuando se vienen, le lavo nos lavamos los dientes y en la noche también a veces , pero ya en la tarde no porque aquí comen."*

Entrevista 7 "Le lavo sus dientitos o ella se los lava. De repente cuando tienen flojera o no están así en disposición, haber, vente vamos a lavarte los dientes. O ella me dice; "mamá ya me fui a lavar los dientes", le digo; "te los lavas bien", "si ya me los lave", dice, "cómo me quedaron", le digo; "bonitos", "¿ya están limpios?", me dice; "sí, ya están limpios". Entonces yo veo que ellas a través de lo que ven que hacemos nosotros, ellas también tratan de imitar esas conductas."

Entrevista 7 "Si, nada más el cepillado, su pasta de dientes y de repente Karla, cuando le empiezan a brotar las muelas, me dice que tiene inflamado, lo que le hago son gargaritas con agua tibia con bicarbonato. Y eso me dice ay mamá sabe feo, le digo si mi amor pero para que te desinflame un poquito y ya pasan días y le doy tempra o algo para que le ayude un poquito, porque a veces dice que le duele, si porque al reventarle la muelita si creo que si le duele. Y nada más es lo único que les doy."

Entrevista 7 "Yo cuando siento sucia la boca, si en ese aspecto yo sí le pongo bicarbonato a la pasta y me tallo y me tallo y yo siento que se me pulen, no sé, no sé. Sí y siento más, como más, se me empiezan como a blanquear mis dientes y los siento más limpios, no sé si sea bueno o sea malo."

Las mías (señala sus encías) si se me inflaman muy seguido. (ha usado para la inflamación) el cepillado en las encías y enjuague bucal. (le funciona) No, yo siento que no. Si, de hecho puedo estar hablando y me siguen sangrando."

Entrevista 5 "Bueno por ejemplo, antes de dormir, les doy de cenar y ya cuando terminan de cenar, nos vamos al baño, cada quien con su vasito y su cepillito y a lavarse los dientes: los en enfrente de arriba hacia abajo y los de debajo de abajo hacia arriba y de los lados en círculos."

Entrevista 7 "He detectado que de repente al cepillarme los dientes, me sale sangre de las encías, pero pues no, hasta ahí nunca he ido a no sé, a tomarme un tratamiento, alguna cosa para esto."

Entrevista 9 **"***Bueno porque desde que tenía dos años, empezó con eso, empezó con los dientitos de arriba a picárseles. Entonces cuando nosotros nos dimos cuenta ya eran las muelas, y ni por más que se la lava, o sea, no le voy a mentir, se las lava a veces, en la mañana, y sí cuando llega a comer, sí se le olvidan, la verdad, llegando de la escuela se le olvida lavarse los dientes, entonces nada más se los lava en la mañana y en la noche, es las únicas veces que se lava los dientes, porque como ve que nosotros nos lavamos los dientes nada más en la mañana y en la tarde."*

Automedicación*:*

Entrevista 4 "Ay, como se llama, cuadr… algo así, es lo único que me he tomado, pues como auto medicamento pero es lo que nos quitaba el dolor, el nombre… cuadrax ese".

Entrevista 6 "Bueno, por ejemplo para mi hijo para el dolor, le, yo le di nada más una aspirina".

Uso del clavo para quitar el dolor:

Entrevista 7 "Por ejemplo para el dolor de muela, por ejemplo, es el clavo, este, lo muele y le ponen, este alcohol y eso hacen como en un algodón meten el clavito y remojan en alcohol y se lo ponen por ejemplo si ya tienen el orificio de la muela por ejemplo que se le cayó la amalgama ¿no?, como es como se tapó la muela y en lo que vamos al doctor y persiste, me imagino, todavía la infección, pero el dolor, si hay dolor, hacen eso; machacan un clavo bien. Este lo meten adentro de una torundita de alcohol, lo meten, este de algodón lo meten en alcohol y se lo dejan ahí en la muela. Y dicen que sirve como anestésico, que le quita."

Entrevista 8 "Para que se le quitaba, o cuando tenían ellos un dolor de muela, la especie esa de clavo, se la ponía ella en el, (señalaba las muelas) para que se les quitara el dolor".

Entrevista 8 "No, así haga de cuenta que el clavito se lo enterraba en donde les dolía, se lo ponían para que se les quitara el dolor."

Te de ajenjo ajo y algodón para el dolor de muela:

Entrevista 9 "Se le inflamó y me dijo; "mamá, es que me duele mucho", y le dije; "a ver vente te voy a checar", y sí tenía inflamado así como rojizo alrededor de la boca, tenía rojizo, pero si se compuso. Se le quitó porque le dimos le dimos un tecito de ajenjo que me dijo mi suegra que es muy bueno para los dolores y sí se le quito, y después mi suegra le puso un pedacito de ajo para que le muriera lo de los, no sé qué a mí me dijo ponle un ajo molido ahí y ahí que lo tenga un ratito con poquito algodón así, se lo detienes y si vas a ver que se le quita. Y sí se le quitó el dolor. Dice que era un antibiótico, no sé si era cierto, pero uno sigue a veces las, con tal que ya no le duela, pero sí, sí se le quitó, y ahorita sí, ya… de repente le da miedo".

Enjuagues de bicarbonato para la eliminación de úlceras bucales, o para las molestias asociadas al brote de los dientes permanentes:

Entrevista 7 "Si, nada más el cepillado, su pasta de dientes y de repente Karla, cuando le empiezan a brotar las muelas, me dice que tiene inflamado, lo que le hago son gargaritas con agua tibia con bicarbonato. Y eso me dice ay mamá sabe feo, le digo si mi amor pero para que te desinflame un poquito y ya pasan días y le doy tempra o algo para que le ayude un poquito, porque a veces dice que le duele, si porque al reventarle la muelita si creo que si le duele. Y nada más es lo único que les doy".

Entrevista 10 "Cuando le veo una ulcerita, le preparo enjuagues con bicarbonato y se los hace en la noche, y ya, luego a los dos días ya se le quitaron".

El uso de corteza de encino para las encías sangrantes o gingivitis, refuerza a los dientes para evitar que los dientes se aflojen:

Entrevista 7 "Sí, si le funcionaba, he escuchado yo también por ejemplo del, creo que es la corteza del encino, hervida en ¿qué?, dicen que es muy buena, nunca me la he hecho, la verdad y si me da tentación de repente porque yo digo, bueno si tengo gingivitis, pues no sé qué tanto me funcione, digo no sé si me quitará o me cortará la infección o me ayudará, sobre todo dicen que refuerza los dientes para que no se aflojen, bueno he escuchado, pero no sé qué tan verídico sea. O que tanto funcione, nunca lo he hecho".

La sal de grano y el uso de enjuagues bucales para eliminar postemillas:

Entrevista 8 "Mi mamá ella, cuando le salió un absceso, bueno mi mamá le decía que no, como ella lo llamaba, que decía que era una postemilla, entonces ella para que se le quitara se ponía la sal de grano. Se ponía una bolita, se la ponía aquí (señala la encía)".

Entrevista 6 "Pues mi mamá, yo lo que siempre veía que usaba era su pasta dental y por decir alguna pequeña úlcera que le salía en la boca de

repente que salen o nosotros decimos las famosas postemillas, no sé como llamarlas, este…lo que hacía, se lavaba con agua tibia, bien, bien la boca y se hacía gárgaras o buches de astringosol, que ahora hay varias marcas, pero antes era nada más esa marca".

Tortilla quemada para lavarse los dientes:

Entrevista 7 "Mi mamá pero que usaba mucho, tostaba una tortilla en el comal y la dejaba quemar que la trituraba bien, y ya al polvito, que con eso se, se tallaba los dientes y me dice, siempre hacía eso y tenía sus dientes muy bien si, luego pero a veces son cosas que nos dicen y uno no sabe. Si, siento mi boca más limpia".

Algodón con tequila para el dolor me de muela:

*Entrevista 12 "Se hace una bolita de algodón, se le pone tequila, yo no tenía tequila, tenía vodka y se lo mete en el hoyo, en la muelita y se le calma el dolor". Le llame a mi amiga es una vecina y pues ella me dijo como y si por el momento se lo calmo, el, el, dolor a mi niño"***.**

Uso de jabón en lugar de pasta:

Entrevista 6 "Que cuando no había pasta, jabón, este, así de para bañarse, decía pásale, así y tállate y es mejor que la pasta que porque la pasta te hace daño y quién sabe qué. Es mas barato".

Canela para el dolor de muela:

Entrevista 10 "Mi papá decía que con canela, se quita muerde mucha en donde te duele, y al principió dolía y ardía y luego ya no", yo a Diego el de aquí(el jardín de niños) eso le dí y, y se le quito, en el momento, luego le volvió a doler se la molí y se la puse, pero, ya no, y el dolor, pero ya se durmió y pues ya al otro día no me dijo nada".

En esta dimensión es evidente el uso de conocimientos provenientes de las medicina tradicional, que si bien quedan fuera del campo biomédico hegemónico, son en muchos casos confiables y por la vía de los hechos son también una de las formas en las que resuelven de manera menos costosa el problema de dolor bucodental. Las madres no cuentan con seguridad social, la mayoría están afiliadas al seguro popular o al servicio de gratuidad que ofrece el gobierno del Distrito Federal.

Algunas madres reconocen que los tratamientos ofrecidos por el seguro popular se limitan a la prevención, profilaxis (limpieza dental) o alguna curación e información general sobre las enfermedades bucodentales. A pesar de lo anterior, prácticamenten ninguna ha usado dichos servicios. A pesar de que la práctica del cepillado dental es conocida y reconocida para la prevención de enfermedades bucodentales, esta no esta integrada en su vida cotidiana. No lo identifican como una necesidad en la prevención de enfermedades bucodentales debido a que tienen otras necesidades prioritarias como alimentarse y vestirse. Las madres dejan que sus hijos preescolares cepillen solos sus dientes, ellas no se involucran en dicha tarea que no tiene importancia en la práctica aunque si en su discurso.

6.4.5 Relación de las enfermedades bucodentales y sus condiciones de vida

Las condiciones de vida son sin duda unas de los determinantes sociales del PSEA. Esta categoría es aplicable al PSEA bucodental. Es por eso que fue una de las categorías mas representativas. La vivienda, el trabajo y la alimentación fueron de las principales asociaciones que las madres hicieron al indagar acerca de su relación con sus condiciones de vida y su estado de salud bucodental. La vivienda la sociaban directamente con una condición insalubre, si hab{ia tierra era peligroso para los niños. El hecho de trabajar representa para ellas menos atención a sus hijos pero mas ingreso económico, también representa para ellas la forma mas importante de sobrevivencia. La alimentación es la necesidad que

primordialmente deben de cubrir, consideran que es fundamental en relación con las enfermedades.

Un tercio de las entrevistadas no reconocían alguna relación con sus condiciones de vida, los otros dos tercios reconocieron al menos una. Las limitaciones económicas son fundamentales en la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades. Sin embargo, las causas de sus enfermedades bucodentales se atribuyen más a malos hábitos y a comportamientos individuales, generándose también procesos de culpa por la existencia de problemas bucodentales y la nula práctica de actividades preventivas.

Con el trabajo:

Entrevista 1 "*Pues yo pienso que esta colonia es de diferentes clases sociales, y pues es una clase media baja considero, y hay padres o personas que trabajan ambos y por lo tanto bueno, pues sí tienen una vida mejor, unos ingresos pues, más satisfactorios para sus necesidades y pienso que la gente acude al dentista sólo cuando tienen molestias."*

Entrevista 11 "Nomás fíjese, nos vamos a trabajar, nos dan de 20 a 30 minutos para comer, te vas a buscar donde, en lo que te sirven y comes pues ya te dio la media hora, y a regresar corriendo, la verdad, usted cree que pensamos en lavarnos la boca" estamos pensando en que no nos vayan a correr."

Con el lugar (vivienda):

Entrevista 2 "Dependiendo del lugar o no sé, dependiendo del lugar, por ejemplo yo cuando me voy con mi mamá allá es una zona árida, (Iztapalapa Nezahualtcoyotl) la tierra hace mucho daño, bueno yo siento que la tierra hace mucho daño porque los niños luego como que se enronchan, o sea no pueden, y por ejemplo están aquí, estamos aquí y mis hijos así como que no, no sé si porque está todo pavimentado y allá no, no sé, yo digo que sí."

Entrevista 6 "Por ejemplo ahí donde vivo hay mucha tierra también, hay mucha tierra, entonces ellos se la pasan jugando en la tierra y luego, luego

también yo creo que por eso se enferman de que están ahí no se lavan las manos y ahí andan jugando y todo."

Entrevista 9 "Pues yo siento que no, pues si nosotros, bueno nosotros vivimos en el pueblo, nuestra casita era de cañas y no, no teníamos, a lo mejor yo creo porque comíamos más sano, porque allá la carne es más fresca, la verdura es más fresca, las verduras son frescas, vas y las cortas y ahí …"

Con la alimentación:

Entrevista 3 "Pues porque antes se comía más sano, más saludable que ahora. Ahora ya casi todo es químico, envasado, ya todo viene preparado ya antes era más saludable. Hasta la tortilla ahora ya no es de grano natural ya sale con harinas, este, hasta el olote creo ya no es tan saludable. Ya es muy distinto ya. Yo pensaba por lo mismo de todo eso pues ya; "comes bien y te doy esto, comes bien…' y antes no, antes comíamos porque comíamos'."

Entrevista 3 "Pues yo creo que lo mismo que ahora ¿no? pero ya no son tantos químicos, por ejemplo ya las verduras ya les echan este… fertilizantes, y antes y no, y entonces yo creo que todo eso va repercutiendo a la alimentación."

Entrevista 3 "Sí porque bueno, por ejemplo yo siento que les hago bien de comer, pero digo yo creo que no tan bien porque por ejemplo yo que me operaron de la vesícula y dice el doctor es por la mala alimentación que lleva, bueno es de corajes y todo pero digo pues también ha de ser que les cocino con mucha grasa, este, no sé, no a lo mejor".

Entrevista 6 "Bueno trato también ya por ejemplo de ahora que yo estuve mala, pero yo no me puedo aguantar a no comer, pero ya trato de hacerles también a mi hijas, también pechugas nada más así asaditas, con nopalitos, con verduras, les gustan mucho las verduras al vapor, así al puro vaporcito, así se las hago también con el arroz precocido, también compro de ese y al vapor se los hago y entones es que trato de hacerles más sano ¿no? Sin tanta grasa y agua, trato de darles agua de sabor. Sí, Pero sí trato de hacerles agua. Luego ya en la noche cuando llega mi esposo, ya ellos se acabaron el bote del agua y ya que una coca".

Entrevista 7 "Yo mi gasto no me lo dan por quincena, me lo da al día. Mi esposo va al día, entonces viene y ya me trae, entonces yo tengo en la mañana que ver, qué es lo que les voy a preparar y qué es lo que les voy a hacer de comer. Trato de variarles un poquito su alimentación. Entonces ahorita si ya voy a empezar a integrar, pues su, entre su dieta con la mía yo voy a ver que alimentos me hacen daño para no ingerirlos y que alimentos ellos sí los pueden comer porque los necesitan como son carbohidratos, harinas, pero con medida también."

Estas respuestas permiten observar que las madres relacionan la alimentación con sus enfermedades. La alimentación es una de las necesidades que mas les preocupa cubrir sin embargo, expresaron dudas en cuanto a la forma en la que preparan sus alimentos y el concepto de "buena alimentación" Al preguntar cuales eran las necesidades que no alcanzaban a cubrir, mencionaron: la ropa, los zapatos, la despensa, la vivienda y la cuestión médica y odontológica.

Necesidades no cubiertas

Entrevista 6 "Híjole, yo veo que en la ropa, cuesta trabajo comprarles los tenis, en la comida siento que no."

Entrevista 6 "Entonces si trato de buscarles y hacerles bien de comer, pero si para los tenis si hay luego cuesta trabajo completar para la ropa y los zapatos."

Entrevista 3 "Nos hacen falta muchísimas cosas en la casa: la despensa, pues atender a los niños, llevarlos a su revisión a los dentistas, al médico, este, no sé, comprarles ropa, muchas cosas, construir nuestra casa, porque es de la laminita. No me van a creer pero mi casa todavía es de lámina."

6.4.6 Relación con los servicios odontológicos

La importancia que las madres le dan a dichos servicios por experiencia propia o de terceros y por creencias. En general la actitud hacia los servicios odontológicos fue ambivalente, negativa en relación con su costo pero positiva en función de que significa la cura de una enfermedad. Dichos servicios siempre se asociaron a la atención de algún dolor.

La significación mas importante fue económica pues representa un gasto, costos, dinero, un lujo, algo que definitivamente no está en su horizonte existencial. Asocian también la buena y la mala atención con el costo, si los servicios odontológicos son de costo moderado a bajo piensan que son malos. Distinguen que los servicios públicos odontológicos no atienden la mayoría de los padecimientos, por ello no los usan. Otros significados fueron sufrimiento, dolor; no ir al dentista significa enfermedad, irresponsabilidad, desidia. Ir al dentista significa estar sano de la boca. También se asocia como amenaza para que los niños se cepillen los dientes.

Entrevista 6 "Yo fui cuando me dolió, yo fui pero no, no me pusieron anestesia y ay, duele bien feo. Ya no, me dijeron regrese mañana. No yo ya no regresé mejor me fui con mi tío, sin anestesia me empezó a doler. Si nada más, según a limpiar, pero no, no yo ya no regresé".

Entrevista 6 "Así el CECOI (es un centro de atención comunitaria que esta en la misma calle que el jardín de niños) y entonces como que no se da buena atención, no sé si porque sea más barato no hay buena atención. O, como eso que le digo que sin anestesia, ¡ay¡ no, no hay muy buena atención. Sí debería de haber más, así como en los similares, y eso debería de poner así."

Entrevista 4 "Yo digo que también es desidia, porque yo también estoy así que voy y que voy, y que voy, ya se me hizo una desidia. Porque si uno se quiere hacer su espacio para poder ir al dentista lo puede hacer porque, pues lo tenemos. Pero también es la desidia, la verdad. Por mi parte es la desidia.

Porque estoy si voy, pero por cualquier cosita "luego voy" y ya no lo hace uno. Entonces es la desidia de uno mismo."

Entrevista 4 "No, si hasta eso la trataron muy bien, o sea saben tratar, como es para niños la supieron tratar a la mejor también eso fue mi error, también de llevarla con un, porque no sabía yo bien en realidad, no estaba bien informada, la llevé con uno de adultos. Entonces pues yo digo que ahí no tienen paciencia y todo, y fue eso el error."

Entrevista 11 "Te dan vueltas y vueltas y solo te sacan dinero, te maltratan, eso es mas para lo estético, es mas para la belleza, para mi no es una necesidad es pura apariencia."

Entrevista 10 "En el seguro, te tratan mal, y te colocan esas plateadas (amalgamas) y si les dices que te pongan de las blanquitas (resinas) te dicen que no, que se tiene que acabar las plateadas, no, con mala cara la doctora."

Entrevista 4 "Si bueno si, es lo mismo siempre, no es que te lastiman, no es que ni te hacen nada, nada más te lastiman y ni te curan, ni a la mejor también por eso se deja llevar uno por lo que escuchamos."

Entrevista 5 "Pues por ejemplo cuando me estuvieron haciendo la endodoncia, si es un poco cara la endodoncia, pero dejé de ir una sesión, por lo mismo, porque esa vez no trabajé y no me alcanzaba, pero si trato de acomodarme para poder."

Entrevista 4 "Ellas después me dicen: llévala porque tiene los dientes muy maltratados. Llévala porque ahorita no son sus dientes permanentes, pero se le van a caer y cuando ya los tenga fijos ahí si vas a tener, va a ser una cuestión de que ya no vas a poder hacer nada hasta que, mi mamá, no tiene sus dientes; los perdió también muy joven sus dientes. Ella usa postizos y también me dice lo mismo; llévala porque si no va a estar como yo y es muy feo usar postizos, no es lo mismo no sabe igual la comida, no puedes masticar lo mismo, entonces puedes hacer muchas cosas con tus propios dientes. O sea si la verdad, pero luego, luego, luego, o sea el luego nunca llega."

Entrevista 4 "Hablarle del dentista de un tiempo de aquí para acá, hablarles porque ella piensa que le digo: te van arreglar tus dientes. Al arreglarle los dientes, ella piensa que le van a poner los fierritos y como tenían lo de la comedia esa de la 'Patito' y la niña traía los braquets, quería que, quería, dice: Quiero eso como ella. Por eso yo digo que eso es la motivación de ella, porque quiere ponérselos. *Dice los fierritos."*

Entrevista 11 "Son cochinos en el popular, el doctor con unos guantes atiende a todos."

Entrevista 5 "Por ejemplo mi niño chiquito cuando tenía cuatro años, este, salió, tenía los dos dientecitos junto y a él no se sentía cómodo yo creo que por los niños cuando jugaban o algo le decían. No se sentía cómodo. Lo lleve con el dentista para que lo viera y le pusieron casquillos, se los compre los casquillos, ya fue mejor. Bueno yo siento que para él porque ya no le daba pena reírse o jugar con otros niños, porque si era como más tímido."

Entrevista 6 "Les digo a mis hijos que se cuiden por eso, para que tengan bien su boca y si, que no batallen con el dentista, que necesidad si uno puede limpiarse."

Entrevista 4 "En Huipuilco, del Estadio Azteca, ahí hay uno, la clínica siete, y aparte la clínica siete es de todos los pueblos de Xochimilco, entonces la verdad siempre está saturada, la verdad, lo he escuchado. Es perder el tiempo estar ahí horas y horas, bueno perder el tiempo de que tiene que estar esperando y esperando y si le fue bien y si hay doctores, porque después hasta doctor no hay, lo pasan con otro, de que así la verdad, la clínica está muy saturada."

6.4.7 Recompensas con dulces

El consumo de dulces y la falta de cepillado son dos de los factores que se relacionan con la presencia de caries dental. Las madres premian a sus hijos con dulces porque esta normalizado que los niños los consuman de forma habitual y no relacionan el consumo de dulces con la gravedad de la

enfermedad. En este sentido es importante señalar que alrededor del jardín de niños existe una amplia variedad de puestos de comida y dulces. Para las madres el momento de la salida de los preescolares representa un momento de convivencia con otras madres y padres de familia, y durante el cual los niños son premiados diferentes carbohidratos y frituras.

