



POSGRADO

El Colegio de la Frontera Sur

Los padecimientos bucales de las mujeres
embarazadas de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

TESIS

Presentada como requisito parcial para optar al
grado de:

Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y
Desarrollo Rural

por

María Aurora Galdámez López

2009

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que participaron en el estudio y me abrieron sus puertas, que sin conocerme muy generosamente compartieron sus experiencias y vivencias que enriquecieron el estudio. Al hospital del IMSS de campo "San Felipe Ecatepec" quiénes me brindaron todo su apoyo durante mi estancia en el hospital, al médico entrevistado, quien con toda su paciencia, a pesar de tener mucho trabajo, siempre tuvo un espacio y apoyo al estudio.

A la Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo quién con su experiencia guió el trabajo, con gran amabilidad y paciencia, sin su indispensable apoyo, el estudio no hubiese concluido.

A mis asesores, Enrique Eroza Solana y Fernando Limón Aguirre, quien con su valiosa participación, centraron todo el apoyo en la tesis, y guiaron desde el principio hasta el final la tesis con todo su amor, entrega y pasión.

A la C. Marcelina Rodríguez Hernández, C. Cecilia Limón Aguirre, Juan Sántiz Girón, a todos ellos por su apoyo en el trayecto del estudio. Al personal administrativo, que con su trato amable brindan un servicio eficiente y eficaz en la comunidad de posgrado. A la Lic. Helda Kramsky por todo su apoyo brindado.

Al equipo de biblioteca: Hermilo Cruz García, Nancy Zamora Placencia, quiénes con mucha amabilidad colaboraron en los trámites administrativos.

A mi pareja, Theo toy quien con mucha paciencia y mucho amor, compartió momentos de angustia, alegrías y demás emociones.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I	
Estado del arte: Los padecimientos bucales en mujeres embarazadas	7
Efecto del embarazo sobre los dientes	
Relación de la enfermedad periodontal con el parto prematuro y bajo peso al nacer	10
CAPITULO II	
Marco teórico	11
Metodología y levantamiento de la información	14
Primer acercamiento (Las mujeres embarazadas en la consulta)	18
Segundo acercamiento (Entrevistas conversacionales)	
Tercer acercamiento (Mujeres embarazadas con padecimientos bucales)	
CAPITULO III	
HALLAZGOS	
El hospital	20
Los tiempos de espera	27
La revisión clínica en la consulta médica	32

PADECIMIENTOS INTRAORALES

Gingivitis	35
Movilidad dental	42
Halitosis	43
Caries dental	45
El dolor causado por las caries	48
Cambios en la saliva	51

PADECIMIENTOS EXTRAORALES

Cloasma	52
Náuseas y vómitos	54
La atención odontológica	59
Anestesia dental	63
Uso de medicamentos	67
Ausencia dental	71
Prótesis dental	75
El dentista particular	78

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	79
--------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	87
----------------------------	----

RESUMEN

El objetivo de este estudio es ofrecer una aproximación analítica a los padecimientos bucales desde la perspectiva de algunas mujeres embarazadas de Los Altos de Chiapas, México.

El presente estudio es de corte cualitativo, basado en entrevistas semiestandarizadas conversacionales y a profundidad, realizadas con mujeres embarazadas en control prenatal en el Hospital General “San Felipe Ecatepec” de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, durante los meses de febrero 2007 a febrero del 2008. El análisis enfatiza las percepciones y creencias en torno a la experiencia del padecimiento bucal y el embarazo como un proceso social, a la vez que personal y subjetivo, que sólo puede comprenderse en el universo de creencias y comportamientos dentro de un ámbito sociocultural, así como en el contexto de las condiciones materiales de vida.

En este marco de estudio, los padecimientos bucales son considerados por las mujeres como “normales” durante el embarazo. Aún cuando se vivencian con dolor y complicación, se prefiere posponer la atención médica por temor a que los antibióticos y anestesia produzcan daños en el feto. Las mujeres entrevistadas asocian el sexo del producto con un mayor o menor incremento de padecimientos orales y extraorales, como el cloasma. Las complicaciones del padecimiento bucal no fueron relacionadas en ningún caso con causas de complicaciones del embarazo y parto pretérmino. La demanda de atención fue escasa, a pesar de presentar alguna complicación bucal en las pacientes.

PALABRAS CLAVES: Odontología, Estudio cualitativo, Contexto sociocultural, Percepciones, mujeres embarazadas.