Dichos premios son considerados por las madres como parte de la alimentación del niño, sino como una recompensa. Aunque no es posible asegurar que todos los pacientes que tienen una alta ingesta de azúcar desarrollarán caries dental, e interpretar algo de esto como negando el valor del consejo y análisis dietético. Sin embargo, es inusual encontrar un paciente con lesiones de caries activas múltiples que no tenga una alta ingesta de azúcar extrínseco.

Entrevista 6 "Qué cree que no, de premio no, porque sino, digo se los van a acabar y van a querer diario. No, por ejemplo pues con él pues con el sí que nos compramos. Mis hijos yo les doy su gastada, y ya ellos se compran, ahí saben si una torta o un dulce, ya ellos saben. Los días que hacen deportes les doy su botella de agua y este, pero los domingos, sí mi esposo les da cinco o diez pesos a cada quien, ya se compran, pero así entre semana que les compre yo mucho, no."

Entrevista 6 "Pues luego la paleta de hielo es lo que más, a veces fruta, una sandía, una jicaleta y luego pues sí una como gomita, o sugus o, sí."

Entrevista 3 "Si porque hasta lo simplemente, simplemente los medios y la tele también luego, y ahí mismo en la tele dan muchos mensajes a los niños de que coman. Dile a tu mamá que te compre, pide esto y pide lo otro, y ahí están los niños pidiendo y los medios hacen que no coman ya tan sano. Dulces y pues ellos son incontrolables."

Entrevista 3 "A veces sí, a veces sí, y a veces no. La mayoría de las veces sí porque sí, yo no lo compenso, con golosinas, mi mamá lo hace o mi hermana que luego también a veces va con nosotros, y vente vamos a la tienda, y vente vamos allá, y es difícil decirles que no".

Entrevista 3 "Cena, antes de ir a dormir cena, le doy, este, té, porque le digo que la leche no lo obligo a tomar, un vasito de té y un pan o cereal. La leche nada más se la toma con cereal y eso con zucaritas porque otro cereal no le gusta".

Recordamos que las madres que fueron entrevistadas, se les aplicó un cuestionario, en el que contestaron preguntas acerca de la alimentación con dulces, pasteles y golosinas y refrescos. Las que contestaron que los niños consumían estos alimentos con mucha frecuencia, coincidían con la presencia de caries dental, todos ellos presentaban caries severas.

6.4.8 Fuente de sus conocimientos

La fuente de conocimientos es frecuentemente, la familia y los amigos, los medios masivos de comunicación (radio y televisión), así como los profesionales de la salud. Las significaciones de salud-enfermedad, se relacionaron con la apariencia, la función de la boca, sentimientos como el amor, el miedo, la inseguridad, pena. La percepción del dolor es una categoría que atraviesa este proceso y detonaba diferentes prácticas y significaciones.

La percepción de dolor como detonante de:

- Enfermedad
- Cuidado bucal
- Uso de servicios
- Cuidado de herramientas para la limpieza dental
- Limitante para realizar actividades
- De concientizar la enfermedad
- Si no hay dolor no hay enfermedad
- Si hay dolor existe enfermedad

Otras consideraciones fueron la importancia de la dentición temporal, la importancia que le atribuyen los niños al cepillado dental, las razones de no hacerlo, la escuela como espacio donde no intervienen los padres, el interés de las madres por resolver sus dudas. La preferencia y confianza que le atribuyen a la familia, pues es a la primera que se recurre antes de ir al doctor. Las prácticas de alimentación dentro del jardín de niños, así como la técnica de cepillado dental que usan los padres.

CAPÍTULO 7

7. Discusión

7.1 Datos de la madre del preescolar

Los resultados muestran que las madres de preescolares del jardín de niños Olmedo se encuentran en un rango de edad de entre 20 y 51 años, con un promedio de 35 años, la mayor parte de ellas casada (Tabla 1). Las condiciones económicas y sociales de las madres ubican al total dentro de la clase proletaria; esto implica una condición de alta vulnerabilidad general y en el caso del presente estudio ante las enfermedades bucales. Estos resultados son congruentes con datos del gobierno del Distrito Federal que clasifica a la colonia con un grado de marginación de media a alta (Figura 1).

Casi la mitad de las madres consideró como su única ocupación el hogar, mientras que una tercera parte informó que trabaja de manera formal o irregular (Tabla 1). Podría pensarse que si la madre pasa la mayor parte del día con sus hijos, los cuidados e higiene bucal serían mayores en comparación con preescolares de madres que trabajan formalmente. Sin embargo, trabajos realizados en México demuestran que existe una correlación entre la incidencia de caries dental y el desempleo (Irigoyen, 2001). La mayoría de las madres se dedica al hogar y son consideradas como desempleadas, sin remuneración económica, en relación con los índices de caries de sus hijos presentaron mayor prevalencia de caries en comparación con las madres que trabajan como profesionistas (Adriano y Caudillo, 2008).

En cuanto a su educación formal, el 33.8 por ciento de las madres cursó la secundaria (Tabla 1). La educación institucional es un mecanismo de trasmisión de la cultura dominante que reproduce ciertas condiciones materiales y simbólicas de existencia, además es un escenario matricial que le permite a los individuos introducirse y gestionar la pluralidad cultural presente en el grupo humano que le pretende educar, fomentando en éste una insatisfacción creadora, que si bien reconoce el pasado del grupo como propio, echa mano de

los sueños postergados de ser otro posible, para tratar de re-crear y actualizar permanentemente la existencia humana (Ruiz, 2007). No poder continuar con los demás niveles de educación vulnera el desarrollo y posibilidades de acceso a otro tipo de conocimientos. La educación es una práctica social a través de la cual las sociedades responden a una determinada visión humana, facilitando de manera intencional o implícita el desarrollo de sus miembros, intentando acuñar en ellos la orientación social que considera preferible, en otras palabras, educación sería "un sistema de acción socialmente estructurado e instituido en relación con ciertos roles y status" (Lucio, 1994). En otros estudios, los padres con escolaridad formal baja demostraron actitudes negativas en relación con la higiene de sus hijos, como resultado de ello, la prevalencia de caries de sus hijos fue más alta en comparación con los preescolares con padres que cuentan con mayor escolaridad. En el presente estudio las madres de los preescolares no continuaron con la educación formal debido a limitaciones socioeconómicas. La relación entre limitantes socioeconómicas y la incidencia de caries dental se ha comprobado previamente por Navas et al. (2002) así como por Medina-Solís et al. (2006), este fenómeno se ha corroborado en el presente estudio.

Aunque en México existen diferentes servicios de seguridad social, el 44.6 por ciento de las madres no tiene derecho a ninguno de dichos servicios (Tabla 1). Este dato tiene relación con la ocupación de las madres, las cuales al no tener en la mayoría de los casos un empleo formal, no son beneficiarias de servicios como el IMSS o el ISSSTE que atienden principalmente a trabajadores activos o pensionados y a sus familias, al servicio del Estado (SSa, 2009). Por otro lado, las madres que teniendo un empleo formal –pero que no incluye la afiliación a un servicio de salud o bien que se autoemplean como comerciantes- sólo pueden acceder a servicios públicos como el Seguro Popular que no cubre la mayoría de las enfermedades o lo hace de manera deficiente. El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del público se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa (SEDENA), la

Secretaría de Marina (SEMAR), y las instituciones y programas que atienden la población sin seguridad social como la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (SSa, 2009).

La atención a la salud a la que tienen acceso la mayoría de los preescolares y sus padres corresponde a la Secretaría de Salud debido a que sus condiciones laborales son precarias o inexistentes, no teniendo acceso a otras instancias de salud públicas o privadas. La población estudiada se ubica en la delegación Xochimilco, donde cuenta con servicios limitados de salud pública que consisten en dos clínicas familiares y un consultorio auxiliar del ISSSTE (2015) y una del IMSS (2015) la mayoría de la población representada en el presente trabajo es atendida por alguno de los 15 centros de la Secretaría de Salud del D.F. o por alguna de las campañas de salud locales. Cabe señalar que estas unidades de salud deben atender la demanda de 415,007 personas que habitan la delegación Xochimilco.

Como se muestra en los resultados (Tabla 1), la existencia de estos servicios públicos de salud no garantiza que sean usados o que se tenga acceso a ellos.

Los resultados en cuanto a la consideración su salud bucal, muestran que la mayoría reconoce que tiene al menos un problema de salud bucal, aunque desconoce la magnitud o gravedad de dichas enfermedades (Tabla 1). En este sentido es importante señalar que aquellas madres que consideran su salud bucal como buena o muy buena, no definen qué consideraciones toman en cuenta para una u otra significación. Las que respondieron que la consideran muy mala o mala, sí refieren atributos como el dolor que ha sido experimentado en algún momento y que las ha conducido al uso de algún servicio odontológico. A partir de dichas consideraciones se planteó la clasificación de las madres para ser entrevistadas y profundizar en cuanto a sus percepciones.

7.2 Servicios odontológicos

La edad, sexo, última visita al dentista, motivo de la consulta y tipo de servicio de salud utilizado por los preescolares se muestran en la Tabla 2.

Los datos de la última visita al dentista revelan que la mayoría de los preescolares no ha visitado nunca a un dentista (Tabla 2). Esto puede estar relacionado con la edad, con la importancia que se le da a la dentición temporal, con el conocimiento que los padres tienen de las enfermedades bucales y de los servicios, con el acceso a los servicios, o con la percepción e identificación por parte de las madres de enfermedades en sus hijos. Los que han asistido en el ultimo año tienen cierta información de las salud bucodental por tener contacto con un profesional.

En relación con las necesidades de salud bucal de los niños, la utilización de servicios odontológicos de salud (USOS) se encontró asociada a la economía familiar, la educación de los padres, el orden de los niños al nacer, así como su sexo. Los resultados del presente estudio pueden considerarse durante la planeación de servicios de salud bucodental para niños, debiendo analizarse también la información que ha sido generada por trabajos como los de Medina-Solís et al. (2004), donde se considera a niños derechohabientes, caso opuesto al presente estudio.

Entre los motivos expresados por las por las madres para acudir a una consulta un 31.5 por ciento señaló la prevención (Tabla 2), lo cual debería reflejarse en evaluaciones bucodentales categorizadas como libres de caries, sin embargo, en dichos casos la evaluación bucal de sus preescolares se clasificó como mala o con presencia de caries. Por otra parte, 20.7 por ciento indicó que asistió a una consulta motivado por una molestia o dolor, dicha causa es altamente frecuente en niños de cinco años (Bravo, 2007). Esto indica que los programas preventivos de las instituciones públicas son deficientes y no se ven reflejados en menor incidencia de enfermedad en la población. Por otra parte, se muestra que la difusión de prácticas como el consumo de pastas, hilos y cepillos dentales tampoco aporta a la disminución en la incidencia de caries dental.

Los servicios de salud bucal más utilizados por los preescolares son los privados (Tabla 2). Una de las razones de que se acuda a entidades privadas es que las instituciones de salud pública no ofrecen tratamientos complejos, que en general son requeridos una vez que la destrucción de los órganos dentarios es severa y causa dolor importante.

Investigaciones realizadas en preescolares en Chile (Echeverría *et al.*, 2010), señalan que la Caries Temprana de la Infancia en su forma severa (CTI) afecta negativamente la calidad de vida relacionada a la salud oral de los niños que la padecen. En este estudio los niños con CTI severa, estaban más afectados por dolor dental presentando alteraciones en su diario vivir con una o tutores respondieron preguntas sobre dolor, problemas de alimentación y sueño, alteraciones de la conducta y ausentismo escolar. El criterio de diagnóstico de CTI se basó en referencias de la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD).

7.3 Prácticas de higiene bucal de los preescolares

Las prácticas de higiene bucal de los preescolares son positivas, las madres refieren en su mayoría que los niños cepillan sus dientes dos veces al día (Tabla 3). Esto en términos generales significa que las madres saben que el cepillado dental está relacionado con la higiene para prevenir enfermedades bucodentales. Cabe recordar que la falta higiene bucal es una de la principales causas a las que se atribuye la caries dental, si es deficiente existen más probabilidades de desarrollar caries y otras patologías bucodentales.

Un resultado importante es la frecuencia con la que los preescolares consumen dulces, pues es otra de las causas importantes para el desarrollo de caries dental (Tabla 4). El 40 por ciento refiere que su consumo es la mayoría de los días, y un 17.8 por ciento refiere que todos los días, la mitad de la población encuestada refiere que sus hijos consumen dulces con mucha frecuencia. Este resultado sugiere que el consumo de estos productos no es relacionado por las madres como un factor que promueve el desarrollo de caries dental (Jensen, 1999; SIGN, 2000), pues significan de manera más importante los hábitos de

higiene como el cepillado sin observar otros aspectos como la alimentación y el consumo excesivo de carbohidratos. Por otro lado el acceso a dulces y alimentos bajos en nutrientes y altos en azucares son de fácil acceso por su bajo costo y su alta disponibilidad.

7.4 Índice coe-d

De acuerdo con la OMS (Tabla 6), la población de preescolares estudiada se encontraría en un nivel moderado de caries dental. A pesar de que el índice ceo no permite la distinción entre los dientes indicados para extracción o perdidos por caries, posibilita la identificación de problemas dentales pasados, presentes y futuros, lo cual puede favorecer la creación de planes de atención dental. Las limitaciones del índice son que al ser un promedio, es decir la suma de características tan distintas, diluyen el resultado y suavizan lo alarmante que puede ser la presencia de caries en una población.

Tabla 7. Criterios definidos por la organización mundial de la salud OMS-OPS para cuantificar el índice de caries dental C.P.O .-c.e.o.

Valor	Nivel
0 - 1.1	Muy bajo
1.2 - 2.6	Bajo
2.7 - 4.4	Moderado
4.5 - 6.5	Alto
6.6 >	Muy alto

La información generada con los índices tiene limitaciones en cuanto a la profundidad de la información recabada como ocurre en el caso del componente “p” (diente perdido), en tanto que aporta información insuficiente sobre la prevención de las caries ya que frecuentemente se desconoce si la pérdida de cada diente realmente se debió a un problema de caries (Sheiham *et al.*, 1987). Por otra parte, la suma del número de dientes cariados, extraídos, y obturados para derivar el valor del ceod y CPOD es equivalente al asignar el mismo valor a cada una de las tres categorías. De este modo, la transformación de un diente

cariado a un diente obturado no afecta el valor del índice ya que toma estas categorías como equivalentes (Segovia-Villanueva *et al.*, 2005).

Este enfoque tiende a ocultar los patrones de atención dental, omitiendo la influencia de los factores sociales en la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo, los patrones de atención regular están positivamente asociados con el número de dientes obturados (componente od o OD), y negativamente asociado con el número de dientes perdidos (componente ed o PD). Así, individuos con el mismo valor de ceod o CPOD pueden tener diferente patrón de experiencia de caries (Sheiham *et al.*, 1987), sin que dichas experiencias se consideren en la interpretación de los resultados, la generación y evaluación de programas de salud dental, etcétera. Otra limitación es que el índice pondera de la misma forma una caries (componente cd o CD) con diversos grados de destrucción dental, que requerirá restauraciones diferentes. De igual forma trata una obturación simple o compuesta (componente diente obturado), no tomando en cuenta la severidad del daño causado por un mismo componente (Segovia-Villanueva *et al.*, 2005).

De este modo, a pesar que de acuerdo con el índice ceo, el nivel de caries en los preescolares evaluados en el presente estudio puede considerarse como moderado, es necesario considerar que la enfermedad esta presente en edades muy tempranas y con un índice importante, que se han perdido dientes, que se han atendido poco y que es muy probable que los preescolares continúen desarrollando la enfermedad a lo largo de su vida.

Prevalencia de caries dental

En cuanto a las respuestas sobre las prácticas de salud bucal, las madres refieren que sus hijos(as) se cepillan los dientes por lo menos dos veces al día (Tabla 3). Sin embargo, al contrastar estos resultados con la prevalencia de la enfermedad, **69** por ciento de los preescolares presentan caries dental y sólo el **31** por ciento no presenta caries, aunado a que el 90 por ciento presentó placa

dentobacteriana nivel III,[9] este resultado no concuerda con las percepción y lo referido por las madres en cuanto al cepillado de sus hijos(as). Si los preescolares se cepillaran dos veces al día, dicha práctica debería reflejarse en una menor prevalencia de placa y de caries dental. Estos resultados muestran que la aparición de caries dental no depende únicamente de las prácticas de cepillado sino de una serie de determinantes más complejas. Lo mismo ocurre en cuanto al índice de placa dentobacteriana, considerada como uno de los factores que causan otras enfermedades como sangrado de encías o gingivitis en niños de esta edad, así como un factor para el desarrollo de la caries dental (Segovia-Villanueva *et al.*, 2005), resulto ser muy elevado en el grupo de preescolares evaluado.

Al analizar las encuestas se encontró que la mayoría de las madres percibe que la salud bucal se sus hijos como regular, es decir, que se encuentran con enfermedad, o medianamente bien. Al contrastar esa percepción con la prevalencia, observamos que las madres sí identifican que algo no esta bien con sus hijos, la prevalencia indica que la enfermedad esta ahí y que las madres no la perciben como algo importante para resolver y que existen otros motivos por los cuales la atención dental no es prioridad dentro las necesidades familiares.

7.5 Descripción cultural

En el presente trabajo se procuró interpretar las respuestas culturales en relación con la salud bucal a través de la comprensión de los significados que los actores atribuyen a las formas simbólicas del proceso salud-enfermedad-atención y diversos ámbitos de la experiencia de vida social de los sujetos.

La prevalencia de caries dental en el grupo de preescolares revisado fue significativa. A pesar de que sus madres, en la mayoría de los casos, saben lo que son las caries dentales, conocen prácticas de cuidado dental preventivo y

[9] Quiere decir que existen 3mm de espesor de placa dentobacteriana, lo que refleja la falta de cepillado dental.

reconocen la prioridad de la boca del niño como motivo de reacción familiar, nada de lo anterior se ven reflejado en la salud bucal del preescolar.

La OMS sugiere que la caries dental y la enfermedad periodontal pueden controlarse y prevenirse mediante la combinación de acciones comunitarias, profesionales e individuales que enfaticen la educación y los cambios de comportamiento (Petersen, 2003). Sin embargo, la odontología comunitaria y el desarrollo de los programas de Educación para la Salud Bucal son pocos y los profesionales están mas enfocados a la curación clínica de las enfermedades que acciones de promoción de salud. En cuestión de políticas, la OMS ha insistido desde 1994, en que una medida de salud pública de interés para los países puede ser la exención de impuestos y aranceles que se aplican a ciertos productos cosméticos como son las pastas dentífricas con flúor, para que a las personas les resulte más fácil comprarla (Petersen, 2004).

La falta de pastas dentífricas con flúor haría pensar que su distribución masiva sería parte de una política que contribuiría a la disminución de las caries dentales, complemento la fluoración del agua o la sal. Organismos internacionales de salud pueden sugerir diferentes estrategias, como producción local o regional de pastas dentífricas (un proceso muy simple y económico), o el suministro gratuito y universal de pastas dentales (Abadía, 2006). Sin embargo, las anteriores podrían ser soluciones parciales que omiten la percepción de los distintos grupos sociales respecto al problema.

Dos factores principales son señalados como responsables de la presencia de caries en la población, la falta de flúor y el alto consumo de azúcares refinados. Para el consumo de azúcares la OMS no ha emitido recomendaciones similares a aquellas de los cosméticos es decir, aumentar las medidas arancelarias y de impuestos a las bebidas con azúcares refinados para reducir su efecto nocivo en la salud dental; el sesgo es evidente.

Organismos financieros y grupos económicos han penetrado a diferentes organismos de las Naciones Unidas, incluyendo a la OMS, lo anterior se evidencia en las políticas, análisis y recomendaciones de este organismo, que han sido criticados por mostrar un viraje pasando de velar por la salud como

derecho humano universal e integral a favorecer intereses particulares de compañías farmacéuticas, biotecnológicas y de seguros (Navarro, 2004). A pesar de que algunas de las madres de los preescolares evaluados tienen seguro social, no recurren a él porque en la mayoría de los casos no hacen tratamientos adecuados y tratan mal a sus hijos esto incluye al IMSS al ISSSTE y la Secretaría de Salud.

Cuanto más bajo es el nivel económico y de escolaridad, las personas son más vulnerables a las imposiciones de los medios masivos de comunicación. La cultura modela la percepción de sus miembros, entendiendo que si el valor de la boca no está en la cultura del sujeto, el sujeto no lo percibe. Esto está relacionado con lo que las madres perciben de la salud de sus hijos, sus hijos presentan caries y ellas no la perciben o no en relación con la prevalencia de la enfermedad en sus hijos.

La cultura odontológica dominante no resulta en mayor salud buco-dental para la población, sino que más bien funciona para convertir a las personas en consumidores de los productos de la industria del cuidado bucal y, de otro modo y a otro ritmo, de los servicios odontológicos profesionales. En cuanto a las recompensas con dulces, las madres emplean este mecanismo frecuentemente para estimular alguna acción en los niños que a ellas les parezca positiva, mostrando así, que ellas no relacionan el consumo de productos cariogénicos como los dulces, con la presencia de caries dental en sus hijos.

El estudio de las enfermedades, sus interpretaciones, sus repercusiones en el individuo, son temas que anteceden a este estudio. El esfuerzo por superar el conocimiento unicausal, de integrar el conocimiento médico con el conocimiento de las personas que padecen las enfermedades es un propósito que se enfrenta a una problemática mayor. Saber que es lo que los enfermos piensan de sus enfermedades es algo que se ha estudiado, en diferentes ramas de la medicina y de las ciencias sociales. La importancia de documentar este conocimiento en la actualidad forma parte del reconocimiento de sociedades complejas que llevan en su formación una gran desigualdad en muchos sentidos. Durante siglos se han interpretado las formas de enfermarse y curarse de muchas maneras, el

desarrollo de las sociedades ha llevado a tener diversas formas de curar las enfermedades pero también de interpretarlas y sentirlas. Generar conocimiento, en este sentido es de suma importancia cuando el desarrollo de la tecnología parece no tener freno y el ojo de las investigaciones se concentra ahí.