INTRODUCCIÓN

En lo que respecta a la boca, las enfermedades más comunes son las caries y la enfermedad de las encías. En la actualidad, más del 90% de la población mexicana sufre de padecimientos bucales (Luengas, 2000; Mazariegos, 2004). Para efectos del presente estudio nos referimos a las mujeres embarazadas, ya que se trata de personas quienes durante esta etapa son más vulnerables a los padecimientos de la boca debido a cambios fisiológicos, tanto a nivel general, como en la cavidad bucal. Así, por ejemplo: las modificaciones en la disminución de la saliva provoca una vulnerabilidad a padecer caries, de igual forma los vómitos constantes pueden causar erosión dental por los ácidos estomacales, además si existe una deficiente limpieza se acumula placa dental que provoca que se alojen bacterias debido a la laxitud del tejido, y posteriormente formar una inflamación (Lief, 2004). La deficiente limpieza dental de la madre, puede ocasionar la presencia de bacterias en la encía y provocar inflamaciones. Estas inflamaciones propician la entrada de las bacterias y facilitan el viaje al torrente sanguíneo lo que pueden provocar un nacimiento prematuro, un bajo peso al nacer o una preeclampsia (aumento de la presión sanguínea de la embarazada), o en casos extremos un aborto espontáneo (Romero, 2000).

Existen cifras alarmantes en las mujeres embarazadas con un 99% de padecimiento de caries, en nuestro país (Ruiz, 2002). Las estrategias asistenciales y educativas tendientes a evitar los padecimientos bucales, han formado parte de las políticas de salud bucodental donde se ha tomado en cuenta el grupo de mujeres gestantes, porque se ha demostrado vulnerabilidad de padecimientos bucales durante el periodo de

gestación (OMS, 2006), sin embargo, la demanda de servicios dentales en las mujeres embarazadas es considerada baja (Díaz, 2001; Lois´ y Rayner en Yépez, 2000).

En referencia a los aspectos odontológicos, ha habido un vacío importante de análisis en el campo de las ciencias sociales, en especial en el ámbito perinatal (Díaz, 2001). Ya que a pesar de las acciones prioritarias de atención, no se ha logrado alcanzar un impacto en la población embarazada, que se refleje en las tasas de morbilidad dental reportadas por las instituciones de salud (Luengas, 2000, Mazariegos, 2004), ni por las metas propuestas por la OMS (2006).

Hasta la fecha pocos estudios ofrecen elementos para una comprensión de la manera como las poblaciones vivencian los padecimientos dentales y que a su vez den aportaciones que contribuyan al mejoramiento de medidas preventivas y propongan nuevas estrategias en el cuidado de la boca. La preocupación por parte de las instituciones de salud tanto del país como del mundo, planteado por la Organización Mundial de Salud (OMS, 2006), es atender a este grupo de manera especial, pero a pesar de todas las atenciones que ofrecen las instituciones de salud, no se ha logrado cumplir ninguna de las metas propuestas.

Por lo que abordar el tema de la cavidad oral desde la experiencia de las mujeres, resulta de crucial importancia, ya que el Programa de Salud bucal actual resulta ser ineficiente, dado las altos índices de caries.

Con esta problemática, el estudio se enfocó en la búsqueda de los significados de los padecimientos bucales entre mujeres embarazadas de San Cristóbal de Las Casas,

Chiapas. Durante el periodo de febrero del 2007 a febrero del 2008, se les entrevistó con la finalidad de acercarnos a la comprensión de sus vivencias del padecimiento bucal.

A continuación se da a conocer la estructura de la tesis:

En el capítulo I, se presentan los principales estudios y abordajes de la salud bucal y el embarazo, los cuales constituyeron los fundamentos para dar a conocer la propuesta de investigación y su análisis.

En el capítulo II, se plantean los elementos propios del desarrollo del estudio, el contacto con las informantes y el acceso a la información.

Los hallazgos de la investigación, relacionados a los principales padecimientos bucales durante el embarazo y los significados que les fueron atribuidos por las mujeres incluidas en el estudio, se plantean en el capítulo III. Estos hallazgos se vieron enriquecidos con los testimonios de las mujeres informantes, las parteras y personal de salud.

En el capítulo IV se presenta una discusión desde los hallazgos de este estudio y su inserción en el sistema médico hegemónico y la alternativa de un abordaje sociocultural; que en salud bucal es un campo de estudio poco explorado, mismo que plantea retos para la atención médica y odontológica, particularmente en contextos multiculturales.

CAPITULO I

Estado del arte: Los padecimientos bucales en mujeres embarazadas

Las alteraciones en el organismo de las mujeres durante el embarazo, son evidentes y tienen como finalidad preparar al cuerpo para albergar al nuevo ser humano, por lo tanto, los aspectos de la salud bucal no son excluidos de lo que constituye la experiencia del embarazo.

Por la propensión que caracteriza a las mujeres durante este periodo, ellas son parte del considerado grupo prioritario de atención, mencionado por la OMS (2006) y en nuestro país por los programas de salud bucal (Programa de salud bucal 2001-2006; Ruiz, 2002) y también por la Norma Oficial Mexicana de Salud bucal (NOM-2006), en la prevención y control de enfermedades bucales.

Efecto del embarazo sobre los dientes

La vulnerabilidad de las gestantes se debe a su propensión a los padecimientos de la boca debido a cambios fisiológicos, tanto a nivel general, como en la cavidad bucal (NOM-2006; Ruíz, 2002; OMS 2006; Programa de salud bucal SSA, 2001-2006). Así, por ejemplo, los cambios hormonales propios del embarazo (aumento de estrógenos y progesterona), junto a las modificaciones en la disminución de la saliva (González, 2001); provocan una propensión a padecimientos bucales (González, 2001; Higashida, 2001; Monteverde, 2002; Rodríguez, 2003). En la saliva se encuentran diversos

minerales, entre ellos el flúor; que ayuda en la protección del esmalte de los ataques ácidos que provocan las bacterias de la caries (Higashida, 2001).

Durante el embarazo, las modificaciones en la disminución de la saliva provocan vulnerabilidad a padecer caries, aunque también influye la dieta, la flora oral y la respuesta inmunitaria de cada persona. Estos cambios ocasionan trastornos en la cavidad bucal y afectan, entre otras zonas, al periodonto, aumentando la permeabilidad capilar de las encías (Méndez, 2008). En conjunción con ello, durante los últimos meses del embarazo se presenta la hormona relaxina que actúa en la relajación de los huesos de la pelvis que posteriormente durante el parto ayudarán al paso del bebé, esta hormona también actúa en la relajación de los dientes, provocando ligera movilidad durante los últimos meses de embarazo (Rodríguez, 2003).

Todos estos sucesos mencionados, disminuyen la capacidad del organismo para reparar y mantener los tejidos gingivales sanos (Lieff, 2004; Carranza, 2003, Regezi, 2000), por lo que existe evidencia de que la falta de cuidado dental de la madre, puede ocasionar la presencia de bacterias en la encía (Saldarriaga, 2004) y provocar sangrado e inflamación (Lieff, 2004). Esto puede ser en toda la encía de la boca o en ciertas áreas como la llamada “gingivitis del embarazo”, “épulis del embarazo” o también conocida como “granuloma del embarazo”, padecimiento que se caracteriza por una encía aumentada de tamaño, color rojo y que sangra con facilidad (Carranza, 2003; Regezi, 2000).

Las inflamaciones de la encía; son ventanas abiertas que propician la entrada de bacterias que viajan por medio del torrente sanguíneo, llegan a la placenta y pueden provocar un nacimiento prematuro, un bajo peso al nacer del bebé (Jeffcoat, 2001; Rodríguez, 2003), aumento de la presión sanguínea de la madre (preeclampsia) o en casos extremos provocar un aborto espontáneo (Romero, 2000).

Se piensa que este problema radica en el hecho de que las alteraciones bacteriológicas periodontales, producen una perturbación en la gestación regulada por hormonas, lo que a su vez provoca la ruptura prematura de las membranas. Así, el estado clínico periodontal bacteriológico, como los perfiles inmunológicos relacionados con la enfermedad periodontal, han sido asociados con el riesgo de bajo peso y parto pretérmino; sin embargo, con el tratamiento oportuno a dicha afección el riesgo se ha reducido.

Las modificaciones en los hábitos alimenticios son evidentes, la dieta cariogénica, la deficiencia del cepillado por las náuseas contribuye a la acumulación de placa dentobacteriana con gérmenes organizados y adheridos a ella sobre la superficie del diente. Con todos estos factores interactuando, la caries dental logra establecerse, y llega a producir en algunos casos la mortalidad dentaria.

Otras afectaciones bucales, son lesiones en la mucosa bucal provocadas por los vómitos, edemas de la mucosa bucal y estomatitis hemorrágicas. Los bajos niveles de vitaminas del complejo B, específicamente la B₂ y B₃ y la vitamina C, producen

manifestaciones bucales como queilitis, glositis y encías inflamadas y sangrantes (Méndez, 2008).