CAPÍTULO 8

8. CONCLUSIONES

a) Las madres refirieron conocer la caries dental, identificada a través del dolor y sin conocer su grado de severidad. En relación con la consideración de la salud bucal de sus hijos, las madres la calificaron como “regular”, lo cual coincide con la prevalencia de caries dental observada en la población de preescolares estudiada que fue del 69 por ciento. Por otra parte, el índice ceo de la población preescolar fue de 4.37 que en los parámetros de la OMS representa un nivel “moderado” de caries dental. Sin embargo, el estudio cualitativo permitió comprender cómo perciben la enfermedad a través de tres sentidos: mediante la identificación visual (color del diente), mediante la identificación olfativa (olor bucal) e identificación sensitiva/táctil (dolor, generalmente severo). Esta percepción permite comprender que las madres pueden identificar la enfermedad en etapas más tempranas con la ayuda de programas de salud que le ayuden a relacionar lo que ya sabe con nuevos conocimientos intercambiados con los profesionales de la salud bucodental.

b) La significación de la salud bucal es atribuida por las madres a una percepción estética, dicha percepción es originada principalmente por la influencia de los medios masivos de comunicación. Con lo anterior puede considerarse que la información obtenida por dichos medios, en la cual se promueve el consumo de pastas, cepillos y enjuagues bucales, no se traduce en mejor salud bucodental.

c) La mayoría de las madres valora a la caries dental como una enfermedad que no tiene repercusión en el desarrollo del preescolar. Esto impide que se le atribuya la importancia debida y que en consecuencia acuda a un servicio de salud dental, además de que es valorada como una enfermedad onerosa.

d) El uso de mecanismos de recompensa como el consumo de dulces, refrescos y otras golosinas, como castigo y como método educativo para la salud dental es frecuente en la población de preescolares, debido al desconocimiento que existe en cuanto al efecto altamente cariogénico del consumo de bebidas y alimentos con alto contenido de azúcar y alta acidez.

e) En general la actitud hacia los servicios odontológicos fue ambivalente, negativa en relación con su costo pero positiva en función de que significa la cura de una enfermedad. Dichos servicios siempre se asociaron a la atención de algún dolor.

f) Las prácticas asociadas al autocuidado como el uso de remedios caseros y la automedicación para aliviar el dolor, limita o posterga el acceso a los servicios de salud bucal, generando a mediano plazo un aumento en el índice de caries presentes en preescolares así como otros problemas de salud bucal.

g) La atención tardía de los problemas de salud bucal está dialécticamente ligada a las condiciones socioeconómicas del preescolar. Lo anterior genera un proceso en el que la salud del preescolar sufre distintos grados de deterioro, debido a la pérdida de piezas dentales. El costo de los tratamientos aumenta al aumentar el daño en la salud dental, requiriéndose intervenciones especializadas que las instituciones de salud pública como el Seguro Popular no son capaces de cubrir.

h) Un tercio de las entrevistadas no reconocían alguna relación con sus condiciones de vida, los otros dos tercios reconocieron al menos una. Las limitaciones económicas son fundamentales en la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades. Sin embargo, las causas de sus enfermedades bucodentales se atribuyen más a sus malos hábitos y a sus comportamientos individuales, generándose también procesos de culpa por la existencia de problemas bucodentales y la nula práctica de actividades preventivas, lo que posibilita

realizar programas de salud bucodental enfocados a relacionar las condiciones de vida con las enfermedades bucodentales. En términos cuantitativos la escolaridad de la madre mostró una relación con la prevalencia de caries dental (a menor escolaridad más caries).

i) La responsabilidad de la salud bucal de los preescolares no corresponde exclusivamente a las madres, ellas no son las únicas personas encargadas del cuidado de los niños.

8.1. Recomendaciones

Para lograr el desarrollo y aplicación de programas de salud bucal más eficientes es necesario realizar un trabajo previo que permita conocer la percepción de la comunidad con la que se pretenda trabajar en cuanto a su salud bucal. Asimismo, es necesario encontrar estrategias adecuadas para su puesta en práctica.

Una estrategia fundamental sería el abordaje de los problemas de salud bucal bajo el método dialéctico, así como el empleo de metodologías participativas. Con lo anterior, se abandonarían los enfoques unilaterales de la concepción médica hegemónica.

Los profesionales de la salud bucal deben tener la capacidad de identificar y abordar los problemas tanto desde el punto de vista clínico y epidemiológico, como desde sus componentes políticos, sociales, económicos y culturales.

Todo lo anterior puede tener lugar en el marco de una concepción de la salud en la cual se reconozca la importancia del conocimiento de la comunidad más que como un grupo de “pacientes”, como sujetos activos y capaces de involucrarse (individual y colectivamente), en su proceso de cambio para mejorar su salud y sus condiciones de vida. La medicina social es una herramienta

teórico-práctica que permite la reorganización de los profesionales de la salud y de sus prácticas y de la intervención consciente en los procesos de salud-enfermedad de los colectivos. Adoptar el enfoque de la medicina social en el diseño de políticas públicas podría ser uno de los primeros pasos en ese sentido.

8.2 Productos de la tesis

Como parte de los resultados de la presente investigación se elaboraron dos manuales (ANEXO 4):

a) Manual de nutrición para madres de preescolar.
b) Manual de educación para la salud bucal de madres y cuidadores de preescolares.

Por otro lado, con los resultados obtenidos se elaboraron carteles para participar en eventos académicos (ANEXO 6) como el "Congreso Nacional e Internacional de Salud Pública 2013", realizado en la Facultad de Odontología, campus CU, así como en el "Encuentro de Investigación y Servicio del Departamento de Atención a la Salud", realizado en la UAM-Xochimilco en junio de 2013.

Finalmente, la alumna de la Lic. en estomatología de la UAM-Xochimilco Julieta Escobar Asencio, realizó su Servicio Social.

9. REFERENCIAS

Abadía Barrero, C.E. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica*. 12.

Adair, P.M., Pine, C.M., et. al. (2004). Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dental Health*. 21.

Adriano Anaya, M.P., Caudillo Joya, T. (2008). Caries dental en escolares, su relación con variables socioprofesionales de los padres, México. *Salud Pública.* 17.

Almeida, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial: México.

Alvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y Metodología.* Paidós: Barcelona.

Amin, Samir. (1976). *Sobre el desarrollo desigual de las formaciones sociales*. Ed. Anagrama: Barcelona.

Arredondo A. (1992). Análisis y reflexión sobre los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Pública* [serie en línea]. En: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1992000300005

Aumont, J. (1992). *La imagen.* Paidós: Barcelona.

Barral González, L.M. (1998). El empleo de grupos de discusión en la investigación social. En: García Ballesteros (coord.), *Métodos y técnicas cualitativas en geografía social.* Barcelona: Oikos-Tau.

Barrancos, M.J., Barrancos, J.P. (2006). *Operatoria dental, integración clínica.* Ed. Médica Panamericana: México, D.F.

Bayona Escat, Eugenia. (2011). *Enfermedad y pobreza en la Sierra de Chiapas.* Ed. Limina: México. R. *9*.

Benítez Inzunza, F. (2010). Luchar en todos lados. Elementos para el estudio de la cultura desde la crítica de la economía política en la actualidad. (Tesis de licenciatura no publicada) UNAM: México.

Blanco y Sáenz, O. (1990) Reproducción social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano. *Cuadernos Médico Sociales*. Rosario, Argentina.

Bravo Seijas, B. (2007). La caries dental como precursor de urgencia estomatológica en niños de círculo infantil. (Tesis de Maestría) Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Breilh, J. (1994). *Determinantes de la salud-enfermedad*. CEAS: Ecuador.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* Lugar Editorial: México.

Bronfman M., Tuirán, R. (1984). La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. En: UNAM, El Colegio de México, PISPAL. *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México, D.F.: El Colegio de México, 1.

Butani, Y., Weintraub, J.A., Barker, J.C. (2008). Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: assessment of the literature. *BMC Oral Health*. 8.

Caballero, J.J. (1988). La interacción social en Goffman. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas.* 83.

Canguilghem, G. (1964). *De lo normal a lo patológico*. Siglo XXI: México.

Cartes-Velásquez, R., Arraya Navarrete, et. al. (2012). Parafunciones y caries dentales en preescolares de comunidades pehuenches. *Revista Cubana de Estomatología.* 49.

Creswell, J. (1988). “Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions”. Londres.

Chanfrualt-Duchet, M.F. (1988). *Le systéme interactionnel du réciet de vie*. Sociétés: París.

De la Rosa, M. (1978). “Dental caries and socioeconomic status in Mexican children”. J Den Res. 57.

Donald, L.P., Shuk Yin L.R., et. al. (2006). “Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants”. BMC Oral Health Proceedings.

Drovetta, R.I., Rodríguez, M.L. (2010). *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención*. Córdoba Centro de Estudios Avanzados-Universidad Nacional de Córdoba: Argentina.

Eco, U. (1986). *La estructura ausente. Introducción a la semiotica*. Ed Lumen: Barcelona, España.

Echeverría, B. (2001). *Definición de la cultura*. México DF: Itaca.

Echeverría, S., Henríquez, E., et. al. (2010). “Caries temprana de la infancia severa: impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de los niños preescolares.” Revista Dental: Chile.

Foucault, M. (1997). *Las palabras y las cosas.* Siglo XXI: México.

Frisancho Velarde, O. (2012). “Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica”. Acta méd. peruana, Lima. v. 29. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172012000200013&lng=es&nrm=iso

Fuentes Tafur, L.A. (2009). “Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú”. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 26.

García Canclini, N. (1987) *Cultura y organización popular*. Cuadernos Políticos: México.

Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Giménez, G. (2007). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales.* México: CONACULTA, ITESO.

Giménez, G. (2005). *La concepción simbólica de la cultura. En Teoría y análisis de la cultura*. México: Conaculta.

Godelier, M. (1969). *Las sociedades primitivas y el nacimiento de las sociedades de clases según Marx y Engels: Un Balance Crítico.* La Oveja Negra: Bogotá.

Goffman, E. (1979). *Relaciones en público: microestudios del orden público.*

Gombrich, E.H. (1968). *Meditaciones sobre un caballo de juguete*. Seix Barral. Alianza.

Gómez Gallego, R. (2008). *La dignidad humana en el proceso salud – enfermedad.* Universidad del Rosario: Argentina.

González Ochoa, C. (2005). *Apuntes acerca de la representación.* Instituto de Investigaciones Fiolológicas: UNAM. México.

González, M., Balda, R. (1999). "Estudio comparativo de tres métodos de diagnóstico de las caries". Acta Odontológica. Venezuela. 27.

Granados, Cosme, J.A., Delgado Sánchez, G. (2006). "Temas médico-sociales en México: La maestría en Medicina Social y la revista Salud Problema". Perfiles educativos, México.

Hadjinicolaou, N. (1988). *Historia del arte y lucha de clases*. Siglo XXI: México.

Hoebel Adamson, E. (1954). *The Law of Primitive Man*. Harvard, Massachusetts: Atheneum.

Hojholt, Ch. (1997). "Child development in trayectories of social practice". Conferencia Bianual de la Sociedad Internacional para la Psicología Teórica.

Irigoyen, M., Zepeda, M. (2001). "Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal". Rev. ADM, vol. LVIII, No. 3.

Irigoyen, M., Szpunar, S.M. (1994). *Dental caries status of 12-year-old students in the state of Mexico*. Community Dent Oral Epidemiol. 22.

Jablonski, S. (1992). Jablonski`s Dictionary of dentistry. Krieger Publishing Company.

Jensen, M.E. (1999). Diet and dental caries. Dent. Clin. North. Am. 43.

Jensen, K., Hermosillo-Jensen, G.G. (1983). “Salud Dental: problemas de caries dental, higiene bucal y gingivitis en la población marginada metropolitana de México”. Bol Of Sanit Panam. 94.

Klein, H., C. E. Palmer, et. al. (1938). “Studies on Dental Caries: Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children. Public Health Reporter”. 53.

Koch G. (1988). “Importance of early determination of caries risk”. Int Dent J. 38.

Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.* UNAM. Col. Posgrado.

Lalinde, M., Vargas, J., et. al. (1993). *Salud integral para la infancia: manual de normas técnicas y administrativas.* Medellín, Colombia: Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

Lara Flores, N., Delgadillo Gutiérrez, H.J., et. al. (2011). “Necesidades insatisfechas de atención odontológica en trabajadores de la costura en México D.F.”. Salud de los Trabajadores. 19, 35-46.

Laurell, A. C. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”. Cuadernos Medicosociales. No.19 México. 1982.

Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. "La salud: de derecho social a mercancía" en A. C. Laurell (coord.) *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Fundación F. Ebert-UAM, México DF, pp. 9-32.

Lecourt, D. (1978). *Para una crítica de la epistemología.* Siglo XXI: México.

Lévi Strauss, C. (1964). *El pensamiento Salvaje*. FCE: México.

Lévi Strauss, C. (1966). “Antropology: Its Achivements and future”. Current Antropology, num 2 Chicago p. 126.

Lévi Strauss, C. (1968). *La noción de estructura en la etnología en antropología estructural*. FCE: México.

Linton, R. (1942). *Estudio del hombre*. FCE: México.

López Arellano, O., Blanco Gil, J. (1994). “Modelos sociomedicos en salud publica: coincidencias y desencuentros”. Salud Pública de México. 36.

López Arellano O., Blanco, J. (2007). Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.). *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial: México

López Arellano, O., Peña Saint Martin, F. (2006). Tratado Latinoamericano de Sociología. Enrique de la Garza Toledo (coordinador), Editorial Anthropos y la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, pp. 278-299.

López, O., Blanco, J. (2001). “La polarización de la política de salud en México”. Cadernos de Saúd Pública. 17.

Lowe, D. (1986). Historia de la percepción burguesa. FCE: México.

Lucio, R. (1994). “La construcción del saber y del saber hacer”. En: Aportes N°41. Dimensión Educativa, Bogotá.

Luengas, M., Sáenz, L., Sánchez, T. (2010). “Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud”. Recuperado el 19 febrero de 2010, de la siguiente dirección electrónica:

http://www.mex.opsoms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf.

Mair, L. (1970). *Introduccuón a la antropología social.* Madrid.

Martín-Barbero, J. (1991). “Recepción, uso de medios y consumo cultural”. *Dialogos de la Comunicación*. 30.

Marx, C. 1859. Prólogo a la Contribución a la Crítica de la Economía Política. En: *Obras escogidas. C. Marx y F. Engels*. Tomo 1. Traducción en español Ed. Progreso. Moscú (URSS)1976.

Marx, C., Engels, F. 1987. *Manifiesto del partido comunista*. Fondo de Cultura Económica: México.

Maupomé, G., Borges, Y.A., et. al. (1993). “Prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas”. Salud Pública, México. 35.

Medina-Solís, C.E., Casanova-Rosado, et. al. (2004). “Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios dentales en escolares de Campeche, México”. Bol Med Hosp Infant Mex. 61.

Medina-Solís, C.E., Maupomé, G., et. al. (2006). “Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad”. *Revista de investigación clínica*. *58*.

Menéndez, E.L. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica.* Alianza Editorial Mexicana.

Menéndez, E. (1994). “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. En Alteridades. 4.

Moreno, I. (1979). *Cultura y modos de producción, una visión de la antropología desde el materialismo histórico*. Editorial nuestra cultura. Col. Mano y cerebro: España.

Navarro V. (2004). “The world situation and the WHO”. The Lancet. 363.

Navas, P.R., Rojas de Morales, et. al. (2002). “Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres”. Interciencia. 27.

Negroni. (2004). *Microbiología Estomatológica, Fundamentos y Guía Práctica.* Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Oral Health Surveys, Basic methods.* Fourth Ed. World Health Organization, Geneva.

Organización Panamericana de la Salud. (2006) Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental. 47.o Consejo Directivo de la OPS, 58.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington (DC), US: OPS; (resolución CD47.R12). Disponible en:

http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47.r12-s.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2012) Salud en las Américas. Washington: OPS; 2012 [consultado el 3 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2005). "La fluoruración de la sal en la prevención de la caries dental". Publicación Científica y Técnica No. 615, Washington, D.C.

Petersen, P.E. (2003). *The World Oral Heal th Report 2003*. Geneva: WHO.

Petersen, P.E., Lennon, M. (2004). Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 32.

Quevedo, E. (1992). *El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas*. En: Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Asesores.

Ribeiro, D. (1990). *Cultura y enajenación, en Cultura y política en América Latina*. Siglo XXI Editores, Editorial de la Universidad de las Naciones Unidas: México.

Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* Siglo XXI: México.

Rossi, P. (1970). *Il concetto di cultura.* Turín: Einaudi Editore.

Ruiz, M. (2007). Educación y comunidad Una relación que potencia el juego de la vida en sociedad. Revista Ciencias Humanas. 36.

Sánchez Pérez, T. L., Sáenz-Martínez, et. al. (1995). Caries dental en la dentición temporal como indicador de riesgo para la dentición permanente: estudio a dos años. Acta Odontolófica. Venezuela. 33.

Schor, J. (2004). *Nacidos para comprar: los nuevos consumidores infantiles.* Paidós.

Secretaría de Salud. (2009). Dirección General de Información en Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología.

Segovia-Villanueva, A., Estrella-Rodríguez, R., et. al. (2005). “Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3-6 años de edad en Campeche, México”. Revista de Salud Pública. 7.

Sigeris, H. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud Colectiva.* 2.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000). Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6-16 year olds presenting for dental care. SIGN Executive Royal College of Physicians 9 Queen Stree Edinburgh.

Secretaría de Salud. (2010). Perfil epidemiológico de la salud bucal en México.

Sheiham, A., Maizels, J. (1987). New composite indicators of dental health. *Community Dent Health*. 4.

Solano R. M. (2003). El proceso salud-enfermedad en el proletariado. *Enfermería en Costa Rica.* Ensayos. 25.

Thompson, J.B. (1998). *Ideología y cultura moderna.* México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

Toscón, J.E., Cabrera, G.A. (2005). Creencias sobre caries e hygiene oral en adolescents del Valle del Cauca. *Colombia Médica.* 36.

Tusón, A. (2002). El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *Estudios de Sociolingüística*. 3.

Tylor, B.E. (1871). *Primitive Culture*. Londres.

Universidad Autónoma Metropolitana. (1975). Programa Académico de la especialización y maestría en Medicina Social. México: UAM.

Van Dijk, T. (2002). Discurso, conocimiento e ideología. Reformulación de viejas cuestiones y propuesta de algunas soluciones nuevas.

Viesca, C.T. (1997). Conceptos médicos de los antiguos mexicanos. México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

Walter L., Ferelle, A., Issao, M. (2000). Odontología para bebé: Odontopediatría del nacimiento a los 3 años. S.P. Edit. Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario para madres de los preescolares.

En el primer bloque se indagó el perfil de las madres en cuanto a edad, escolaridad, ocupación, consideración de sus ingresos y estado civil. En el segundo, preguntó en cuanto a seguridad social, última visita al dentista, tipo de servicio utilizado, motivo de su visita al dentista, consideraciones de atención dental, consideración de su salud bucal, afectaciones de los problemas dentales en su vida diaria. El tercer bloque se enfocó en las características de los preescolares, fecha de nacimiento, edad, sexo, numero de hermanos, última vez que recibió atención médica, que tipo de servicio fue utilizado, última visita al dentista, motivo de la visita, que servicio utilizó, consideración de la atención y consideración de la salud bucal del preescolar. El cuarto bloque consistió en preguntas sobre la limpieza y cepillado del preescolar, quien cepilla sus dientes, qué utilizan para limpiarle los dientes, frecuencia del cepillado, la edad del comienzo del cepillado, uso de pasta dental, usa otro producto, cuenta con un cepillo de dientes propio y cantidad de pasta que usa. El quinto bloque indagó sobre comidas y bebidas que consume el preescolar, frecuencia con la que come dulces, frecuencia con la que come alimentos dulces entre comidas (galletas, pastelitos, jaleas) frecuencia en el consumo de refrescos que contienen azúcar, frecuencia con la que lleva algo de beber a la cama o durante la noche, frecuencia con la que come algo en la cama o durante la noche.

FOLIO_____

GRADO DE INFORMACIÓN DE LAS MADRES/ PADRES ACERCA DE LA SALUD BUCAL Y USO DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS EN PREESCOLARES.

Estamos haciendo un estudio para conocer las opiniones de las madres o padres respecto de la salud bucal y visitas al dentista de sus niños de entre 3 y 5 años de edad. **No hay respuestas correctas, queremos saber su opinión.** Por lo anterior, le agradecemos su tiempo y si sinceridad.

Por favor marque **solamente una respuesta** colocando una cruz **X** en la línea a la derecha del dato que se le solicita.

Cuestionario	Código
Nombre del niño o niña _____ _____ _____ **Apellido paterno Apellido materno Nombre** **A) DATOS DE LA MADRE o PADRE del NIÑO (A)** **La información que se pide en este apartado se refiere a la madre o padre del NIÑO O NIÑA** 1. Usted es: 1. La madre del niño (a)____ 2. El padre del niño (a) _____ 2. Anote la edad de Usted en años cumplidos _____ 3. ¿Hasta qué año usted estudió en la escuela? 1. Ninguno _____ 2. Primaria incompleta _____ 3. Primaria completa _____ 4. Secundaria _____ 5. Preparatoria _____ 6. Carrera técnica _____ 7. Carrera profesional _____ 4. ¿En qué trabaja actualmente? Escriba su ocupación _____ 5. La casa donde vive es 1. Propia ____ 2. Rentada _____ 3. Comparte con familiares _____ 4. Otra _____ 6. Considera que los ingresos que perciben en su casa les alcanzan para cubrir todas sus necesidades. 1. Si_____ 2.No_____	**No utilice este espacio**

7.¿Cuál es su estado civil?

1. Soltera (o) _____
2. Casada (o) _____
3. Divorciada (o) ____
4. Separada (o)
5. Unión libre (o) ____
6. Viuda (o) _____

8. ¿Cuenta usted con seguridad social? ¿Cuál?

1. IMSS _____
2. ISSSTE_____
3. SEDENA_____
4. PEMEX_____
5. OTRO_____
6. NINGUNA_____

9. ¿Cuándo fue la última vez que usted fue al dentista?

1. Menos de tres meses_____
2. De 3 a 6 meses _____
3. De 7 a 12 meses _____
4. Más de un año _____
5. No aplica: Nunca he ido al dentista_____

10. ¿Qué servicio utilizó?