Relación de la enfermedad periodontal con el parto prematuro y bajo peso al nacer

La enfermedad periodontal está surgiendo como un factor de riesgo en la relación con el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. En Francia se realizó un estudio donde se aplicó el índice de necesidad de tratamiento periodontal a madres con niños de bajo peso y se encontró una relación del 18%. En la Universidad de Carolina del Norte, en los Estados Unidos, se realizó otro estudio donde se encontró esta relación y un elevado nivel de bacteroides, actynobacilos y treponema en la placa de las madres con niños de bajo peso (Annan, 2005).

En el país se encontró que existen altos índices de caries y enfermedad periodontal, pero se encontró pocos estudios que lo relacionen con el parto prematuro, bajo peso y preeclampsia, como es el caso de Moreno (2008) reportado por la Asociación Dental Mexicana (ADM), registrado en Celaya, Guanajuato. En general en Latinoamérica si se encontraron estudios como en Venezuela y Cuba, relacionados al tema.

A nivel bucodental, también puede llegar a causar trastornos en los prematuros, tales como: descalcificación del diente temporal, retraso en la erupción dental, además de una alteración en el tamaño de los dientes (Seow, 1997; Aine, 2000), que posteriormente repercutiría en la alimentación y nutrición del infante (Rodríguez, 2003; Jeffcoat, 2001).

CAPÍTULO II

Marco teórico

Para el estudio de los padecimientos bucales desde una perspectiva sociocultural, es importante diferenciar el uso de los conceptos de enfermedad y salud, ya que para efectos de este estudio nos basaremos en concepto de padecimiento. La enfermedad es definida por la Organización Mundial de la Salud como “el estado de desequilibrio de armonía del cuerpo”, conceptualización que se usa en los aspectos odontológicos, pues “no existe salud general al tener infecciones bucales” (OMS, 2006).

Sin embargo, esta perspectiva médica muchas veces dista o poco tiene que ver con las formas en que estas enfermedades son vividas y reinterpretadas por las mujeres que las sufren, formas que resultan más convenientemente enmarcadas para el análisis, desde el término de padecimiento (“illness”), que se constituye en uno de los eventos más significativos en el embarazo.

Desde una perspectiva teórica, en la antropología médica anglosajona se reconocen tres dimensiones de la enfermedad: “disease” (o enfermedad propiamente dicha), se refiere a la anormalidad en la estructura y función del órgano o sistema de órganos. Se trata de estados patológicos reconocidos en el campo de la biomedicina y que pueden o no ser culturalmente reconocidos; “illness” (padecimiento) corresponde a las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo

(pero no limitándolo) a la enfermedad; por último, “sickness” es utilizada para designar un término general que comprende las dos dimensiones anteriores, es decir, la enfermedad y el padecimiento. Por ser motivo de este estudio nos centramos en el padecimiento y retomamos una definición más amplia propuesta por Mercado y colaboradores (1999), quienes entienden por padecimiento “la forma como los sujetos y/o miembros de su red social más cercana, perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la misma”.

Asimismo, para un análisis integral Kleinman y colaboradores plantean que las redes semánticas del padecimiento están relacionadas con los sistemas del conocimiento médico a través de los denominados “explanatory models of illness” (modelos explicativos del padecimiento), que constituyen el conjunto de creencias que incluyen todos o algunos de estos cinco aspectos: (a) la etiología, (b) el conjunto de síntomas, (c) la fisiopatología, (d) el curso de la enfermedad (en cuanto a severidad y tipo de rol del enfermo) y (e) el tratamiento (Kleinman, 1988).

El modelo explicativo del padecimiento surgió en la literatura de las ciencias sociales y de la salud. Se basa en la premisa de la construcción social de la realidad. Utiliza una aproximación interactiva, que enfatiza las variaciones entre los modelos que construyen por un lado las personas que padecen y, por el otro, los médicos. Al ser manejados por ambos, guían las elecciones acerca de terapias y terapeutas disponibles y dan significado social a la experiencia de la enfermedad. Estos modelos manejan sistemas

de creencias acerca de la enfermedad y del cuidado de la salud. El modelo explicativo de Kleinman es una respuesta a un episodio específico de enfermedad crónica o aguda y no es estático, pues refleja las creencias manejadas en un tiempo y un espacio particular.

Desde esta perspectiva, esta investigación tiene como finalidad, abordar los padecimientos bucales entre las mujeres embarazadas de San Cristóbal de Las Casas, desde la óptica de los sujetos, en el contexto de contradicciones entre las formas de atención médica y las explicaciones que las mujeres construyen a partir de un sistema de creencias acerca del embarazo, la salud bucal y la atención odontológica.

Los padecimientos, en general, son experiencias que no pueden ser evitadas y que son vividas como un todo. La enfermedad y la vida se convierten en una experiencia unificada. En este sentido, la enfermedad puede tener significados muy específicos, por ejemplo, el significado cultural que es otorgado a la enfermedad, el cual da forma a la experiencia de la enfermedad en la persona y a los significados personales que son derivados de las vivencias del enfermo, visto de ese modo, se puede entender que el significado de la enfermedad va a estar condicionado por el medio ambiente donde se desenvuelve la persona, del tiempo de duración de la enfermedad, de las vivencias y de los valores de cada individuo.

Metodología

Este trabajo es una exploración mediante la cual se estudió la manera concreta del padecer de las enfermedades bucales entre mujeres durante el embarazo. Para ello, se realizó una investigación cualitativa en el Hospital General San Felipe Ecatepec, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Se identificó a 40 mujeres embarazadas en la consulta externa familiar, a quienes se aplicó una guía de entrevista semiestandarizada durante los tiempos de espera, para conocer las características personales y de historia clínica (número de embarazos previos, número de hijos, edad, padecimientos generales que sufría antes y durante el embarazo, caries y sangrados bucales). Al final de la entrevista se preguntó a la persona si deseaba participar en una segunda entrevista con preguntas más dirigidas a la atención bucal.

Con base en la información obtenida de la primera serie de entrevistas se elaboró una segunda guía de entrevista aplicada a seis mujeres embarazadas, que se mostraron más dispuestas a dialogar, y que proporcionaron mayor información gracias al establecimiento de un mayor nivel de confianza durante las entrevistas. Estas últimas fueron localizadas en diversos servicios de atención del hospital, como fueron el cuarto de pláticas del centro de integración nutricional (INCEN), el Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA) dirigido a pláticas sobre anticonceptivos a mujeres gestantes adolescentes y psicología, el área de vacunación, la sala de urgencia, el área de camillas, el área de laboratorio, la sala de consulta de medicina familiar y consulta

especializada a embarazadas de alto riesgo. Este cuestionario incluía preguntas específicas acerca de la boca, su utilidad, el cuidado de los dientes, la búsqueda de atención ante padecimientos bucales y la relación con el sistema médico y no médico de las instituciones y la comunidad. Finalmente se realizaron tres entrevistas a profundidad con mujeres que aceptaron participar en ellas, mismas que presentaban complicaciones de los padecimientos bucales y abortos. Además se entrevistó a dos parteras que habían tenido complicaciones bucales durante sus embarazos. Las entrevistas a profundidad fueron realizadas en los domicilios de las mujeres, en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas.

Para el análisis de los datos, las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad, se realizó lectura minuciosa para buscar categorías de análisis que permitieran comprender e interpretar, así como explicar desde las visiones propias, los discursos obtenidos sobre los padecimientos de la boca, las causas atribuidas a las mismas, la atención recibida y su relación con el embarazo.

La construcción de los datos, se hizo mediante la utilización de entrevistas que permitieron identificar y analizar la significación de los padecimientos bucales (Rodríguez, 1999).

Análisis de la información

Para el análisis de los datos, las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Las entrevistas estructuradas fueron probadas previamente con diez personas, y modificada a medida que progresaba el análisis. Posteriormente se elaboraron 30 entrevistas semiestructuradas, de las cuales salieron seis entrevistas conversacionales, que fueron conducidas, algunas en la sala de hospitalización y otras en la casa de las mujeres embarazadas. Finalmente, se realizaron tres entrevistas a profundidad que fueron realizadas, en el ámbito cotidiano en el que las mujeres experimentan su realidad sociocultural y a dos parteras. Las entrevistas tuvieron una duración entre media hora a dos horas, con un total de 5 entrevistas a profundidad.