1. No aplica: Nunca he ido al dentista _____
2. IMSS _____
3. ISSSTE_____
4. SEDENA_____
5. PEMEX_____
6. SECRETARIA DE SALUD
7. PARTICULAR_____
8. OTRO_____

Especifique cual

11. ¿Cuál fue el motivo por el que usted fue al dentista la última vez?

1. No aplica: Nunca he ido al dentista _____
2. Alivio de alguna molestia o dolor_____
3. Continuar con algún tratamiento_____
4. Prevención _____
5. Estética_____
6. Otra_____

(Especificar)

12. Considera que la atención dental que recibió usted fue:

1. No aplica, nunca he ido al dentista _____
2. Muy buena_____
3. Buena _____
4. Regular _____
5. Mala _____
6. Muy mala ____

13. Considera que su salud bucal es en general:
    1. Muy buena ____
    2. Buena _____
    3. Regular _____
    4. Mala _____
    5. Muy mala _____

14. Considera que sus problemas dentales afectan su vida diaria
    1. Muy frecuentemente ____
    2. Frecuentemente _____
    3. A veces ____
    4. Casi nunca ____
    5. Nunca _____

B) DATOS DEL NIÑO O NIÑA

15. Fecha de nacimiento

_____ _____ _____ _____

Día Mes Año Edad del niño (a)

16. Sexo
    1) Hombre ____
    2) Mujer _____

17. Número de hermanos._____

18. Edades._____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

19. Cuándo fue la última vez que su niño (a) recibió **atención médica**?
    1. Menos de tres meses_____
    2. De 3 a 6 meses _____
    3. De 7 a 12 meses _____
    4. Más de un año _____

20. En esta ocasión ¿A qué servicio de salud, llevó a su niño (a) para su atención médica?
    1. IMSS _____
    2. ISSSTE_____
    3. SEDENA_____
    4. PEMEX_____
    5. PRIVADO____
    6. SECRETARIA DE SALUD_____
    7. OTRO_____ Especificar

21. ¿Cuándo fue la última vez que llevó a su niño (a) **al dentista**? 1. Menos de tres meses_____ 2. De 3 a 6 meses _____ 3. De 7 a 12 meses _____ 4. Más de un año _____ 5. Nunca ha ido al dentista____ 22. En caso de haber asistido al dentista ¿Cuál fue el motivo por el que llevó al niño (a) para atención dental? 1. Alivio de alguna molestia o dolor_____ 2. Continuar con algún tratamiento_____ 3. Prevención _____ 4. Estética_____ 5. Otra_____ Especificar 6. No aplica nunca ha ido al dentista _____ 23. En caso de haber llevado al niño (a) al dentista, en esta última ocasión ¿Qué servicio dental utilizó 1. IMSS _____ 2. ISSSTE_____ 3. SEDENA_____ 4. PEMEX_____ 5. PRIVADO____ 6. SECRETARIA DE SALUD____ 7. OTRO_____ Especificar 8. Nunca ha ido al dentista _____ 24. Considera que la atención dental que recibió su niño (a), fue 1. Muy buena____ 2. Buena _____ 3. Regular_____ 4. Mala _____ 5. Muy mala _____ 6. No aplica nunca ha ido al dentista _____ 25. Considera que la salud bucal de su hijo (a) en general es: 1. Muy buena_____ 2. Buena_____ 3. Regular_____ 4. Mala_____ 5. Muy mala_____	

C) En esta sección las preguntas son sobre el cepillado y limpieza de los dientes de su hijo (a)

1. Usualmente ¿Quién cepilla los dientes al niño (a)
   1. El niño (a) por si mismo_____
   2. Madre o padre_____
   3. Otra persona_____
   4. No se cepilla los dientes_____

2. ¿Qué utilizan para limpiar los dientes del niño?
   1. Cepillo de dientes _____
   2. Paño o toalla _____
   3. Palillo _____
   4. Dedo _____
   5. Otros_____ Especificar
   6. Nada _____

3. ¿Con que frecuencia se cepillan los dientes del niño (a)?
   1. Nunca_____
   2. no todos los días_____
   3. Una vez al día_____
   4. dos veces al día_____
   5. tres veces al día_____
   6. Un día si y otro no_____

4. ¿Qué edad tenía su niño (a) cuando empezaron a cepillarle los dientes?
   1. Menos de un año_____
   2. 1año – menos de dos años_____
   3. dos años – menos de tres años_____
   4. tres años o mas_____
   5. No lo recuerdo_____
   6. No se cepilla los dientes____

5. ¿Cuándo cepilla los dientes a su hijo (a) o el mismo se los cepilla, usa pasta de dientes?
   1. Nunca usa pasta de dientes_____
   2. A veces usa pasta de dientes_____
   3. Siempre usa pasta de dientes_____

6. ¿Qué otra cosa usa usted o el niño (a)?
   1. Pasta de dientes_____
   2. Sal_____
   3. Bicarbonato_____
   4. Otro_____ Especificar
   5. Nada_____

7. ¿Su niño tiene un cepillo de dientes?
   1. Sí tiene un cepillo propio_____
   2. Comparte el cepillo con alguien más_____
   3. No tiene ningún cepillo_____

8. ¿Qué cantidad de pasta usa su niño (a)? Marque con una cruz **X** el dibujo que se parezca a la cantidad de pasta que su niño (a) o usted ponen en el cepillo

1)

2)

3)

D) Las siguientes preguntas son sobre comidas y bebidas que suele tomar su niño (a) Marque con una X en el cuadro de su respuesta

	Todos los días	La mayoría de los días	Una vez por semana	Rara vez	Nunca
1 ¿Con que frecuencia su niño come dulces, incluyendo chocolates?					
2. ¿Con que frecuencia come alimentos dulces entre comidas (Galletas, pastelitos, jaleas)					
3. ¿Con que frecuencia su niño (a) bebe refrescos que contienen azúcar (Sin incluir los dietéticos)					
4. ¿Con que frecuencia su niño (a) se lleva algo de beber a la cama o durante la noche?					
5. ¿Con que frecuencia su niño (a) come en la cama o durante la noche?					

Muchas gracias por sus respuestas y su tiempo

Anexo 2. Entrevista a madre de preescolar (Ejemplo: entrevista 7).

ENTREVISTA 7.

La entrevista se realizó el 7 de marzo de 2011, a las 12:00 p.m.

Pseudónimo: Sandra.

La entrevista se concertó vía telefónica después de la junta informativa en el Jardín de niños Olmedo. Se llevó a cabo en el patio del Jardín. Se platicó con Sandra 10 minutos antes de la entrevista, ella platicaba con tristeza que le acababan de diagnosticar diabetes, lloró por un momento, esa semana recibió la noticia, se encontraba alarmada, pero en el transcurso de la plática se calmó, y sonreía admitiendo que era una noticia que se esperaba, ya que sus abuelos también padecieron esta enfermedad.

La información del cuestionario fue la siguiente:

Sandra es la madre de una niña, de 4 años de edad que cursa el segundo grado de preescolar y de dos niños más, uno de 8 y uno de 3años.

Sandra tiene 39 años, tiene carrera técnica, se dedica al hogar que comparte con familiares, y considera que sus ingresos no alcanzan para cubrir todas sus necesidades.

Está casada, no tiene Seguridad Social y está afiliada al Seguro Popular. Hace más de un año que visitó al dentista particular, para continuar con un tratamiento y considera que la atención que recibió fue buena. Considera que su salud bucal en general es mala y que sus problemas dentales frecuentemente afectan si vida diaria.

La última vez que su niña recibió atención médica fue de 3 a 6 meses en la Secretaría de Salud.

Su hija nunca ha ido al dentista pero la niña recibió atención preventiva por parte de la Secretaría de Salud, Sandra considera que la atención dental que recibió su niña fue buena y que la salud bucal de su hija en general es buena.

La niña cepilla sus dientes sin ayuda de sus padres con cepillo propio, usando siempre pasta de dientes, dos veces al día. Tenía tres años cuando comenzaron a cepillarle los dientes.

La niña rara vez come dulces y chocolates, aunque todos los días come alimentos y dulces entre comidas. Rara vez bebe refrescos azucarados y nunca come ni bebe en la cama durante la noche.

Comienza entrevista.

R. Diferentes formas ¿no? Bueno, o se podría decir por ejemplo ahorita en dental yo también lo he dejado, si, ya ahorita con los niños y todo, ya se me multiplican los gastos y todo y sí, este, como que lo va dejando uno y lo va dejando y se va haciendo uno caso omiso de las necesidades que requerimos sobre el mantenimiento que le debemos de dar a nuestro cuerpo.

P. ¡Sí claro! De hecho lo que le comentaba: nosotros, lo que queremos hacer es un programa que tenga, pues sí lo que ustedes piensan de eso. Porque luego uno no sabe, o sea como dentista o como médico, no sabe las necesidades por las que ustedes están pensando. Entonces, lo que les pueda decir uno puede que les funcione o que digan: ¿Quién sabe si sea cierto? O si lo que me está diciendo sea lo que yo tengo que hacer, o yo no puedo hacer eso ¿no?

Muchas veces lo de la dieta. ¿No? de que llevar una dieta, pues sí pero yo no puedo comprar esas cosas ¿verdad?

R. Sí, es lo que me decía el doctor, ahora que, ahora por ejemplo la dieta que me dieron tiene que ser familiar, o sólo que usted haga aparte su comida y aparte. Le digo, pues es que no tengo dinero, dice; “pues ahora hay que tratar de comer más sano hasta le va a beneficiar más a ellos.” De cierta forma para que no se enfermen.

P. Entonces la idea que tenemos es esa por eso, son las entrevistas así mas personalizadas, porque nuestro interés es saber ¿cómo ustedes? ¿Qué es lo que piensan ustedes de su boca? ¿Qué han hecho ustedes para arreglárselas sin ir al dentista?, ¿no? sin tener las posibilidades de ir al dentista ¿Qué remedios caseros? ¿Qué cosas, ustedes?

R. Es que doctora, perdón.

P. No, no se preocupe.

R. Respecto a lo queusted me está comentando ahorita, lo que estaba yo platicando precisamente con mamás de ahora que usted vino, que este, bueno, en ese entonces, como que ahora se ha incrementado demasiado el costo dental y es muy caro. (Perdón, tos, tos) no alcanza uno a cubrir todos esos gastos (tos, tos) y es bastante, y debido a eso se deja uno (tos, tos). Es que me da..

P. No, no se preocupe. De hecho le quería pedir permiso para grabar, porque luego no, no quedamos así, dice, que dijo. No crea, entonces, le pido permiso para prenderlo. Entonces le contaba, que la idea era esa, y si uno esta viendo que una de las principales causas es que la gente dice; "pues no tengo, no tengo dinero para atenderme" y lo que nosotros, también hemos visto es que no hay mucha información acerca de los cuidados de la boca, ni... Pero sin embargo es importante ¿no?. Precisamente en ese sentido iba mi pregunta ¿no?

R. Sí doctora.

P. ¿Usted cómo ve?, ¿por qué cree que sea tan importante la boca, usted a qué le atribuye de importancia? ¿para qué nos sirve? Y sobre todo, porque son cosas que usted les enseña a sus niñas ¿no?

R. O sea como usted lo ha dicho, para mi es importante tener una buena higiene; porque eso le estamos dando, bueno, nos estamos cuidando nuestros dientes y de esa forma estamos educando a nuestros hijos para que ellos se formen hábitos sobre todo de limpieza, e higiene bucal, para que cuiden sus dientes. Como estaba yo viendo aquí en, en la gráfica que pusieron, pues nosotros debemos de tener un mantenimiento de nuestros dientes para tener una mejor salud. Este, bueno yo no sabía, dicen que por ejemplo una muela mal cuidada o algo pueden provocar, cáncer, o enfermedades. Yo no sabía, y me enteré yo de eso, y pues sí, si me preocupa este, me gustaría llevar un seguimiento, un cuidado apropiado.

P. Dígame, ¿usted ha tenido alguna experiencia con algún dolor dental?, ¿o la niña ha tenido alguna experiencia?

R. Si.

P. Cuéntemela.

R. Pues yo muy chica, me empezaron a tapar los dientes, se me empezaron a carear y me los empezaron a tapar: Ese ha sido mi único problema, endodoncia nunca me han hecho, tengo una incrustación y hasta ahí nada más, y la niña no, el problema que tengo con el niño grande que él tiene, bueno yo siento que su cavidad es pequeña y los dientes le están saliendo grandes, entonces como que ya hay una deformación de los dientes que están saliendo fuera de lugar y chuecos.

P. ¿Él tuvo caries cuando estaba pequeño?

R. No, él hasta el año un mes o año dos meses casi prácticamente le empezaron a salir sus dientes. No tenía dientes, estaba muy desarrollado, muy todo, pero no le salían, incluso yo veía niños pequeños de la edad de él que ya hasta muelas tenía y él no tenía ni un diente. Y de momento le empezaron a salir dientes, colmillos, muelas, todo, todo. Entonces, este, pues si tenía sus dientes y eso pero los tiene fuera de su, se podría decir, fuera de lugar.

P. ¿Y usted cómo le hace para identificarles alguna enfermedad de la boca?

R. Sí, Doctora, pues no he tenido mucha precaución, bueno ahorita en ella nomás le he seguido….

P. Se me olvidaba decirle, que no hay respuestas buenas ni malas, no crea que la estamos calificando de ninguna manera, al contrario la idea es de que usted no se sienta, como, no, no, usted dígame, no pasa nada, ¿cómo es la cosa?

R. Si claro que sí. Sí no, no me he percatado de eso, le lavo sus dientitos o ella se los lava. De repente cuando tienen flojera o no están así en disposición, haber, vente vamos a lavarte los dientes. O ella me dice; “mamá ya me fui a lavar los dientes”, le digo; “te los lavas bien”, “si ya me los lave”, dice, “cómo me quedaron”, le digo; “bonitos”, “¿ya están limpios?”, me dice; “sí, ya están limpios”. Entonces yo veo que ellas a través de lo que ven que hacemos nosotros, ellas también tratan de imitar esas conductas. Pero en ellos que son pequeños, entonces a veces uno como grande a veces se le hace fácil, ¡ay!, pues no me los lavo ahorita, me los lavo más al rato. Entonces ya todo eso, pues siento que también hay que uno mejorar sus hábitos. Pues porque yo también lo hecho. De repente estamos ocupados y algo y a lo mejor a veces no le damos la importancia que realmente tiene.

P. ¿Qué enfermedades de la boca, conoce?

R. Nada más lo que es la caries y la, y la gingivitis porque bueno yo si ya tiene tiempo pero no he ido también, he detectado que de repente al cepillarme los dientes, me sale sangre de las encías, pero pues no, hasta ahí nunca he ido a no sé, a tomarme un tratamiento, alguna cosa para esto.

P. Pero usted considera que, que le sangren, ¿hay algo que no anda bien?

R. Sí, sí o sea que yo siento que no es normal, porque bueno no me lastimo así como para que me sangren es un cepillado normal, si.

P. ¿Y qué ha hecho para, por ejemplo, mejorar alguno de esos padecimientos sin antes haber ido al dentista?

R. Bueno no sé si me servirá de algo, porque pues no sé de eso, me he lavado con *sensodine* por ejemplo, o con el que le llamamos *astringosol*, entonces enjuagues bucales nada más, pero nunca me he tomado un medicamento, un tratamiento, no nunca.

P. ¿Ha tenido alguna vez dolor? ¿una experiencia con dolor de muelas?

R. Pues muy pocas veces, ahorita si porque las muelas que me taparon, aproximadamente yo calculo que tiene como 10 años que me han puesto amalgamas, y no he ido doctora, la verdad, ahora mi niño, mejor han seguido las niños. Bueno me ha pasado de todo y entonces no hemos ido y eso mi esposo también quiere irse a ver lo de los dientes y estamos esperando que un ahorro que un ahorro y ahorita no hemos podido ir, lo dudo, lo del niño también me llamó la atención la doctora, vinieron a poner fluoruro y yo lo traje a una aplicación y me dice la doctora; “señora, por qué no le hace caso al niño de sus dientes, los tiene fuera de lugar ahorita empieza, incluso si hay molares que ya no necesita porque se le están cayendo al fin su molar tiene ocho años”, dice; “se le pueden sacar y se le van a ir acomodando de manera que vayan quedando en su lugar y si está blando esta tierno se le puede ayudar”. Pero es que doctora no he tenido dinero. Si porque eso, bueno yo que sepa me parece que es ortodoncia ¿no?, es, eso es un gasto más, más grande que el tratamiento del cáncer, podría decir. Entonces, pues debido a esto, sí no lo he llevado a su atención.

P. ¿Usted cree que la mayor limitación es económica, no?, No es que a usted no le importe.

R. Si, o sea me interesa tratarlos, me interesa yo tratarme y sobre todo ahorita con la enfermedad que tengo pues sí me da miedo de repente, porque dice el doctor que debo de tener mucho cuidado en infecciones que sean pequeñas sobre todo en las amalgamas, que eso es lo que hay cambiarme, o de plano tapármelas, sí, si le quisiera hacer caso por lo mismo de que para evitar una infecicón mayor y evitar otra cosa.

P. ¿Usted cree que la experiencia que usted ha tenido, determine que, en donde lleve o donde atienda a sus hijos? O sea…

R. Si.

P. O sea. Dice usted; "yo se aquí, no me gusto", o "me dolió a mí y no quiero que les duela." ¿Usted cree que el dolor sea algo importante para que usted diga: no quiero que pasen ellos?

R. Sí, yo siento que es miedo de uno, o sea este, uno, bueno yo siempre he tenido miedo al…

P. ¿Al ruido?

R. Si a la maquinita que está ahí taladrando, al taladro, me da nervios y eso es lo que también yo digo como que es irracional porque es algo así, pero no sé, como que siempre le tiene miedo uno a tratarse.

P. Sí, ¿Por ejemplo, usted cree que la boca tenga un valor en nuestra apariencia, en la vida, para usted que función tiene la boca, para qué cree que sirva.

R. Pues yo siento que por ejemplo en primera nos sirve como base de nuestra presentación, yo siento que es importante que conservemos nuestras piezas dentales, en primera, nos sirve para alimentarnos y para tener, yo siento este, pues una sonrisa, bien. Estéticamente yo siento que sí nos hace falta, y siendo personas mayores también, porque pues debido a eso puede tener uno problemas, pues no sé en el estómago o algo por falta de mala masticación o no masticar correctamente los alimentos. O sea su función yo siento que es básica y primordial.

P. Usted ¿hace de comer en su casa?

R. Si.

P. ¿qué hace de comer? Digo ahora que ya le dieron una a nueva manera, forma por lo de su diabetes. ¿Antes que cocinaba?

R. Pues me había ido yo, bueno yo que tiendo a subir de peso y que tengo, bueno que tenía esa predisposición y no la cuidé, pues yo comía más harinas, dulces, a mí me gustaban mucho el dulce, me fascinaba. Entonces yo siento que me excedí en cosas así, en carbohidratos, en grasas, entonces todo eso fue lo que me generó el problema que ahora tengo, entonces de hecho las niñas aunque a mí me gustaba esa, se podría decir ese régimen, yo a las niñas trato de no darles mucho dulce, sí les doy un dulce o algo porque pues son niños y se les antoja o ellos lo buscan, pero así como que del diario, ten para irte a comprar dulces o ten, yo te traje tu dulce, no. Trato de que coman otra cosa, o fruta, o este, o verdura y eso me, pues sí me ha funcionado, y así de comprarles cosas pues de eso no.

P. ¿No?

R. Si, no.

P. ¿Ellos comen dulces entre comiditas?

R. A veces.

P. ¿Cuando salen de la escuela le piden su dulce?

R. Sobre todo el grande, sobe todo el grande, que él si ya va y se compra de repente, le digo Rodrigo no y de repente ya se esconde el chicle por acá o hace así cosita, pero las niñas no, o sea como son más pequeñas como que en ellas si veo más que les voy a comprar.

P. Que les va a comprar.

R. Si, como que cuido un poquito más.

P. ¿Qué dulces son los que más les gustan a ellas?

R. Pues no sé, las gomitas, busco que no sea de esas que tienen azúcar encima, sino que sean gomitas como los panditas, de esas que no son tan dulces, que no sean que

tengan tanto caramelo encima, cosas así. Sí, trato de no, y yo sí de chica sí, si comía mucho dulce, la verdad, sí.

P. ¿Y su mamá a usted no le dio algún consejo o algún remedio para el dolor de muela, o para el mal aliento, o para el sangrado de…?

R: Pues mi mamá, yo lo que siempre veía que usaba era su pasta dental y por decir alguna pequeña úlcera que le salía en la boca de repente que salen o nosotros decimos las famosas postemillas, no sé como llamarlas, este…lo que hacía, se lavaba con agua tibia, bien, bien la boca y se hacía gárgaras o buches de *astringosol*, que ahora hay varias marcas, pero antes era nada más esa marca.

P. Y le funcionaba.

R. Sí, si le funcionaba, he escuchado yo también por ejemplo del, creo que es la corteza del encino, hervida en ¿qué?, dicen que es muy buena, nunca me la he hecho, la verdad y si me da tentación de repente porque yo digo, bueno si tengo gingivitis, pues no sé qué tanto me funcione, digo no sé si me quitará o me cortará la infección o me ayudará, sobre todo dicen que refuerza los dientes para que no se aflojen, bueno he escuchado, pero no sé qué tan verídico sea. O que tanto funcione, nunca lo he hecho.

P. ¿Y por eso no lo ha usado?

R. Sí, si nunca lo he hecho, he escuchado pero nunca lo he hecho.

P. ¿Qué otra cosa de esas conoce?

R. Por ejemplo para el dolor de muela, que nunca lo he hecho pero me lo han platicado varias personas, por ejemplo, es el clavo, este, lo muele y le ponen, este alcohol y eso hacen como en un algodón meten el clavito y remojan en alcohol y se lo ponen por ejemplo si ya tienen el orificio de la muela por ejemplo que se le cayó la amalgama ¿no?, como es como se tapó la muela y en lo que vamos al doctor y persiste, me imagino, todavía la infección, pero el dolor, si hay dolor, hacen eso; machacan un clavo bien. Este lo meten adentro de una torundita de alcohol, lo meten, este de algodón lo meten en alcohol y se lo dejan ahí en la muela. Y dicen que sirve como anestésico, que le quita.