Inicialmente, el área de investigación fue el hospital de campo de San Felipe Ecatepec del municipio de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Allí se llevaron a cabo las 40 primeras entrevistas (en un lapso de seis meses), después nos dimos cuenta que había muy poca participación de parte de las mujeres, con quienes no fluía la información. Se buscaron por todo el hospital a las mujeres embarazadas; las que acudían a la consulta familiar del Hospital, las que llegaban solamente al momento del parto, las que durante la gestación tuvieron problemas bucales, embarazadas que acompañaban a familiares y las mujeres que acaban de parir y se encontraban en la sala de recuperación del hospital. Los días y tiempo de permanencia fueron los miércoles y viernes de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. que son los días por los cuales tiene mayor afluencia en el hospital de mujeres embarazadas, por ser días dedicados

exclusivamente a la consulta de embarazadas. Los demás días se llegaba temprano a las 7:30 a.m. con el fin de repartir invitaciones a las embarazadas para atenderlas en la consulta particular de forma gratuita. Como odontóloga profesional tuve la disposición desde el inicio del estudio de revisar y atender a todas las embarazadas que así lo permitieran. Sin embargo, resultaba una tarea difícil lograr la confianza durante las entrevistas, ya que en el hospital existía bastante movimiento de personas, en parte por el proceso de reconstrucción por el que atravesaba (los albañiles y la movilización de material) y los propios de los diversos servicios de atención médica. Durante la búsqueda de las mujeres embarazadas nos encontramos con un grupo de parteras que llegaban a recibir cursos de capacitación bimestrales por parte del hospital. Al platicar con ellas, se logró generar confianza y ellas mismas extendieron una invitación para entrevistar a sus pacientes embarazadas. Al llegar a sus casas, me percaté de que varias de ellas eran las mismas que acudieron al hospital y aceptaron amablemente participar en las entrevistas.

Durante mi estancia en el hospital entrevisté al médico de enseñanza quién tiene una participación importante dentro del hospital, el cual aceptó muy amablemente con la petición que su nombre no apareciera en el estudio ya que podría comprometerlo en el trabajo, por lo que en los relatos aparecerá simplemente mencionado como médico entrevistado.

Primer acercamiento (Las mujeres embarazadas en la consulta)

Las primeras diez entrevistas se realizaron con mujeres embarazadas de la sala de espera de la consulta familiar del hospital. Se les preguntó acerca de la presencia de dolor dental, sangrados de encías, abortos y padecimientos generales.

Con la información obtenida se elaboró otro cuestionario aplicado a gestantes que se encontraban en diversos servicios del hospital, como el cuarto de pláticas del Centro de integración nutricional (INCEN), Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA) dirigido a pláticas sobre anticonceptivos a adolescentes embarazadas y psicología, área de vacunación, sala de urgencia, área de camillas, área de espera de laboratorio, sala de consulta de medicina familiar y consulta especializada a embarazadas de alto riesgo.

Segundo acercamiento (Entrevistas conversacionales)

En este bloque se llevaron a efecto seis entrevistas conversacionales, con la intención de conocer temas que giraran en torno a la cotidianeidad de las mujeres embarazadas que acuden al hospital, del proceso de búsqueda de atención, la visión sobre los servicios del hospital y el significado de la relación odontólogo-paciente y en torno a la consulta. Dos de las participantes en el primer acercamiento, aceptaron participar en este segundo acercamiento.

Tercer acercamiento (Mujeres embarazadas con padecimientos bucales).

Se realizaron tres entrevistas a profundidad con mujeres embarazadas que presentaban complicaciones médicas y odontológicas, quienes aceptaron participar, una de ellas con diagnóstico de embarazo de alto riesgo por amenaza de parto prematuro, lo cual llevó a que el niño naciera por cesárea a los ocho meses y falleciera al mes y medio de nacido, habiendo tenido 5 infartos. También se entrevistó a dos parteras que narraron sus experiencias durante sus embarazos y la complicación que tuvieron en sus dientes, además contaron sobre historias de embarazadas que presentaron problemas de padecimientos bucales y permitieron dar cuenta de las construcciones de la salud bucal y la atención, desde la medicina hegemónica, y desde los procesos socioculturales de construcción de la salud-enfermedad bucal. En este último bloque tres personas aceptaron participar de nuevo, solo una persona aceptó participar en las tres etapas, dada la relevancia de la información proporcionada, y dos personas habían participado en el segundo bloque y amablemente aceptaron participar en la última etapa.

CAPÍTULO III

HALLAZGOS

El hospital

El análisis del contexto del hospital, nos permitió comprender cómo es la construcción cotidiana de la consulta y las interacciones de los actores que provienen de diversos contextos, tanto de los usuarios-as como de los prestadores de servicios.

El hospital de San Felipe Ecatepec en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, pertenece al programa IMSS OPORTUNIDADES, que atiende a personas de escasos recursos económicos, se escogió el hospital de campo por la frecuencia alta de atención de partos, el servicio gratuito (que permite el acceso a derechohabientes y población en general) y además pertenece al programa oportunidades que apoya en servicios médicos a las comunidades.

La investigación inició con las visitas a la sala de espera para consultas de medicina familiar donde se encontraban las mujeres embarazadas esperando su turno. La atención médica iniciaba a las 8:30 de la mañana y terminaba a las dos de la tarde, de lunes a viernes. El número de consultas por médico es de 30 y un máximo de 32 al día, y cuando las consultas se han saturado; tienen una médica especial para cubrir la consulta, especialmente a las embarazadas que no solicitaron una cita o vienen de alguna comunidad, con atención hasta las cuatro de la tarde.

En su mayoría, se atiende a mujeres embarazadas y niños. Se contemplan dos días a la semana para la atención de las gestantes por rangos de edad; los miércoles para menores de 20 años de edad y viernes para mayores de 20 años de edad. También se cuenta con una médica especializada en atención de embarazos de alto riesgo quién atiende de siete a diez de la mañana todos los días de lunes a viernes.

Las mujeres embarazadas son la prioridad de atención del hospital. Esto nos lo confirmó el médico entrevistado:

Tiene prioridad la mujer embarazada porque el estado de Chiapas, era hace tres años el estado con mayor mortalidad materna en el país y la región Los Altos, la más elevada del país, por eso somos el foco rojo. Se ha logrado reducir y hay problemas, pero se está trabajando.

En la primera etapa de este estudio realizada exclusivamente en el hospital, se entrevistó a 40 mujeres embarazadas con promedio de edad de 22.7 años, con rangos entre 15 y 40 años de edad, residentes de los municipios de San Cristóbal de Las Casas, Teopisca, Chamula, Zinacantán y Pantelhó. Las enfermedades que ellas refirieron padecer durante su embarazo fueron: tres con hipertensión arterial (dos de ellas tenían embarazo de alto riesgo); una con depresión y otras cuatro con dolores de

cabeza frecuentes. Esta información nos la otorgaron las mujeres con los nombres que los médicos les habían otorgado a la enfermedad.

En lo concerniente a las enfermedades frecuentes durante el embarazo de las mujeres consultantes, el médico entrevistado mencionó: *Las enfermedades más frecuentes de la embarazada es la anemia, casi todas cursan con anemia, otras por obesidad y las enfermedades más comunes como la amigdalitis, y en el primer trimestre la infección de vías urinarias, también la vaginitis.*

El promedio de embarazos por mujer fue de 1.87, con rangos de uno a cinco embarazos. Cuatro mujeres refirieron tener antecedente de un aborto, 22 cursaban su primer embarazo, 18 multigestas, tres mujeres con hijos nacidos muertos. El promedio de duración del embarazo fue de 8.8 meses, es decir casi todas llegan al parto, en el último mes de embarazo, que es cuando la mayoría acude para los preparativos de la atención. 11 mujeres refirieron consultar al mismo tiempo el servicio médico y de la partera:

Cuando llegan con nosotros ya han pasado por varias parteras, nosotros no somos su primera búsqueda de atención y el parto institucional o sea el parto dentro de nosotros no es su prioridad, ellos tienen sus partos con sus parteras, hay problemas tanto por parte de la población como de las instituciones de salud. La capacitación es cada tres meses y con eso de la mortalidad materna,

se empezaron a capacitar más seguido, y en la zona de alto riesgo, por ejemplo a mi me recomendaron que yo asesore Amatenango, Zinacantán y Chamula, donde habían bastantes muertes maternas. Hay las parteras naturales y las eventuales, las naturales son con las que la comunidad trabaja y son con las que nosotros trabajamos en la capacitación, o sea, se da intercambio de experiencias, pero hay otras parteras que es la partera eventual, es la que en un momento vio como se atiende y en un momento pide que atienda a una embarazada, se lanza y no está capacitada, casi siempre es un familiar, la partera que se lanza, eso es una partera eventual, entonces, eso dificulta porque no conoce esos rollos, creen que es fácil, y hay muchos problemas que ellas desconocen. Tenemos un censo de parteras y un censo de embarazadas, y a ese censo de embarazadas hay una lucha por detectar embarazadas (Médico entrevistado).

En las unidades de salud se proporciona una revisión acerca del crecimiento y aumento de peso del producto y la presión arterial de la madre, que son indicativos de un buen desarrollo del embarazo y detección de complicaciones como la preeclampsia (enfermedad hipertensiva del embarazo).

Con relación a la atención con parteras, se encontró que la población embarazada acude a ellas antes de ir al hospital, por lo que se ha implementado que cada dos

meses el hospital las capacita en diferentes temas, principalmente les enseñan a promover métodos de planificación familiar y la higiene en los partos.