P. Umm. Como que les quita el dolor.

R. Sí, hasta eso es lo único que sé.

P. ¿Y usted, las estrategias que ha usado para, por ejemplo para el cuidado de los dientes de sus hijas, o usted, ¿cuáles han sido?, ¿el cepillado, nada más?

R. Si, nada más el cepillado, su pasta de dientes y de repente Karla, cuando le empiezan a brotar las muelas, me dice que tiene inflamado, lo que le hago son gargaritas con agua tibia con bicarbonato. Y eso me dice ay mamá sabe feo, le digo si mi amor pero para que te desinflame un poquito y ya pasan días y le doy tempra o algo para que le ayude un poquito, porque a veces dice que le duele, si porque al reventarle la muelita si creo que si le duele. Y nada más es lo único que les doy.

P. ¿Usted considera señora, qué por ejemplo la comida que comemos, el lugar donde vivimos, lo que pasa a nuestro alrededor en cuanto a nuestro trabajo, las relaciones con nuestro marido, con nuestros hijos, también tengan que ven en cómo se nos presenten las enfermedades?

R. Si yo digo que es fundamental y es, es una de las cosas principales porque de repente uno a lo mejor se, todo mundo tenemos problemas de cierta manera, unos de otros ¿no? Pero a veces no sé si uno se enfoca a sus propios problemas y ahí yo siento la depresión y todo eso y a la mejor tendemos más por, no sé, a lo mejor nos refugiamos más en estar comiendo y estar comiendo cosas dulces o tiene uno ciertas manías, yo siento que es eso también. ¿Podría ser, no? Que el descuido también uno lo llegue, lo lleve a eso o simplemente el sedentarismo, el o como el no interesarle a uno las cosas ¿no? Como que pues tengo problemas y yo me enfoco en mis problemas y se descuida uno como persona.

P. Claro.

R. Sobre todo esos hábitos.

P. Entonces, ¿considera que no es uno él único del que dependa que nos enfermamos o no?, sino que existen otras cosas que…

R. Que predisponen todo eso.

P. Aparte de lo que me comentaba al principio que usted también ve que el, la atención es cara, ¡uy! el densita más que a veces que el médico, siempre tiene un costo más elevado. ¿a usted le gustaría que hubiera servicios públicos de…?

R. Sí, más accesibles hacia nosotros, si.

P. Y qué tengan buena calidad.

R. Aunque no sea lo mejor ya en determinados materiales que a veces no se alcanzan a cubrir, pues a lo mejor uno ya pondría una parte ¿no?

P. Pero que hubiera atención, ¿no?, que hubiera orientación ¿no?, usted que hace, falta orientación, inclusive ya ve que en la tele sacan una qué, pero ¿verdad, que no, usted qué considera, qué?

R. Como que no hay mucha difusión acerca del cuidado, del aspecto dental, no hay.

P. Porque pasan en la televisión anuncios de cepíllese tres veces al día y no sé qué, pero no profundizan ¿verdad?

R. Nomás como que es momentáneo y así, entonces a veces uno también se guía uno mucho por eso de que si a la mejor, dieran información más amplia, a la mejor uno se iba creando un hábito más consciente sobre todo. Uno estaría más consciente de las cosas.

P. Sobre todo lo que es interesante, es importante ¿no?, que no sólo depende de nosotros, sino depende de un montón de cosas, el hecho de que se presenten enfermedades. Pero lo que nosotros queremos acá es que podamos identificarlas y podamos verlas y podamos decir. Ay de aquí puedo hacer esto, y que al final de cuenta lo que ustedes las mamás hacen, porque ustdes buscan la manera.

R. Alternativas.

P. ¿Tiene que ir por el niño, tenía que ir por su niña?. Quiere…

R. Sí, me permite, sí, claro que si.

P. Entonces, en ¿qué nos quedamos? Ah, bueno, yo le estaba diciendo que si para usted era importante, si usted había sentido o percibido que tenía alguna molestia algún dolor, no quería que ellos tuvieran.

R. Sí que pasaran la misma situación, o eso.

P. O problemas. Además de lo que platicábamos de que si relacionaba lo que comíamos, donde vivíamos y todo lo que hacíamos con relación a sus enfermedades ¿no?

R. Si pues toda la mala alimentación, los malos hábitos nos generan pues cualquier tipo de enfermedad, desde las leves hasta, yo siento que la verdad es una mala alimentación, pues nos baja las defensas, no tenemos los suficientes anticuerpos, yo creo, para contrarrestar las infecciones y todo eso es, yo siento que si ¿no? Nos deteriora nuestra calidad de vida.

P. ¿Qué significa para usted, estar enferma?

R. Pues como que de cierta forma nos hace más conscientes de las cosas.

P. Padecerlo, cómo que ya nos pasó y eso funciona para que nos pongamos, ehh…

R. Si como más alerta, o sea, yendo a ver, no pues ya, o sea mi descuido me llevo a esto, ahora este, pues, voy a tratar de andar más al pendiente de mí, de mis hijos ¿no? Tratar de pues de evitarles algo, algo grave.

P. Algún problema grave. ¿En cuánto la boca, la valoración que usted le da por ejemplo, al hecho de que tengan algún dolor, o de que no les vaya a dar o de que si les vaya a dar?, así, así como que si les duele o yo no quiero que les duela. O si les duele prefiero llevarlos a que los atiendan o prefiero hacer algo, o sea, ¿cómo ve usted esa cuestión del dolor?

R. Pues hasta ahorita, doctora, no se han quejado ellos de por ejemplo de caries o de alguna cosa que diga mamá me está lastimando mucho mi muela o tener algún problema de que pues mi diente ya se me está aflojando y no se me cae ni nada, nada más esta así. Rodrigo ahorita está pasando ese proceso, porque está mudando, pero en él sí es de repente se le inflama y le digo; “haber hijo, este, ¿te duele?, ¿es mucho lo que te molesta?”, “pues me molesta mamá al comer”, le digo sí, porque como está ya el, está que se te cae y luego ya se aflojó el diente entonces con cualquier movimiento pues sí te lastima, está todavía unido al nervio, entonces te lastima. Pero es como tolerante, llevadero. Le digo; “pero tienes que tener un aseo más adecuado para evitar

que se te infecte", "si mamá", dice. Entonces ando viendo eso, que sí se laven los dientes y todo eso.

P. ¿Usted le cepilla por ejemplo? Ahh, digame, digame…

R. Sí, se ha descuidado él un poco, como ya co... (ininteligible), y de repente como cosas, pues si le da flojera, y le digo que si comemos algo hay que irnos a lavar los dientes.

P. ¿Usted se lava los dientes, se cepilla los dientes con Karlita?

R. No, casi no.

P. Casi no.

R. O sea ella si voy es aparte, o sea, si no, no, eso así. Lo que pasa, ando corriendo y de momento…

P. Platíqueme; ¿qué es lo que hace usted en un día?

R. ¿Normal, así, cotidiano?. Lo que hago, es que me levanto, a veces dejo preparado su uniforme, a veces no. En ella nada más, ahorita es la que va en la tarde. Rodrigo, perdón me ve en la tarde y en la mañana. Entonces es prepararle su ropa, prepararles su desayuno. Porque sí les doy algo de comer antes de que vengan. Por ejemplo, ya es prepararle su desayuno, pasarla al baño, a que vaya al baño. Karlita ¿ya estás desayunada?, si mamá. Bueno hay que lavarse los dientes, lavarse las manos, ay que arreglarte, hay que peinarte, porque pues ya nos vamos, nos vamos a ir a la escuela y trato de que se despeje, hablarle a buena hora para que ya cuando se venga ya esté, esté de buen ánimo y esté ya activa y ya que ya esté bien despierta. Eso es con ella y pues ya me pongo, llego, este les doy de desayunar a los otros dos niños y ya empiezo a ver qué es lo que voy a hacer, ay que ir a comprar las cosas para ir a preparar los alimentos. Yo mi gasto no me lo dan por quincena, me lo da al día. Mi esposo va al día, entonces viene y ya me trae, entonces yo tengo en la mañana que ver, qué es lo que les voy a preparar y qué es lo que les voy a hacer de comer. Trato de variarles un poquito su alimentación. Entonces ahorita si ya voy a empezar a integrar, pues su, entre su dieta con la mía yo voy a ver que alimentos me hacen daño para no ingerirlos y que alimentos ellos sí los pueden comer porque los necesitan como son carbohidratos, harinas, pero con medida también. O sea ya se los voy a regular un poquito. Si en eso y

ya el niño entra a las dos de la tarde, me pongo a hacer mis demás actividades: limpieza, o lo poquito que pueda hacer, llego les doy de comer a él, lo llevo a la escuela y ya me quedo con las niñas. Igual haciendo quehacer, les doy de comer, me pongo a hacer mis actividades que tengo y ya si hay tarea, haber hija que te dejaron, vamos a trabajar, vamos a hacer algo. Y así ando corriendo todo el día, y luego me da la noche y a veces no terminamos.

P. No terminan.

R. Sí les doy de merendar, llega el niño y ya les doy de merendar a todos, ya vénganse, su hermanito ya vino, lávense las manos, vénganse a comer. Y si hay que hacer tarea pues hay que avanzarle un poco y ya si es de estudiar, le digo en la mañana le sigues, para que también descanses.

P. Claro, y ya los duerme a una hora.

R. Si, y a veces los baño un día antes, a veces en la mañana, dependiendo.

P: ¿Usted vive en una casa con familia?

R. Si de hecho la casa en la que estamos, es de mi papá y aquí estamos, él es solo, es viudo, entonces nada más vivimos con él, somos cinco nosotros y vivimos con él

P. Con su papito.

R. Si.

P. Y ¿siempre ha vivido aquí en ampliación Tepepan?

R. Si, bueno de hecho yo siempre me he criado aquí en Acequia, este, estuve dos años viviendo con mi suegra en Tulyehualco, nos venimos año y medio y luego nos volvimos a ir otros dos años, no me acostumbré, no me gustó, me regresé a la casa y entonces aquí estamos con él.

P. Con su papito, y ¿todo bien, no tiene problemas con su papa? Ni nada de eso.

R. Pues con mi papá no, de repente su papá es el que si.

P. ¿Su papá de su esposo?

R. O sea, mi esposo.

P. Ah, su esposo ¿cómo que tienen roces?

R. Si, él es de un carácter muy fuerte y de repente así como que es agresivo, entonces me cuesta trabajo y yo también, o sea soy de carácter fuerte y yo siento que chocamos. Si, entonces debido a todo eso, he tratado de hablar con él y de hacerle ver las cosas y entonces yo le digo a él que yo necesito estar bien, pues para poderlos ver a ellos, le digo más que nada como yo me quedo más tiempo con, o sea de hecho nosotros estamos las veinticuatro horas con ellos, y ellos y necesito estar bien para atenderlos.

P. ¿Su esposo no se involucra mucho, por ejemplo en la tarea de los niños?

R. No, no mucho.

P. ¿Por qué está todo el día en el trabajo?

R. Tiene tres horarios en una semana: en la mañana, en la tarde y en la noche. Antes, era una semana en la mañana, una en la tarde y una en la noche, y ahora si tiene, pues yo creo como medio año, unos cuatro, entre cuatro y cinco meses, casi medio año que tiene los tres horarios en una semana. Y si puede descansa un día a la semana y si no se la sigue toda, entonces ese tipo a mí me desestabiliza mucho su horario, porque le digo si yo tuviera que llevar a los niños a alguna actividad o simplemente salirme con ellos al parque en la tarde, no puedo, porque no cuento, porque contigo para que me los cuides o para yo salir, a alguna cosa que tenga que hacer, no fácilmente, cuento contigo uno o dos días si es que estás. Y el día que trabaja en la noche, menos porque llega a dormirse.

P. Y ya, ¿De que trabaja su esposo?

R. Trabaja en gasolinera, entonces ellos van al día, no tienen sueldo, tienen propinas.

P. ¿No les dan sueldo?

R. No, no, y entonces debido a eso, si me descontrola muchísimo

P. Si, pues cómo no, la desestabiliza ¿Qué cree que sean las necesidades que menos puede cubrir con los ingresos que tienen?

R. Pues a nivel médico, se podría decir, este, yo saqué lo que fue lo del seguro popular y la hoja de gratuidad y pues si me estoy, me ha sido de mucha ayuda, de hecho porque pues me están dando hasta el medicamento.

P. En la hoja de gratuidad ¿qué es distinto, no, al seguro de gratuidad?

R. Son dos, se podría decir dos seguros médicos, pero tienen los mismos, nos dan consulta, tratamiento gratis y si hay medicamento nos lo dan. Si , igual este.. en cirugías y eso.

P. ¿ Y su esposo no tiene IMSS, ni ISSSTE?

R. No, anteriormente tenía seguro pero la empresa donde entró, yo creo que va a hacer año y medio que entro ahí, no tiene seguro, sí, no tienen seguro.

P. ¿Y entonces por eso usted recurrió al seguro popular?

R. Si.

P: ¿Ahí nunca ha pedido atención dental?

R. No, bucal, no, nunca he ido. Luego hace diez años fue que me trate las muelas y todo eso y, pero pues era soltera y todo, pues sí cubría yo mis gastos y yo me veía y todo eso y ya debido a eso ya me dejé y no he hecho caso también de ir a ver qué, que pasa. Sí.

P. ¿Y le parece a usted que sería importante que hubiera servicios, más servicios?

R. ¿Más accesibles?

P. Más accesibles, ¿qué no fueran tan caros?

R. Sí, porque de hecho, bueno en la, se podría decir en la categoría que nosotros o que yo me pongo, se podría decir que estoy en una población vulnerable en ese aspecto ¿no? Que no cuenta uno con los recursos económicos para cubrir esos gastos.

P. ¡Claro!

R. Tanto personales como de nuestros hijos o sí.

P. Entonces, ¿usted cree que las necesidades que no se alcanza a cubrir en su caso, son sobre todo las de la atención médica? O ¿también tiene que ver por ejemplo con la vivienda, con la ropa, con la comida, algo por ahí falta?

R. Si también, eso en ese aspecto, pues yo de cierta forma también hago por mi parte, también hago otra, este, pues es una pequeña contribución hacia los gastos para tratar, ya no de cubrir sino de ayudar un poco en gastos. Porque si pues con un sueldo que no es fijo, de cierta forma, no alcanza una sola persona a cubrir todos esos gastos, a menos que tuviera un sueldo más equitativo, más..

P. Y usted ¿hace laguna actividad de trabajo o algo así, en donde tenga ingresos?

R. Pues sí, de repente sí hago algún trabajo, pero no es siempre, yo estudie cultura de belleza y estilismo, entonces lo he dejado un poco por mi niños, me he dedicado con ellos de tiempo completo. Entonces si de repente me llega algún trabajo por hacer, pues sí lo hago.

P. Lo hace y ya de ahí saca un poco de dinero.

R. Y ahorita tengo, este, una o sea este, ando vendiendo perfumes.

P. Ah, mire.

R. Entonces, no es mucho pero pues ya es un ingreso que entra a la casa y ya lo destino para alguna, para cubrir algunas cosas que nos hacen falta.

P: ¿Que tienen que ver con la comida, con el...?

R. Si, en gastos generales que se da a veces cubrir en los gastos de ropa, o zapatos o en alimentos. Sí.

P. Pues precisamente la idea es, era esa que usted nos platicara que era lo que hacía, que era lo que pensaba acerca de… ¿ya vio como salen un montón de cosas alrededor de la cuestión bucal, porque no es un problema que esté aislado de todo lo que hacemos en el día, de lo que hacemos con nuestros hijos, de lo que hacemos con el gasto. Tiene que ver ¿verdad? Con todo.

R. Si con nuestra alimentación y con la salud de nuestro cuerpo

P. Claro, entonces por eso era bien importante para nosotros saber ¿qué eran lo que ustedes pensaban de eso? Porque queremos hacer o darles información acerca de la salud bucal, pero que ya vió que no está solita, sino que tiene que ver con un montón de cosas que hacemos en nuestro diario vivir, en nuestra vida cotidiana, qué muchas veces con pocas, con pocos recursos podemos hacer muchas cosas. Pero tampoco olvidarnos de que también es responsabilidad por parte de otros agentes que intervienen en nuestra salud ¿no? Porque, le voy a apagar. Yo creo que.

Continúa la entrevista.

P. Pero la idea era esa que usted nos platicara, o sea que usted nos explicara, que nos contara. Entonces ya ahorita uno ve no hay servicios dentales con buen precio, pero a veces ni lo identificamos, cómo que es un problema que ya por hecho lo damos que lo tenemos que ir pagando. Ay, sí, si (es que era un animalito, gracias señora) que nosotros por ejemplo estudiamos y decimos. No pues si, vamos a trabajar y no sé, pero las necesidades de la gente son otras ¿no? Porque pues uno no, pues que 450, 500, 600, cuando a veces ese es el ingreso de una semana. Entonces la gente va por dolor y para arreglarse ya no le queda de otra, pues dice; ni modo.

R. Y tiene uno que hacer un sacrificio muy grande para tratar de cubrir el, un gasto y empezar a cubrir un gasto, porque si me voy a tapar los dientes, por ejemplo, pues si no sé depende el material también que le ponen a uno y todo eso, pues tiene un costo adicional ¿no?, que si es por estética pues para que se me vea más bien, pues ya es un costo extra. Entonces a veces uno todo ese tipo de detalles pues ya se incrementa y sale completamente fuera de nuestro presupuesto, que no lo tenemos. Yo ahora lo estoy viviendo y digo, Ay, no, yo sí me siento mal, de cierta manera porque digo; pues no iba, yo no hacía a lo mejor las cosas tan cómo debería de ser o no iba a lo mejor, no sé dos veces al año como es al dentista, que debemos de ir a, pues a nuestro chequeo a ver como está nuestra boca y eso, pero sí trataba de cuidarme un poquito más y ahora el pretexto son mis hijos de que hay que cubrir gastos en ellos y uno se descuida en ese aspecto, porque hay que darles de comer y hay otras funciones como que son primordiales, no porque no nos interese lo demás sino que de momento hay que cubrir esas necesidades y se va fuera de nuestro alcance. Y eso lo que yo le comentaba a mí esposo, le digo; “deberíamos de buscar eso”, dice; “si Isabel pero es que mira yo de momento, yo te traigo esto de dinero pero no puedo de momento hacer más. Entonces,

si me voy a una fábrica, ganaría mucho menos, porque es un sueldo, no sé de casi seiscientos pesos, con eso no vamos a vivir", y le digo; "si es cierto, entonces dice acá saco un poquito más, a veces a veces no, entonces, tengo pues, mientras seguir aquí", incluso yo le decía; "pues estudia la prepa", dice; "pues la verdad, se me, a se me dificultaría, pero pues, tengo que buscar la manera si no se puede pues a ver si me animo a estudiar para ya con preparatoria a lo mejor, pues es un poquito más , no sería mucho pero a lo mejor ya me darían otro, me pagarían un poco mejor o iría a trabajar a un lugar donde a lo mejor, o requiriera el mismo tiempo pero un sueldo un poquito mejor."

P. Claro, tienen que buscarle ¿no?

R. Es lo que yo también estaba esperando, perdón, con las niñas, que ahorita están creciendo, que aquí me genera un alternativa que por ejemplo aquí es de tiempo completo. Si yo me dedico a trabajar medio tiempo pues ellas estarían aquí atendidas, salen hasta las cuatro de la tarde y a la mejor ese tiempo lo aprovecharía para desplazarme y hacer algo. Podría ser ¿no?

P. Sí, es una oportunidad que tienen acá ¿verdad?

R. Sí es lo que estaba yo hablando con mi esposo, le digo, dice; "pues no sé, necesitarías organizarte en ese aspecto, porque pues yo cumplo con mi función, pero yo no sé tú cómo estés ahorita de…"

P. Con las niñas.

R. Sí, entonces debido a eso, pues nomás sería dejar a Rodrigo en la escuela y en la tarde llegaría a la mejor ya llegan más cansados y todo eso y ya no te estresas tanto con ellos. Digo: "pues sí", y ahorita si ya me estoy recuperando, porque sí, no, me deprimía, todo horrible y todo eso, pero ahorita ya no quiero ver las cosas tan negativas y digo pues quiero buscar otra, pues alternativa para complementarlo con los dos, que se vean dos entradas de dinero, un poquito más, porque ellos también van a ir creciendo y van a generar más gastos.

P. Sí, pues exactamente, hay un montón.

R. Si yo siento, yo tengo entendido en los pequeños los cinco primeros años de vida son fundamentales en su alimentación y eso repercute para toda la vida, no sé qué tan

de cierto sea, entonces yo siento que sí es importante, porque si ellos tienen una correcta masticación de los alimentos. Pues tienen un mejor aprovechamiento y nutrición en su cuerpo en su organismo.

P. Entonces ¿cree que si es importante, los dientes de leche?

R. Si.

R. No sé qué tan malo o bueno sea el cepillarme, yo, ya no le dije bien cuando usted me dijo, que nada más la pasta. Ahorita estoy recordando, que yo no lo hago como habitualmente pero sí en ocasiones si lo he hecho, también, este le pongo sobre todo cuando hay temporadas como que se amarillan. Yo consumo café, de hecho ahorita me lo quitaron un poco por lo del irritante y eso, pero yo consumía mucho café, entonces se pigmentan los dientes, se oscurecen y yo decía; "¡ay¡ dios mío, pues si yo me lavo los dientes pero se oscurecen ¿no?". Entonces yo lo que agarraba de vez en cuando usar el bicarbonato o cuando siento de repente que tiene uno sucios los dientes aunque se los cepilla, como qué no, como que no quedan, yo creo también por falta de lo que volvemos a lo mismo, de no asistir a nuestras citas recurrentes al dentista. Pues no tenemos un aseo correcto de la boca, en el aspecto de que no, como no vamos a que nos hagan un aseo bucal a fondo, pues yo creo que se nos va pegando como usted dice, toda la placa dentobacteriana, sarro y todo lo demás. Yo cuando siento sucia la boca, si en ese aspecto yo sí le pongo bicarbonato a la pasta y me tallo y me tallo y yo siento que se me pulen, no sé, no sé.

P. Y los siente más limpiecitos, ajá, que le funciona pues.

R. Sí y siento más, como más, se me empiezan como a blanquear mis dientes y los siento más limpios, no sé si sea bueno o sea malo.

P. No, claro que es bueno, sí, si funciona, exactamente sí, era lo que le decía, no hay conocimiento que se tienen y que porque uno dice; "no, pues quien sabe si eso sea correcto." Las pastas dentales contienen bicarbonato, con una serie de otras cosas. Lo que le puedo comentar es que lo más importante es el cepillado, el que nos cepillemos correctamente. Eso de correctamente es bien difícil porque también nadie nos dice cómo diablos le hagamos. En la tele que medio sale y quién sabe a veces le hacemos casi…

R. Yo le entiendo así como que de arriba para abajo y de abajo para arriba.

P. Claro como que eso da.

R. Cómo.

P. Yo le voy a explicar cómo hay algunas maneras, por ejemplo en los chiquitos, en Karlita, la técnica que le damos es la circular, porque para ella sería bien complicado en este momento, por los movimientos que tienen, hacerlos como un adulto, entonces les hacemos que hagan rueditas, rueditas en todos lados, adentro, afuera, en todos lados, la lengua y los cachetes por dentro, el paladar, porque ahí también se acumula placa y eso genera de repente mal aliento ¿no? Bueno pero en ustedes si les explicamos la técnica que precisamente toman el cepillo de acá, lo bajan y por eso es de arriba para abajo, es esa la cosa y los que están abajo, de abajo para arriba. Esa es la, pero como dice usted, pues como que uno no le entiende porque no sabe cuál es el de abajo y cuál es el de arriba.

R. Si, y aparte del diente, yo también trato de cepillarme las encías, porque dicen que es bueno cepillar las encías.

P. Exactamente, por eso empezar desde aquí es lo ideal porque entonces usted está cepillando el diente sino también la encía. Entonces que use bicarbonato, ¡claro!, si y está bien que usted no lo use tan seguido, está bien que lo haga de manera…

R. En ocasiones.

P. Exacto, está bien, porque como le comentaba, la pasta es importante porque nos acostumbramos a usarla porque como que huele rico, como que sabe bien ¿no?. Pero si no tuviéramos pasta no importa, nos podríamos cepillar, porque la idea del cepillado es que se remuevan las bacterias ¿verdad?. Entonces si no tenemos pasta o lo que sea, pues nos vamos a lavar con bicarbonato o incluso sin nada, pero eso no lo dicen en la tele, porque en la tele lo que quieren es que compremos pastas y compremos todo.

R. Sí, decía una señora, también, que ella hace mucho tiempo conoció a una persona que se lavaba los dientes normales, pero que usaba mucho, tostaba una tortilla en el comal y la dejaba quemar que la trituraba bien, y ya al polvito, que con eso se, se

tallaba los dientes y me dice, siempre hacía eso y tenía sus dientes muy bien si, luego pero a veces son cosas que nos dicen y uno no sabe.

P. Si, o si no ¿verdad?

R. Que nada más sean como decimos a veces, son ideas o realmente sí funcionen y sí sea cierto.

P. Es cierto, que últimamente lo que hacen los médicos, como que descartan las posibilidades que la gente tiene, y sin embargo, son cosas que se han usado desde hace mucho tiempo y como dice usted, por eso le preguntaba ¡cuándo se cepilla con el bicarbonato, ¿siente más ricos? ¿siente más limpio?

R. Si, siento mi boca más limpia.

P. Exacto, porque lo que hace un poco el bicarbonato efectivamente es pulir, pulir el dientecito, exactamente ¿no? Entonces ahora como ya las pastas viene revueltas con un chorro de cosas, pues dicen: son mejores, puede ser que lo sean, ¿pero qué es mejor?, el cepillar, entonces, está bien porque lo que, o sea si ustedes pueden seguir usando esas formas con las que pueden hacerlo, pues sí. Usémoslas, nada más que la tele nos dice; “nada de bicarbonato, no está bien”, alguien me decía, que para que desinflamar un poco, claro que ayuda.

R. Ah ya.

P. Claro que ayuda.

R. ¿También el bicarbonato desinflama?

P. También.

R. Ah, ya.

P Así como se lo da a las niñas, de repente, cuando hay ulceritas y demás se hacen enjuaguitos con bicarbonato, hace que el tejido de la boca se empiece a cicatrizar más rápido.

R. Y me dicen que con la granada. Es que una ocasión, me parece que fue al niño o a ella, les dio algodoncillo.

P. Ajá.

R. Y fui al médico y me dijo que consiguiera jarabe de granada y con ese dice, bueno le va a cepillar, porque incluso le sangraba la boquita y yo decía; “¡Ay dios mío!” y lloraba y era un llorar y ni el agua toleraba y dice; “le va a enjuagar primero, le va a lavar su boca, le va a enjuagar con agua tibia bicarbonatada, le pone bicarbonato y con eso le va a enjuagar bien la boca y ya después se le van a hacer aplicación, le va a lavar la boca con gasas, lo va a meter al jarabe de granada y le va a limpiar la boca.” Y un día me puse a pensar, dije; “bueno la granada es astringente, entonces me imagino que ha de tener propiedades antisépticas.”

P. Exactamente.

R. Entonces a veces como tenemos al alcance las cosas, pero no las, desconocemos su función de ellas yo creo.

P. Y como esos consejo, todos los que me ha dicho casi son función, o sea siguen funcionando hay ocasiones en las que por ejemplo hay infecciones o sea, las enfermedades que no alcanzan a cubrirse con estos consejo, sin embargo, no por eso hay que dejar de hacerlos. Lo de la tortilla claro que es cierto, si también funciona o sea si se hace polvito, polvito, polvito la tortilla y con eso es como el bicarbonato, hace una función parecido a la del bicarbonato ¿verdad? La gente luego dice no es que raya los dientes, no es cierto, o sea si uno la muele muy bien y la hace polvito, funciona igual como un pulidor.

R. Si porque eso, perdón doctora, esa persona lo hacía, era gente de provincia, yo siento que a lo mejor no le alcanza, a lo mejor no tenía para pasta de dientes o no sé, o le era más practico eso, yo por eso decía; “bueno y serán ideas de las personas”, que yo no tenía conocimiento de eso.

P. Y no fíjese, funcionan, si la gente tenemos que buscar de alguna manera, si no hay dentista, si no hay doctor y si no hay quienes nos orienten, pues en realidad los médicos y los dentistas aprendimos todo lo que sabemos por toda la experiencia que tenía la gente así en los ciertos, lo del clavo, bueno muchos medicamentos, están hechos con el clavo. No andamos pero mire.. están hechos con clavo o sea, ya le meten otras sustancias químicas que hacen que sea un poco mejor, que hacen que sea mejor analgésico, pero es cierto que tienen esas propiedades. Usted de repente hacemos

esas estrategias de a ver, con esto, con esto que tengo, que son re padres porque nos ayudan ¿verdad? A mantener la salud o a mejorar algún problema que ya se ha presentado de dolor, entonces sí funcionan, claro que sí, o sea todos los que me ha dicho funcionan ¿no? Y nada más hay que tener alguna que otra orientación para saber si funcionan o no un poco, o si funcionan más o menos ¿no? Y ahora como lo que le decía de que, del talle, esas cosas tan padres, las vamos a platicar más ampliamente. No ahorita, ya usted resolvió aunque sean poquitas dudas ¿no?

Pero de eso se trata, entonces, mucho es la idea de no, de no culpabilizar al paciente o a las personas o a todo mundo de que la enfermedades sólo dan por causa de uno ¿no?. Hay cosas que nosotros no sabemos y no sabemos que eso nos va a repercutir en nuestro estado físico o mental. Porque no sabemos que eso, porque como usted que acaba de pasar una depresión terrible.

R. Ahora yo tengo una duda doctora, no sé si debido a la enfermedad que apenas adquirí, este ¿Qué tanto hay de que se aflojan los dientes?

P. Lo que pasa es que cuando hay diabetes, existen cambios muy importantes en nuestro organismo, nuestra sangre empieza a tener menos función en la formación de plaquetas, se llama, entonces cuando tenemos una herida luego tarda un poquito más de tiempo en cicatrizar porque no estamos generando todas las enzimas que se necesitan para la cicatrización. Entonces si se inflama la encía por lo que le platicaba del sarrito y todo. Si está sangrando la encía quiere decir que constantemente ahí hay una infección. No, no una infección sino una inflamación que muy rápidamente se puede convertir en infección, entonces si el sarrito está ahí, está ahí. Ustedes son más susceptibles a acumular más sarro por el cambio que hay en su boquita de pH, le decimos nosotros.

R. Hay una alteración.

P. Hay una alteración entonces eso hace que su saliva se haga un poco más espesa.

R. O más ácida.

P. O más acida, exactamente, empiezan sus encías, empieza a ser muy susceptible s a tener placa, entonces si no hay cepillado o no hay de las veces que…(ininteligible) entonces ese sarrito se va acumulado, se va acumulando, se va acumulando y les

provoca que se desarrolle esa enfermedad más rápido, no porque a otras personas no, en realidad hay personas con diabetes que presentan la enfermedad periodontal, así llamamos a la enfermedad de las encías, aunque no tengan diabetes. El problema con las personas que tienen la diabetes, es que van a desarrollarlo. O sea tienen más probabilidades de desarrollarlo.

R. A ya.

P. Ese es el problema.

R. Entonces tenemos que tomar medidas más drásticas nosotros ¿no?

P. Exactamente, yo le recomiendo que en las noches, siempre en la noche es muy importante que se cepillen. En el día es difícil, a veces estamos fuera de casa no tenemos el cepillo, lo que sea, pero en la noche con ellos incluso, que ¿sabe cómo? Póngale una canción, las canciones que les gustan, que duran dos, tres minutos, ¿no?, para que ellos no sientan lo pesado o el tiempo: Ahh mira, cuando empiece la canción y usted…

R. Los estimulamos ¿verdad?

P. Los estimulan y usted también se cepilla, ¿no?, se cepilla, ponen la canción y empiezan a cepillarse, va a ver que no se compara con el tiempo que le damos ¿no?, porque luego ahí nada más de volada y vámonos ¿no? Ya que le ponga la cancioncita va usted a sentir hasta más limpio porque como se tarda uno más, pues limpia uno más y le recomiendo en la noche porque, en ese momento ustedes ya no mueven la lengua, bueno, todos ya no movemos la lengua, ya no comemos, de alguna manera algunas frutas y algunas verduras, alguna comida hace que los dientes se nos limpien de manera normal o sea, auto, auto, solita, digamos ¿no? autoclisis se llama no?, o sea muerde una manzana y si tiene una plaquita la manzana se la quita aunque no nos cepillemos, pero cuando estamos dormidos, como que ahora si ya nada ¿no?, ya nada hace que exactamente que….

R. Que tenga actividad la boca.

P. Que tenga actividad la boca, entonces si se nos quedó comida por ahí en lo que se empieza a actuar con los ácidos de nuestra boca y ya sin caries, ya sin encías, ya sin enfermedad periodontal, entonces por eso en la noche es importantísimo que nos

cepillemos, ¿no? porque eso va a hacer, o sea, que no haya tanta acumulación de placa y que usted amanezca con la boquita menos sucia.

R. Ah, okey.

P. Entonces, esta padre porque así, en esa hora, ¿no? le recomiendo en la noche que sea fundamental el cepillado, tal vez la que siempre va a faltar, va a sé cómo la de la mitad del día, porque luego estamos que aquí, que allá. Si se puede hacer pues qué mejor, pero si no, pues le damos una manzanita al niño, agua después de que tomó el dulce ¿no? O darle su dulce después de que coma, como su postre ¿vedad? O sea le damos la comida, su poste y luego vamos a cepillarnos y si no puede una manzanita, una zanahoria, cosas que hagan que se le despegue el dulce que, por ejemplo con los dulces ¿no? que es así como..

R. Y los mastican, y ya uno, bueno en ellos les da mucho por masticarlos.

P Por morderlos.

R. Si.

P. Entonces, como en los dientes tenemos unas grietitas, esas grietitas se nos, se nos queda ahí lo de los dulces, entonces para despegarlos le digo una zanahoria, una manzana o algo ¿no?, que de alimento que haga que también se le despegue, que tomen agua, que haga buchecitos ¿no?, cositas así para que estén a la mano y que a usted no le quite gran tiempo hacerlo y a ellos les beneficie para tener una mejor salud De todas maneras apúnteme todas sus duda, vaya memorizando, así como ahorita ¡estuvo bien padre!, me dijo un montón de codas que yo no sabía, que si saben hacer ustedes y todo y que, pues por alguna razón ya no son difundidas, ni son ¿no?, ya, piensan que son mal, que están mal, pero ya vio que no.

R. Sí, que porque son remedios caseros, no sirven.

P. Remedios caseros van a estar mal y no, muchas veces funcionan muy bien, dependiendo ¿verdad?, de cómo se de la enfermedad que se presenta. Pero váyame apuntando las dudas y todo para que el día del taller las resolvamos y demos los tips que a usted le funcionen para que ¿no? De cualquier manera le agradezco mucho su tiempo de verdad.

R. No, no gracias a usted doctora y ojalá que si de verdad que el gobierno o sea apoyarnos en programas, este, pues integrales para que sea integral para nosotros y los niños.

P. Claro.

R. Nos integremos a o sea llevar una vida más sana y este y con un debido cuidado hacia nuestro organismo, nuestro cuerpo y evitar enfermedades que pues que entren por la boca o sea en ese aspecto.

P. Exactamente señora, eso es lo que queremos también nosotros ¿no?, y que no nos quedemos así. Usted, no le puedo decir que no son para nada difícil, pero sí le puedo decir que usted puede estar muy bien ¿no?, y que poquito a poquito va a ir resolviendo muchas cosas y nos vamos adaptando, nos vamos adaptando con lo que tenemos. Está bien jovencita, va a poder llevar una vida.

R. Si es lo que me dice el doctor, que me despidió, dice, probablemente, bueno tiene un cincuenta por ciento por lo de su mamá y toda la familia de su mamá en ese aspecto de la diabetes, la hubiera adquirido a lo mejor un poco más grande dice, pero debido al descuido pues si la adquirió.

P. Se le presento más pronto.

R. Si, tengo treinta y cuatro años.

P. Si, está más joven.

R. Entonces me dice, se le hubiera presentado a lo mejor un poquito más grande, pero entonces como se le presentó más joven hay que cuidarse más.

P. Si pero va a estar bien, no se entristezca, hay un montón de cosas por las que hay que hacer la vida.

R. Si.

P. Y con todas las que nos ha tocado, no nos tocó el mejor lugar, pero no quiere decir que no lo podamos cambiar y poder transformarlo.

R. Y darle más valor a la vida ¿no?, y a nuestros seres queridos.

P. Porque sí. Como no se va a agüitar uno con la vida tan difícil que está señora, si la vida es muy dura.

R. Si yo vi el proceso de mi mamá, fue muy difícil, mi mamá murió cuando yo tenía 14 años, entonces sí me deprimí mucho porque dije; bueno pues qué me va a pasar y en ellas, si fueran mis niñas más grandes, sería difícil pero ya ellas se pueden empezar a defender, saben cómo defenderse pero estando muy pequeñas pues completamente dependen de uno. Entonces en ese aspecto por eso me deprimí muy feo pero pues ya.

P. Pero pues como no, poco a poquito, ya si.

R. Ya platicándolo y viéndolo ya de otra manera, sobre todo como dice el doctor: es que usted ahorita ya pasó, tiene que pasar el proceso de aceptación y ya aceptándolo ya ve la manera de cómo solucionar esto.

P. De cómo irlo solucionarlo poco a poco.

R. O sea que sobrellevarlo, sobre todo.

P. Si porque pues finalmente no se quita, es algo que está ahí.

R. Si.

P. Uno tiene que reconocer que está ahí, exactamente, pero no por eso vamos a limitar nuestras actividades y todas las cosas que estamos haciendo ¿no? Entonces no se preocupe yo también voy a tratar de conseguirle información específica para que esté usted.

R. Si doctora, cómo no, para que tome mis medidas precautorias ¿verdad?, para tener una mejor…

P. Le agradezco tanto que haya aceptado y le propongo que si en algún momento le podemos hacer otra entrevista nos deje por favor compartir, ¿si?

R. Sí, como no Doctora. Gracias.

P. No pues a usted.

Figura 3. a) Encuesta realizada a madres de preescolares. b) Entrevista realizada a madres de preescolares. Las en cuestas y las entrevistas se realizaron en el jardín de niños Olmedo, colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F.

Anexo 3. ÍNDICE ceo y odontogramas empleados.

Los índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la Investigación Estomatológica. En los levantamientos de salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dentales y enfermedades periodontales, entre otras enfermedades bucales en diferentes poblaciones. Así mismo, permiten conocer el estadio clínico de la enfermedad en cada individuo lo que facilita la comparación entre las poblaciones (OMS, 1997).

Los indicadores que permiten evaluar la salud bucal de una población en relación con la caries dental son diversos, el más utilizado para la comparación entre países es el índice CPO-D (C: caries, O: obturaciones, P: perdido, D: unidad de diente), que consiste en la sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados en la dentición permanente, entre el total de personas examinadas (Klein *et al.*, 1935). Dicho índice se considera fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de caries dental ya que señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues considera los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. El índice CPO-D se obtiene mediante la sumatoria de los dientes permanentes cariados perdidos y obturados, incluida, en las instrucciones indicadas entre el total de individuos examinados por lo que es un promedio, se consideran sólo 28 dientes en población adulta o con dentición permanente. El índice CPO-D adoptado por Gruebbel para la dentición temporal en 1944 se obtiene de igual manera pero considerando sólo los dientes temporales cariados extraídos y obturados, se consideran 20 dientes.

Del índice CPO-D se deriva el índice ceo-d, utilizado en este estudio, mismo que es un índice epidemiológico que permite medir la prevalencia de caries bucodental. También se emplea para definir proporciones o coeficientes que sirven para expresar la frecuencia con que ocurre en ciertos hechos en la comunidad como atención a los problemas bucodentales y que pueden incluir o no determinaciones del grado de severidad de la enfermedad.

En los niños de 3 a 6 años, se utiliza el índice ceo-d (dientes temporales), las excepciones principales son los dientes extraídos en niños por tratamiento de

ortodoncia o perdidos por accidentes así como corona restauradas por fractura. El índice para dientes temporales es una adaptación del índice CPO-D a la dentición temporal, y representa también la medida del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o). La principal diferencia entre el índice CPO-D y el ceo-d, es que en el último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en boca (e) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa.

Tanto para el CPO-D como para el ceo-d:

- Índice CPO = C+O+P ó c+e+o = ceo total
- Índice CPO comunitario o grupal= CPO total entre el total de examinados.
- Cariados +indicado para extracción+obturados =ceo

Figura 4. a) Revisión bucal a los preescolares. b) Taller de higiene bucal con preescolares y educadoras. Trabajo realizado en el jardín de niños Olmedo, colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F.

Figura 5. Ejemplos de caries dental y otras patologías buco-dentales encontrada en preescolares del jardín de niños Olmedo, colonia Ampliación Tepepan, Del. Xochimilco, D.F.

CODIGO "ICDAS"

Por superficie, caries presentes.

0.- Sano

1.- Lesión blanca con luz se observa en seco.

2.- Lesión blanca con luz se observa aun sin secar la fisura.

3.- Caries en esmalte sin dentina visible.

4.- Sombra obscura en dentina C/S esmalte perdido.

5.- Caries con dentina visible.

6.- 50% o mas superficie afectado (con o sin pulpa)

OBTURADO (1, 2 SELLADORES, 3 RESINA, 4 AMALGAMA, 5 SSC)

0.- Sin caries, defectos margen <5mm, márgenes pigmentados.

1.- Lesión blanca seca, la superficie se ve.

2.- Lesión blanca, opacidad sin secar se ve.

3.- Cavidad en el margen >5mm.

4.- Sombra obscura sin dentina visible con o sin esmalte perdido.

5.- Cavidad margen >5mm y dentina visible

6.- Dentina expuesta.

DAR DIGITOS

0.- Sano

1.- Sellador parcial.

2.-Sellador completo.

3.- Resina.

4.- Amalgama.

5.- SSC.

6.- Corona porcelana, oro, venner.

7.- Restauración rota o perdida.

8.- Restauración temporal.

96.- Excluido

97.- Perdido por caries.

98.- Perdido por otra razón.

99.- No erupcionado.

CODIGO EN PRIMER TÉRMINO

0.- Sano

1.- Sellador parcial.

2.- Sellador completo.

3.- Resina.

4.- Amalgama.

5.- SSC.

6.- Corona de porcelana, oro, veneer.

7.- Restauración perdida o rota.

8.- Restauración temporal.

96.- Superficie excluida.

97.- Perdido por caries.

98.- Perdido por otra razón

99.- No erupcionado

15

Fecha: 30/5/2011 Nombre del niño: Vazquez Ruiz Diego Alejandro Edad: 4 (años)

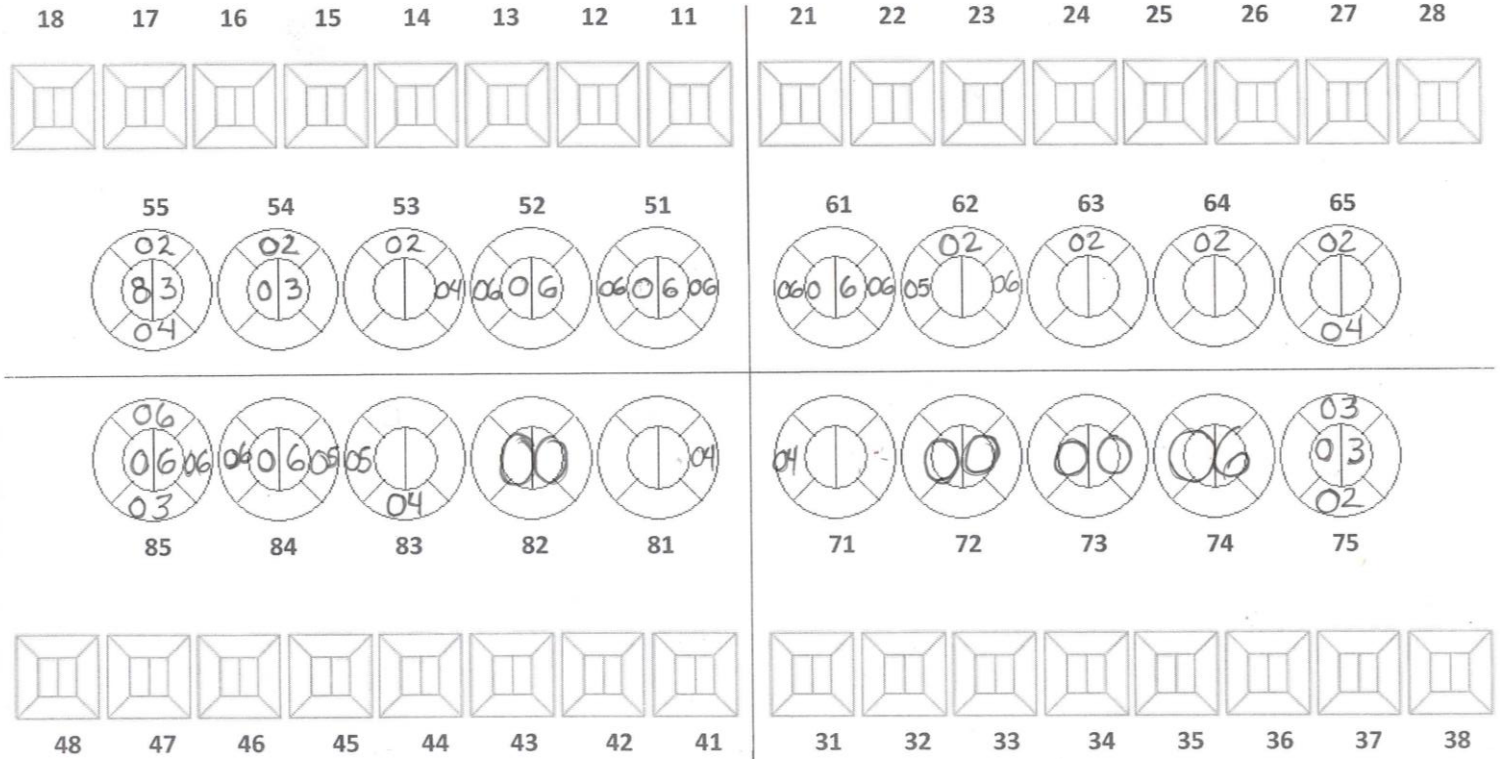
Escuela Olmedo Grado 2 º Grupo: "A" Sexo Masc: (✓) Fem: ( ) Fluorosis: dudosa ( ) muy leve ( ) leve ( ) moderada ( ) severa ( )

Examinador: Angelica Dentrífico: Colgate (✓) Crest ( ) Fres-Ka-Ra ( ) Otro: _____ Veces cepillado al día (0)

Escolaridad Padre: no tiene Escolaridad Madre: Secundaria

C16 E0 O1 D20

Ocupación Padre: no tiene. Ocupación Madre: empleada.



F 13

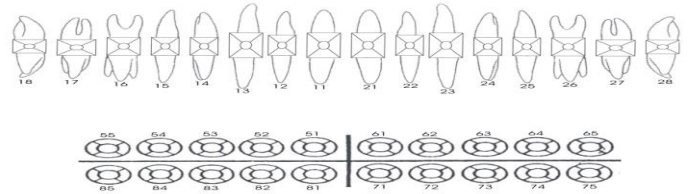
RESULTADOS DEL EXAMEN BUCAL

JARDÍN DE NIÑOS PROFESORA MARÍA PATIÑO VIUDA DE OLMEDO

NOMBRE:_____

EDAD:_____

GRUPO:_____



C [ ] E [ ] O [ ] D [ ]

*C= Cariados *E= Extracción Indicada *O= Obturada *D= Dientes Totales

Recomendaciones:_____

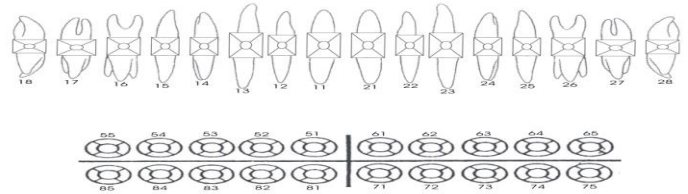
RESULTADOS DEL EXAMEN BUCAL

JARDÍN DE NIÑOS PROFESORA MARÍA PATIÑO VIUDA DE OLMEDO

NOMBRE:_____

EDAD:_____

GRUPO:_____



C [ ] E [ ] O [ ] D [ ]

*C= Cariados *E= Extracción Indicada *O= Obturada *D= Dientes Totales

Recomendaciones:_____

Anexo 4. Manuales.

PARA EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL JARDÍN DE NIÑOS OLMEDO (2011).

2012

Manual de Educación para la Salud Bucal de Madres y Cuidadores de Preescolares

!

MANUAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL DE MADRES Y CUIDADORES DE PREESCOLARES

!
!
Introducción:

Este manual esta hecho especialmente para las madres de niños preescolares, sin embargo puede ser usado por cualquier persona que se interese en el cuidado de su salud, especialmente de la boca.

En el jardín de niños donde tu hijo (a) acude "Ma. Patiño viuda de Olmedo" se encontró (en 2011) una gran cantidad de caries, placa dentobacteriana, y encías sangrantes entre otros padecimientos como el del tipo de mordida. El 75% de los pequeños presento por lo menos una caries (picadura) avanzada.

Por esta razón y porque sabemos que para transformar estos altos índices de enfermedad, es necesario que tengamos información acerca de las formas en las que podemos prevenir este tipo de enfermedades. La educación para la salud bucal es una herramienta que pretende socializar el conocimiento, es decir que ambas, dentista y madres logremos construir las bases para que nuestra salud y la de los pequeños no se vea reflejada en enfermedades de la boca y eso nos provoque problemas en nuestra vida cotidiana.

Espero que sea de su ayuda

Mtra. Norma Laura Lara Flores
Dra. Natalia Odeth Santos Madrigal
Dra. Marisela Morales Guerrero
Dr. Leonardo Morales Hernández

CONTENIDO

1. LAS ENCÍAS Y LOS DIENTES
2. LOS DIENTES DE LECHE O TEMPORALES
3. LA IMPORTANCIA DE LOS DIENTES DE LECHE O TEMPORALES
4. ENCÍAS SANGRANTES E INFLAMADAS
5. TÉCNICA DE CEPILLADO PARA ADULTOS

!
!
!
!
!
!
!
!
!
!
!
!

1º LAS ENCÍAS Y LOS DIENTES

!
!
!

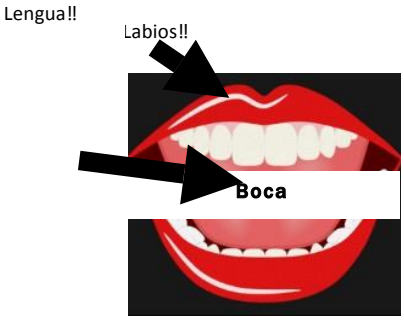
Cuando se mire al espejo la próxima vez observe sus dientes, tóquelos, cuéntelos. Haga lo mismo con los dientes de sus hijos (as). Observe y sienta también su encía, la salud de los dientes con frecuencia depende de la salud de su encía. La salud de uno depende de la salud del otro. Los dientes fuertes necesitan encías sanas y las encías sanas necesitan dientes limpios.

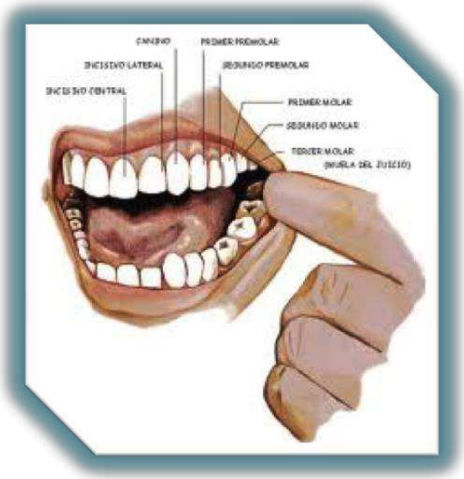
Nuestros dientes y encías se relacionan con

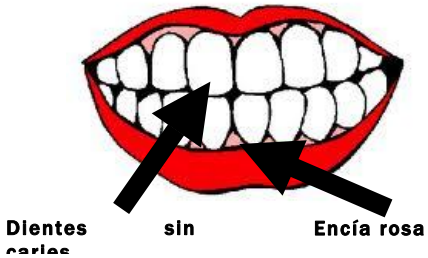
- Nuestra salud en general
- Nuestra masticación
- Nuestro aliento
- Nuestro aspecto
- Nuestra pronunciación

Para comer diferentes tipos de alimentos necesitamos tener dientes fuertes, es importante comer alimentos variados para tener una salud aceptable, algunos de los alimentos importantes como la nuez, la carne, las frutas, el maíz y otros, son difíciles de masticar, si tenemos los dientes picados, flojos, seguramente tendremos dolor y no podremos comer.

Casi siempre usted puede identificar si sus encías o dientes están sanos o no, vea los dibujos y compárelos con su propia boca, la encía no debe sentirse accidentada, o verse de color muy rojo, su color debe ser rosado, y los dientes al tocarlos no deben sentirse con hoyos o dolor al apretarlos. Si usted encuentra algún padecimiento como caries o encías sangrantes, recuerde que es mejor atacar el problema cuando inicia que después







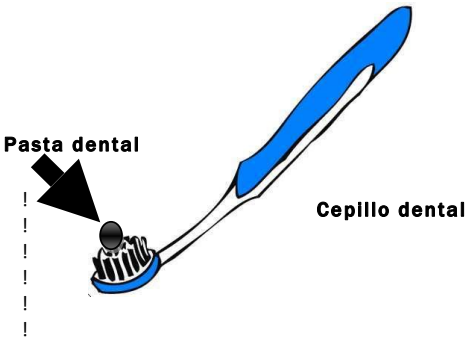
Cuando no este segura del padecimiento consulte a un trabajador dental con experiencia.

!

Para mantener sus dientes y encías sanas es importante que coma alimentos que elabore en casa no alimentos chatarra, y cepillando sus dientes de forma regular y diariamente.

También se recomienda cepillar los dientes con un cepillo blando y si usa pasta dental usar solo la cantidad que equivale a un chícharo, eso es más que suficiente para el cepillado de toda su boca.

En niños menores de 3 años evitar el uso de pastas dentales.



!
!
!
!
!
!

El tiempo es muy importante, debemos darle a nuestro cepillado tres minutos mínimo para alcanzar a cepillar todos los dientes y remover toda la placa que se acumula por los alimentos ingeridos.

Recuerda que eso es lo más importante para mantener limpios tus dientes y libres de enfermedades.

APRENDA A CUIDAR SUS PROPIOS DIENTES Y ENCÍAS ANTES DE TRATAR DE ENSEÑAR A OTROS RECUERDE QUE EL EJEMPLO ES EL MEJOR MAESTRO, LA GENTE VERA QUE USTED ESTA SANA (O) Y QUERRÁ SABER COMO LO HA LOGRADO. CUANDO USTED LES MUESTRE COMO CUIDAR SUS DIENTES ELLOS LE CREERÁN SI SABEN QUE USTED LO HACE. PRIMERO CUIDE SUS DIENTES Y ENCÍAS Y DESPUÉS ENSEÑE A SU FAMILIA ELLOS TAMBIÉN SON UN BUEN EJEMPLO PARA ENSEÑAR A OTROS

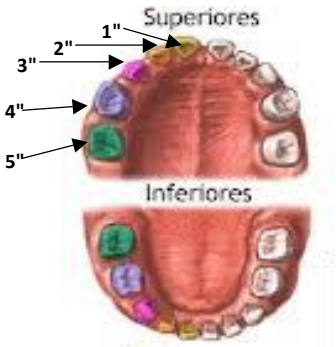
!

Si el parto del niño fue antes de tiempo o fue un parto difícil

El consumo de algunos medicamentos también puede provocar defectos en los dientes.

2º LOS DIENTES DE LECHE O TEMPORALES

Los dientes del recién nacido se van formando durante el embarazo. Los dientes del niño pequeño se terminan de formar en los últimos meses de embarazo y en los primeros meses después de que nace. Por eso la importancia de que la madre y el niño tengan cuidados en su alimentación para estar sanos y con ello sus dientes y encías también.



1.- Incisivo Central
2.- Incisivo Lateral
3.- Canino (colmillos)
4.- Primer molar
5.- Segundo molar

Los dientes de los niños pueden tener algunos defectos (muescas, manchas muy blancas) cuando:

Durante el embarazo la madre estuvo enferma o hubo algún trastorno en su alimentación

El niño pequeño estuvo enfermo o hubo algunas deficiencias en su alimentación

Las muescas que se presentan en dientes defectuosos, son más rugosas que el resto de los dientes.

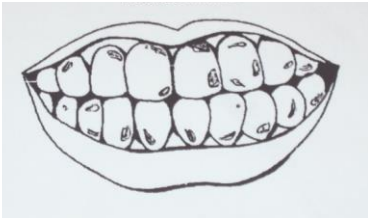
Los alimentos se pegan a las muescas y los vuelven más amarillentos. Las muescas son suaves necesitan limpiarse bien todos los días para evitar una picadura.

Una picadura provoca dolor y el dolor puede hacer que el niño no quiera comer

Las picaduras (caries) en los dientes de leche o temporales pueden agudizar una desnutrición, recuerde esto cuando vea a un pequeño débil y desnutrido.

Por favor examine frecuentemente al niño (a)

Dientes Fuertes

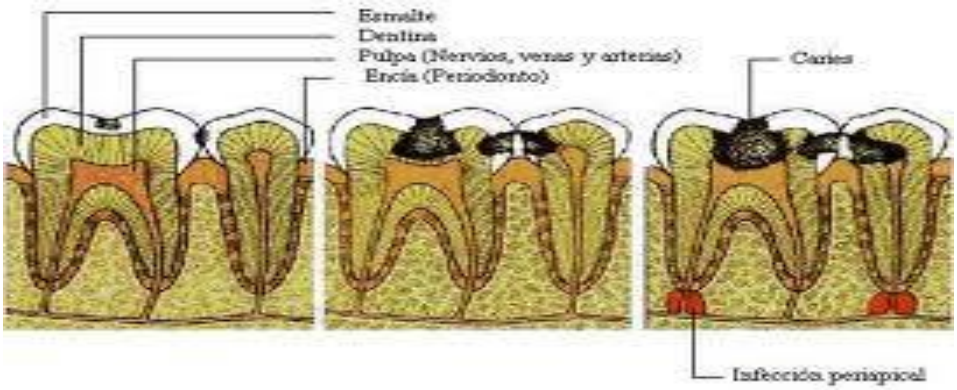


2

Dientes Débiles

Cuando examine a un niño (a) levante su labio y mire bien sus dientes, sus encías y su lengua haga esto como un examen de rutina.

Recuerde que una picadura comienza con pequeñas manchas color blanquecino después van cambiando de color hacia el amarillo intenso, hasta volverse cafés y negras.



La encía hinchada (inflamación) puede provocar un abultamiento (postemillas) un absceso, si esto pasa quiere decir que tiene pus y el diente esta infectado, esto es la ultima consecuencia de una picadura (caries) avanzada. Se requiere atención que en muchas ocasiones requiere de la extracción del diente.

Para evitar estos padecimientos del niño se requiere que la madre:

Se mantenga sana, que cepille los dientes del niño y de ella de forma regular

Que le de pecho, y nunca dar jugos, agua, té o leche endulzada en el biberón, a los cuatro o seis meses comenzar a dar papillas de frutas y verduras frescas

Nunca dejar que el niño (a) duerma con el biberón (si eso pasa, limpiar con una gasa o un paño la boquita del niño (a))

No prolongar el uso del biberón mas de un año comenzar a usar vaso.

Limpiar siempre después de comer los dientes del niño (a), cuando son menores del año se limpian con unas gasas, tela o paño. Al cumplir el año el niño (a) presentara algunos dientes, en ese momento la madre usara solo agua y cepillo sin usar pasta de dientes ya que la pasta hace burbujas y le impedirá ver los dientes, la madre tendrá que limpiar los dientes por adelante atrás tanto como pueda.

Debe usted ayudar al niño a cepillarse los dientes hasta que el aprenda, si es muy pequeño, la madre, el padre, el abuelo, la hermana o quien este a su cargo deberá cepillar los dientes del niño. Seguirá haciendo esto hasta que el niño pueda hacerlo por si mismo.

Compre un cepillo pequeño para el niño si no lo encuentra puede hacer uso de uno de adulto cortando las ultimas cerdas del cepillo y recortándolas de lo largo para que el niño no se lastime o bien puede fabricarle uno.

(Con las fibras de alguna escobetilla sin usar)

!

3º LA IMPORTANCIA DE LOS DIENTES DE LECHE O

Los dientes de leche o temporales son muy importantes para el niño como importantes son los dientes permanentes para el adulto, ellos les permiten comer, hablar, y desarrollarse.

Sin embardo la mayoría de la gente piensa que no son importantes y que no vale la pena curarlos, ya que después saldrán los que son definitivos.

Recuerde los niños comienzan a mudar los dientes aproximadamente a los seis años, algunos lo hacen un poco antes y otros un poco después, sin embargo esta es la edad en la que comienzan y durante algunos años estarán cambiando de dientes, el ultimo diente que mudaran será aproximadamente a los 11 o 12 años.

Los primeros dientes en caerse son los dientes de enfrente después se caen los de atrás, eso pasa por que los primeros dientes permanentes son formarse son los de enfrente.

Por ello la importancia de los dientes y muelas temporales, no se caen todos juntos.

Las caries se contagian de diente a diente, si alguno de ellos presenta es muy posible que contagie a los demás.

Los dientes temporales son muy importantes ya que permiten guardarles el lugar a los dientes permanentes, si no hay ese lugar los dientes permanentes saldrán chuecos y se pierden fácilmente.

!

Debajo de cada diente de leche hay un diente permanente creciendo.

Al mismo tiempo una muela permanente se esta formando detrás de todas las muelas de leche, esta comienza a brotar a partir de los seis años son que todavía se haya caído ningún diente. Es importante revisar cuando esta salga para evitar que se pique.

Algunas personas nacen sin suficiente espacio para los dientes, la mayoría de las personas no tiene este problema sino que pierde los espacios cuando les sacan los dientes de leche en lugar de curárselos.

Los dientes de leche sanos ayudan a salir sanos y en su lugar a los dientes permanentes.

Los dientes de leche enfermos ayudan a salir chuecos y enfermos a los dientes permanentes.

Si hay un diente picado (con caries) hay que curarlo y hacer que permanezca en la boca para que el niño pueda masticar.

4º ENCÍAS SANGRANTES E INFLAMADAS

Tanto las picaduras como las encías inflamadas las provocan restos de alimentos que no son removidos de la boca y de los dientes, esto se produce al estar en contacto con un ácido que es producido por los alimentos blandos y dulces que se mezclan con los microbios.

Cuando la placa dentobacteriana no es retirada con el cepillado constantemente, se va formando una placa mas dura que se llama "sarro", el cual se va acumulando y provocando que sus dientes se aflojen porque va destruyendo al hueso que sostiene a sus dientes.

Pero usted puede detener la enfermedad de las encías haciendo que esta no regrese, hay dos cosas que puede hacer:

Lavarse mejor y frecuentemente sus dientes

Fortaleciendo sus encías

Aun cuando sus encías sangren debe seguir cepillando sus dientes si los alimentos se siguen acumulando la enfermedad podría ser peor.

Le recomiendo usar un cepillo suave para no lastimar mas sus encías.

Para hacer mas fuertes sus encías y combatir la infección le recomiendo:

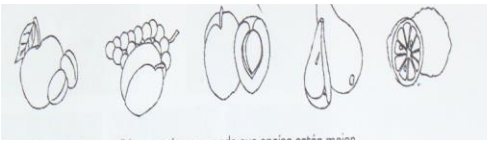
Comer más frutas frescas de temporada y del lugar en donde vive, así como legumbres de hoja verde y pocos alimentos blandos y pegajosos como los que venden en la tienda. Disminuya el consumo de refrescos.

Haga enjuagues de agua tibia con sal, aun cuando sus encías estén mejor

1º Mezcle una cucharadita de sal en una taza de agua caliente o tibia

2º Haga un buche fuerte

3º Escúpalo y repita los enjuagues hasta acabar con el agua con sal



Ojo: Cuando las encías sangran mucho y duelen al tocarse, es importante que pida ayuda, ya que necesitan ser atendidas POR UN DENTISTA O TRABAJADOR DENTAL; EL PODRÁ EXPLICARTE lo que debe de hacer ya que requieren de la remoción del sarro acumulado y de algunas otras indicaciones para eliminar la enfermedad.

En ocasiones esta enfermedad sobre todo cuando esta avanzada no provoca síntomas o dolor, ya nos hemos acostumbrado a vivir con ella y no nos damos cuenta que la padecemos por eso es muy importante que revises tu boca frente al espejo y frecuentemente para que puedas identificar algún problema a tiempo.

Es característica de esta enfermedad, el mal aliento (halitosis), sangrado de las encías y cambio de color en los dientes, así como su separación.

SANO **GINGIVITIS**

!

Manual de nutrición para madres de preescolares.

Jardín de niños "Ma. Patiño Vda. De Olmedo"

C.D. Natalia Odeth Santos Madrigal.

odethashic@yahoo.com.mx

Alimentación y requerimientos durante la infancia

Características de crecimiento y desarrollo.

El crecimiento disminuye considerablemente después del primer año de vida. Lo que quiere decir es que antes de que cumplan un año los niños crecen considerablemente, y después del año crecen poco. La longitud al nacimiento aumenta en 50% durante el primer año, pero no se duplica hasta los 4 años de edad.

El peso aumenta un promedio de 2-3 kg por año hasta que el niño tiene 9-10 años de edad.

Los incrementos en la estatura promedian de 6-8 cm por año desde los 2 años hasta la aceleración de la pubertad.

En general, el crecimiento es estable y lento durante los años preescolares y escolares y sin diferenciación por sexo, excepto por la composición corporal.

El área grasa se incrementa más en las niñas que en los niños.

Hay poco crecimiento de la cabeza, el crecimiento del tronco reduce su rapidez en grado sustancial y las extremidades se alargan considerablemente.

La velocidad de crecimiento se traduce en dos brotes de crecimiento. El primero inicia en el momento de la concepción, alcanza su máxima poco antes del nacimiento y posteriormente declina hasta los 6 años aproximadamente.

En la etapa que va de los 6 a los 10 u 11 años de edad, los incrementos en el peso y la estatura se mantienen constantes. Conforme aumenta la edad, las mujeres van teniendo mayores incrementos que los hombres en el peso y la estatura.

A los 6 años prácticamente no hay diferencias en el peso y la estatura entre los niños y las niñas. Es entonces donde se inicia el segundo brote de crecimiento donde a la edad de los 11 años, la estatura y el peso promedio de las niñas son mayores que los de los niños en 1.5 cm y 1.7 kg, respectivamente. En este segundo brote de crecimiento se observan características como:

En el área del brazo corresponde en el hombre a un acentuado crecimiento muscular, acompañado de balance negativo de grasa. Además de que existe mayor crecimiento en el hombre, tendrá más estatura, más músculo y menos grasa que la mujer, con un desarrollo más lento de modo que alcanzará más tarde la etapa de adulto joven. La mujer crecerá menos, pero su desarrollo será más rápido.

Estos cambios hacen evidente la maduración más temprana de las niñas. En ellas, la velocidad máxima de crecimiento se da a los 11 años, mientras que en los varones ocurre alrededor de los 13 años. Por lo tanto, se puede afirmar que las mujeres crecen más rápido durante menos tiempo, en tanto que los hombres crecen a menor velocidad durante más tiempo. Por lo tanto, la individualidad del índice de crecimiento se vuelve muy notoria en unas y otros conforme avanza la etapa escolar.

Dentro de cada periodo, el aumento de tamaño no afecta por igual a cada órgano o tejido, lo que hace que la curva sigmoidea, que representa el crecimiento del organismo en su conjunto, sea en realidad la media de una serie de curvas o patrones propios de los distintos órganos.

NUTRICIÓN EN EL PREESCOLAR

Se llama preescolar a aquellos niños que tienen de 1 a 6 años de edad, en esta etapa no existe un crecimiento tan rápido como en los primeros 12 meses, sin embargo no por esto deja de ser importante su alimentación, ya que existen diferentes cambios que hay que tomar en cuenta para el desarrollo adecuado en esta etapa de la vida, y que son los siguientes:

Cambios biológicos

- Consiguen pararse sin ayuda
- Caminar con firmeza y rapidez
- Disminución de grasa corporal
- Aumento de masa muscular
- Aumento de densidad ósea
- Obtención completa de piezas dentales
- Con frecuencia disminución de los requerimientos metabólicos

Cambios psicológicos

- Descubrimiento del mundo que lo rodea
- Interés por probar y conocer a través de se su boca, ojos, manos
- Toman decisiones drásticas e inconstantes en el gusto por los alimentos
- Establecimiento de hábitos de limpieza, de control de esfínteres, de sueño y de alimentación

Cambios sociales

- Alrededor de los tres años comienzan a verse resultados de adaptación al medio familiar con actitudes de cooperación, interés y entusiasmo, buen sentido del humor y habilidad para manejar situaciones sociales.

La cantidad recomendada de energía, proteínas para este grupo de edad es la siguiente:

Edad en años	Energía kcal *kg* día	Proteínas gr
1 – 3 a	100	16
4 - 6	90	24

A continuación se dan recomendaciones de diferentes tipos de alimentos para preescolares, hay que tomar en cuenta que también se puede aplicar a toda la familia, la única diferencia es la cantidad.

Grupos de alimentos	Ejemplos	Equivalentes	
		1 - 3 años	4 - 6 años
verduras y frutas	verdura a	1.5 a 3	2 a 4
	verdura b		
	fruta cítrica	1.5 a 3	3 a 4
	otra fruta		
cereales y tubérculos	arroz cocido, papa,tortilla, bolilo	3 a 5	6 a 8
leguminosas y alimentos de orien alnimal	frijoles, lentejas	1/2 a 1	1
	leche y derivados	1 1/2 a 2	3 a 4
	huevo, carne, pescado, pollo	1 a 2	
	aceites y grasas	2 a 3	2 a 3
	azúcares	2 a4	3 a 5
	Energía (kcal)	**1050 a 1300**	**1450 a 1650**

Los nutrimentos que se requieren en buenas cantidades son el calcio vitamina D, fósforo, hierro y zinc a continuación se presentará una lista de los alimentos que más contienen estos nutrimentos.

Calcio

Alimento	Ración
ajonjolí	30 g
almendras	30 g
brócoli	1 taza
espinacas	1 taza
leche	1 taza
queso	30 g
tortillas de maíz	5 piezas
yogurth	1 taza

Fósforo

almendras
Avena
Maíz
Lentejas
Lechuga
Pepino
Fresa
Arroz
lechuga
manzana

Hierro

Huevo
Hígado
Pescado
Pollo
Lentejas cocidas
Tortilla
Carne de res, cerdo, cordero
Frijol cocido

Recomendaciones para las madres y el resto de la familia

Tener una dieta equilibrada y suficiente es un primer paso para una vida saludable. Sin embargo, también existen diferentes factores que influyen en la alimentación del niño, a continuación se presentan algunas indicaciones:

- Ingerir los alimentos sin prisa o ansiedad
- Considerar que la familia es la principal influencia en el desarrollo de hábitos generales, entre ellos los alimentarios. Si el niño observa que los alimentos que

predominan en casa son “chatarra” y refrescos, es probable que su alimentación se base en esos alimentos.

- Deberán tomar en cuenta la opinión y los alimentos que le agradan al niño
- Mantener un momento de tranquilidad, no pelear en la mesa y procurar que el momento de las comidas sea agradable a los niños y que durante ese tiempo no tengan distractores como la televisión, videojuegos o se paren constantemente.
- Recordar que el niño a veces prefiere comidas frecuentes pero de poco volumen.
- No poner los alimentos como castigo o premio, ya que no existen alimentos buenos ni malos.
- Tratar de tener en su alacena, refrigerador alimentos saludables como frutas, verduras, y evitar tener al alcance de los niños pastelitos, paletas, golosinas, etc.
- No decirle a los niños qué alimentos deben comer como si fuera una condicionante, ellos comerán lo que les gusta y estos alimentos pueden ser nutritivos.
- Respetar los alimentos que no les gustan, no forzándolos a comerlos
- Mucho menos amenazarlos para que coman, esto tiene implicaciones negativas en el desarrollo emocional de los niños.
- Recordar que los padres son el ejemplo de los niños ya que suelen copiar los movimientos, gestos, hábitos etc. de los padres.
- Se valen las golosinas de vez en cuando, mientras se procure diariamente una dieta adecuada. Y el cepillado dental después de cada alimento.
- Hacerlos consientes que la comida es necesaria para crecer, estar saludable y realizar sus actividades diarias. Los niños tienen la capacidad de comprender estos elementos.
- Que sepan que deben cortar los alimentos en pedazos pequeños y masticarlos bien para una mejor digestión
- Enseñarle al niño a diferenciar entre la comida de días especiales y espontáneas (cumpleaños, fiestas, etc.) y la comida diaria
- Fomentar la actividad física por lo menos 30 min diarios

NUTRICIÓN DEL ESCOLAR.

La alimentación y la salud tienen implicaciones a largo plazo, lo que sucede en la infancia y en la niñez repercute en la adolescencia y en la edad adulta.

La mayor parte de los padres de familia y de las personas que se hacen cargo de los niños están interesados en responsabilizarse del cuidado de éstos.
El cuidado de la alimentación y nutrición de los niños forma parte esencial de la atención a su salud integral.
A la etapa escolar de los niños se le ha denominado periodo de crecimiento latente porque durante ella son muy estables las tasas de crecimiento y los cambios corporales se efectúan de una manera gradual.
De los 6 a los 11 años de edad, el incremento en el peso y la estatura se mantienen constantes, las mujeres tienen mayor aumento que los hombres en el peso y la estatura.

Estos cambios hacen evidente la maduración más temprana de las niñas. En ellas, la velocidad máxima de crecimiento ocurre a los 11 años, mientras que en los varones ocurre alrededor de los 13 años.
Más adelante se producirá un segundo brote, que en las mujeres acontece después de la etapa escolar, gracias a un nuevo aumento de grasa, y en los hombres ocurre alrededor de los 12 años y se debe aun incremento del área muscular acompañado de un balance negativo de grasa.

Tanto para niñas como para niños de 7 a 10 años, la recomendación de energía es alrededor de 70 kilocalorías diarias por kilogramo, y la de proteínas de 28 gramos al día. Las necesidades de energía varían de un niño a otro, de acuerdo con su propio ritmo de crecimiento, actividad física y tamaño corporal.

Recomendaciones aproximadas de energía para escolares.

EDAD años	PESO kg	ESTATURA cm.	APORTE ENERGÉTICO	
			Kcal./día	Kcal./kg/día
6	19.5	115	1640	84
7	22.9	122	1832	80
8	25.6	128	1890	74
9	28.7	133	1950	68
10	32.4	138	2140	66

Carbohidratos

Entre otras funciones, forman parte de la matriz de tejido conjuntivo y galactósidos de tejido nervioso.

Cuando los CHS no se ingieren, los aminoácidos y el glicerol de las grasas son usados para producir glucosa y nutrir el cerebro. Sin embargo se requiere un mínimo de 100-150 gr de carbohidratos / día para evitar la producción de cetosis y el catabolismo excesivo de proteínas. Los Carbohidratos proporcionan 4 cal/gr, la glucosa 3.4 cal/gr

Lípidos

Los lípidos constituyen una proporción significativa del requerimiento dietético, dan sabor agradable a las comidas, producen una sensación de saciedad, además también tienen la función de actuar como vehículo alimentario de las vitaminas liposolubles y suministran ácidos grasos polinsaturados esenciales que el cuerpo es incapaz de producir. En una dieta de un niño, se calcula la proporción que se dará de carbohidratos y de proteínas, el resto se completa con lípidos, aunque algunos autores acostumbran manejar **3-4 gr de grasa/kg /día,** sin exceder el 60% de las calorías totales, para evitar esteatorrea.

Proteínas

Las proteínas tienen a su cargo una función estructural en los tejidos y en la formación de enzimas, hormonas, diversos líquidos y secreciones corporales, así como anticuerpos, los cuales participan en la función del sistema inmunológico.

Los requerimientos de proteínas en los niños, se han estipulado en grupos de diferentes edades, y son estimados en base a los requerimientos de gramos de tejido formado y al balance nitrogenado.

- **1-3 años 1.8-2 gr de proteína/kg/día**
- **4-6 años 1.5-1.8 gr de proteína/kg /día**
- **7-12 años 1.2-1.5 gr de proteína/kg/día**

Para elaborar una dieta para un niño, que incluya todos los aminoácidos esenciales, se deben elegir proteínas de alta calidad, como la carne de res y los pescados, así como el huevo y la leche de vaca entera.

Hierro

La anemia por deficiencia de hierro es la enfermedad carencial más frecuente en todas las edades, los niños en edades preescolares y escolares no son la excepción.
Su exceso causa gastritis y un incremento de la virulencia bacteriana Se recomienda 10 mg de hierro/ día. RDA

Calcio

El calcio a estas edades es importante para la mineralización y conservación del crecimiento óseo. Las necesidades reales, dependen de los índices individuales de absorción y los factores de la dieta.

Los requerimientos de calcio son de 800 mg/día. RDA

Vitamina A

La deficiencia de vitamina A afecta la producción de múltiples enzimas que intervienen en diversos procesos del metabolismo, por lo que indirectamente participa en la producción de hormonas esteroideas, la hormona de crecimiento, la proteína que transporta el calcio, la calbidina y la insulina. Todos estos compuestos intervienen en la mineralización ósea, y en el crecimiento.

La dosis de esta vitamina en niños está estipulada por grupos de edades, según la RDA;

- **1-3 años 400 mg/día**
- **4-6años 500mg/día**
- **7-10 años 700mg/día**

Vitamina C

Participa en la formación de sales biliares, por lo que está ligada indirectamente a la absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles.

La RDA la recomienda por grupos de edades de la siguiente manera;

- **1-3 años 40 mg/día**
- **4-10 años 45mg/día**

La conducta alimentaría de cada niño se deriva de sus propias características físicas, sociales y psicológicas.
En las etapas preescolar y escolar se forman los hábitos y actitudes que predominarán a lo largo de toda la vida. De ahí la importancia de obtener una orientación adecuada de todo el personal de salud.

Anexo 5. Consentimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mamá y papá:

Los días--número----de----mes-----año----- se realizará la revisión bucal de los niños y las niñas del jardin de niños Ma. Patiño Vda. De Olmedo, por lo que pedimos tu consentimiento para llevar a cabo dicha actividad con tu hijo (a).

Si autorizó:_____

No autorizo:_____

Nombre del niño:_____

Grupo:_____

Consentimiento informado para entrevista.

Lugar: **Fecha:**

México D.F. a _____ de_____ 20__

Título de la investigación:

"RESPUESTAS CULTURALES DE MADRES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR SOBRE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS, CASO JARDÍN DE NIÑOS OLMEDO, AMPLIACIÓN TEPEPAN, XOCHIMILCO"

Mi participación consistirá en contestar de manera individual una entrevista relacionada con lo que pienso acerca de la salud dental de mi hijo preescolar.

Toda la información que proporcione será confidencial y con fines de investigación.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y QUE LOS DATOS Y RESPUESTAS SEAN EMPLEADOS PARA LA INVESTIGACIÓN YA REFERIDA: SI ( ) NO ( )

Nombre y firma del participante. **Nombre y firma del investigador**

Anexo 6. Participación en eventos académicos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Ciudad Universitaria, 22 de enero de 2013.

Estimada Dra. Natalia Odeth Santos Madrigal

Por este medio nos permitimos hacer de su conocimiento que el trabajo "**PERCEPCIÓN DE MADRES DE PREESCOLARES SOBRE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS"** con número de registro 00**059** ha sido ***ACEPTADO*** para participar en el Congreso Nacional e Internacional de Salud Pública Bucal y el número de mampara que le corresponde es el 18.

Su cartel deberá ser colocado a partir de las 8:00 hrs del día 7 de febrero y deberá de ser retirado el mismo día al finalizar el evento. La mecánica para la evaluación de los trabajos consistirá en la visita de un evaluador durante la sesión de carteles y en ese momento se le hará entrega de su reconocimiento por participación.

Se le anexa el resumen de su trabajo, en caso de identificar cualquier error favor de corregirlo y volver a enviarlo al siguiente correo electrónico: spbunam@gmail.com

Agradecemos de antemano su atención y quedamos a sus órdenes para cualquier aclaración.

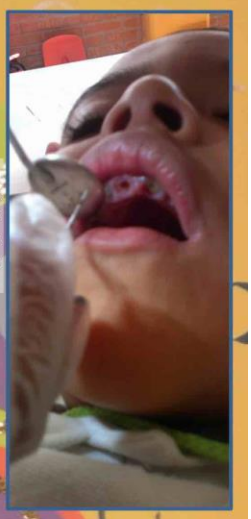
Atentamente
Comité Organizador

PERCEPCIÓN DE MADRES DE PREESCOLARES SOBRE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS

[a]Santos-Madrigal Natalia Odeth*, [b]Lara-Flores Norma, [c]Moreno-Altamirano G. Alejandra.
*Correo de contacto: nataliaodeth@gmail.com
[a]Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, México D.F.; [b]Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, México D.F; [c]Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México D.F.

INTRODUCCIÓN

En México la caries dental es una enfermedad de alta prevalencia que afecta a la población desde edades tempranas. La pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades bucales y en la posibilidad de recibir tratamientos. Los programas de prevención no han sido lo suficientemente efectivos porque la dimensión del problema es también cultural.



OBJETIVOS

Conocer y comprender cómo identifican y perciben, desde su perspectiva, los problemas de salud bucal y caries dental de sus hijos, las madres de niños en edad preescolar del jardín de niños Olmedo en Ampliación Tepepan, Xochimilco, relacionando sus respuestas con el estado de salud bucal de estos niños.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal mixto. Se aplicó un cuestionario a 213 madres de niños de 3 a 6 años y a éstos se les levantó el índice ceo calculando promedio de dientes temporales cariados, extraídos, obturados. Se entrevistó a profundidad a 12 madres seleccionadas de acuerdo con el nivel de caries de sus hijos. Se emplearon los programas SPSS y Atlas TI.

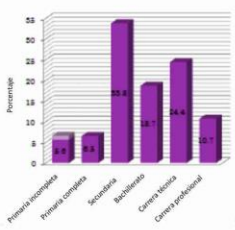
RESULTADOS

Hubo diferencias entre los grupos de madres que identifican como enfermedad a la caries dental y el considerarla importante para la salud de sus hijos. Estas diferencias coincidieron con el grado y tipo de información que tuvieron y el nivel de enfermedad de los niños cuyo ceo promedio fue de 4.34 dientes afectados, correspondiente al nivel moderado según la OMS.

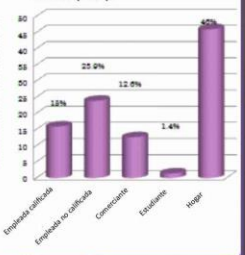
Tabla 1. Índice ceo según parámertros de la OMS. Jardín de niños Olmedo.

		c	e	o	ceo
MASCULINO	Media	3.55	0.06	0.78	4.40
	N	101	101	101	101
	Desv. típ.	3.94	0.34	1.54	4.22
FEMENINO	Media	3.70	0.04	0.55	4.29
	N	112	112	112	112
	Desv. típ.	3.57	0.39	1.55	4.05
Total	Media	3.63	0.05	0.66	4.34
	N	213	213	213	213
	Desv. típ.	3.74	0.37	1.55	4.12

Gráfica 1. Escolaridad de madres de preescolares del jardín de niños Olmedo (2011).

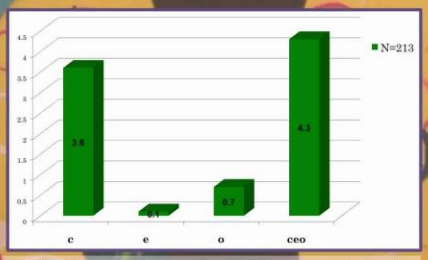


Gráfica 2. Ocupación de madres de preescolares del jardín de niños Olmedo (2011).



CONCLUSIONES

La importancia de la enfermedad bucodental de los niños en edad preescolar es percibida de manera diferente por las madres, y ello se refleja en las condiciones bucales de los niños. La mayoría cuenta solo con información de fuentes como son la televisión y la radio a través de los anuncios de venta de productos para el cuidado bucal.



Gráfica 3. Promedio de caries dental en preescolares, de acuerdo a parámetros de la OMS. Jardín de niños Olmedo.

Casa abierta al tiempo

Percepción de madres de preescolares sobre la salud bucal de sus hijos.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

Santos Madrigal Natalia Odeth
nataliaodeth@gmail.com
Maestría en Medicina Social

Lara Flores Norma
Departamento de atención ala Salud CBS

Introducción

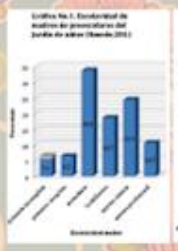
En México la caries dental es una enfermedad de alta prevalencia, que afecta a la población desde edades tempranas. La pobreza y la desigualdad social, juegan un papel fundamental, tanto en la presencia de enfermedades bucales como en la posibilidad de recibir tratamientos. Frente a ello, los programas de prevención no han sido lo suficientemente efectivos porque se enfocan solo a la condición biológica de la enfermedad, olvidando que la dimensión del problema es también cultural.

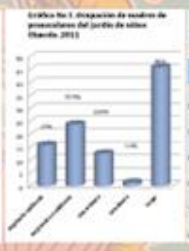
Objetivo

Conocer y comprender la manera de pensar que frente a los problemas bucales, tienen las madres de niños de edad preescolar del Jardín "Olmedo", en ampliación Tepepan Xochimilco, nos ha permitido identificar y percibir los problemas de salud bucal de sus hijos. En esta investigación, hemos observado si sus respuestas se relacionan con la presencia y número de dientes afectados, o si estas percepciones obedecen a sus creencias y experiencias previas.

Métodos

Estudio cualitativo y cuantitativo. Se aplicó un cuestionario a 213 madres de niños de niños de 3 a 6 años, y a éstas se les levantó el índice ceo, calculando el promedio de dientes temporales cariados, extraídos u obturados. Se realizaron entrevistas a profundidad a 9 madres seleccionadas, de acuerdo con el nivel de caries de sus hijos y se emplearon los programas SPSS y Atlas TI para procesar la información.





INDICE CEO, SEGUN PARAMETROS DE LA (OMS) DE PREESCOLARES JARDIN DE NIÑOS OLMEDO 2011

MASCULINO	Media					4.28
	Desv. Tip.					
FEMENINO	Media					4.29
	Desv. Tip.					
Total	Media					4.34
	Desv. Tip.					

Resultados

El ceo grupal fue 4.34, que según parámetros de la OMS está en un rango moderado. Los niños de madres que identificaron como enfermedad a la caries dental y la consideraran importante para la salud de sus hijos, tuvieron valores de ceo bajos, mientras que en el grupo de madres de niños con valores ceo altos, no hubo coincidencia en la percepción sobre la caries y la salud bucal de sus hijos, ya que la consideraron buena. La escolaridad y ocupación esta relacionada con que este grupo de madres, solo obtiene información principalmente de la televisión y construyen su imagen de la salud bucal a través de los anuncios de venta de productos para el cuidado bucal, lo cual no se traduce en mejor salud bucal de sus hijos.

Conclusión

La prevalencia de caries dental en este grupo es significativo, a pesar de que las madres en muchos casos saben que son las caries dentales, su cuidado, la forma de prevenirlas, y la prioridad de la boca del niño como motivo de reacción familiar, no se ven reflejados en sus prácticas. Cuanto mas bajo el nivel económico las personas se encuentran mas sometidas a las imposiciones de los medios masivos de comunicación. En el caso de la salud bucal saben que tienen que comprar posto y cepillo dental, sin embargo no es una practica que introduzcan en su vida cotidiana. La cultura modela la percepción de sus miembros, si la cultura dominante reflejo que la salud bucal es en parte "dientes derechos y blancos" las culturas dominadas copiaron este discurso en apariencia ya que sus limitaciones económicas, impedirán su acceso a los servicios de salud que les proporcionen este estado de salud aparentemente ideal.

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL

Población total 213 preescolares.

74.2% de los preescolares del jardín de niños Olmedo presentan caries dental.

25.8% de los preescolares del jardín de niños Olmedo no presenta caries dental.