La consulta con las parteras, generalmente es referida a una revisión externa sobre la posición del bebé y de ser necesario al cometido de acomodarlo. Sin embargo, hay personas que prefieren combinar la atención médica y de parteras, para evitar cualquier complicación que ponga en riesgo la vida de ellas o la del futuro infante, como lo menciona la señora Yaris de Zinacantán:

Sí, con motivo de que según dicen de que si uno no va... porque aquí en la clínica sólo lo que nos miden y nos checan como esta uno, la presión y cuanto pesa uno y el bebé, en cambio la partera lo que nos hace es bolearnos lo que es la parte del estómago y nos soba la cintura, eso, nos dicen con tal de que no se nos pegue la placenta, porque yo sufrí con mi hijo, como dos veces no fui con la partera, ya que lo tuve a mi hijo y la placenta que no salía, eso es lo que me dio miedo, porque se pegó la placenta, ya ahora, tenemos que ir con los dos, con la partera y venir aquí (Yaris, 32 años).

Sí también voy con la partera, lo que pasa es que a veces se deja de mover y se coloca en un mal lugar y ella me lo acomoda y ya empieza normal, el hospital no hace eso, solo te checan y te miden y ya, por eso llego con la partera (Adriana, 17 años de edad, 6 meses de embarazo).

Como se acostumbra pues con la partera... lo buscamos nosotros, depende de cada familia, a quien partera quiere que lo atiende, porque hay varias parteras en la comunidad, lo hablamos nosotros, queremos que lo atiende sobre el embarazo, y le damos su refresco, nosotros tenemos la costumbre de hablar pero llevando refresco... lo llevamos 2 litros de trago también, así es nuestro costumbre y las botellas de trago lo tapamos con el doblador, en cambio para los mestizos es un pago.... nosotros solo le damos de comer y un refresco cada revisada. Nosotros tenemos la costumbre de médicos y uso de velas, trago, así tenemos nuestra costumbre los de Zinacantán, se da hierbas, permanecemos hasta la una o dos de la mañana, si no puede la partera, como así es nuestra costumbre le da hierbas, no pudo la partera entonces hay que llevarlo al doctor que tal se muere aquí dijimos, como ya hemos visto también que se salvan las mujeres acá (hospital), mejor ve en la clínica dijimos [...] cuando viene a aliviar una mujer tenemos que venir la familia y cuando regrese de la casa tenemos que festejar y rezar para su protección, así tenemos nuestra costumbre en el municipio (Abraham Santiz, Zinacantán).

En la entrevista de Abraham, es claro el interés y confianza que ellos tienen de sus parteras en la comunidad, porque refiere que la primaria instancia para consulta es la partera y únicamente acuden al servicio hospitalario cuando tienen alguna complicación

que la partera no puede resolver e incluso es una recomendación y reconocimiento por parte de ella, sobre los problemas que no podrá resolver.

En la consulta, una observación importante fue la falta de reconocimiento por parte de las mujeres de pertenecer a una etnia indígena, ya que aunque no usaban sus vestidos tradicionales, la dificultad de hablar español, indicaban su origen indígena. El médico entrevistado, expuso las siguientes explicaciones:

San Cristóbal está poblado por indígenas de todas las localidades, no es homogéneo, muchos jóvenes están viniendo a trabajar, se casan o se salen de sus comunidades y se vienen a vivir aquí, pero siguen manteniendo sus usos y costumbres de su comunidad. Un problema con la mujer indígena es que cuando es la primera vez esconde su embarazo, le da vergüenza, estando embarazadas se han de sentir extrañas, quien sabe, ya llegan como al quinto-sexto mes, la meta es captarlas en el primer trimestre (Médico entrevistado).

Algo importante de mención, es el discurso médico sobre los indígenas para justificar su propia visión en torno a la problemática de salud, y culpando a este grupo, por no alcanzar las metas que la institución persigue respecto a la atención al embarazo y al parto.

Cómo lo mencionó el médico, la ciudad de San Cristóbal es un lugar con bastante diversidad cultural; se encuentran etnias como la totsíl y la tseltal, por lo que al inicio de las entrevistas a todas se les preguntó acerca de su lugar de origen, en su mayoría contestaron ser de San Cristóbal, más aún, al visitar a las embarazadas en sus

domicilios, solamente 4 mujeres de 40 de reconocieron ser originarias de una comunidad indígena, una de Pantheló, otra de San Juan Chamula, otra de Zinacantány otra de San Andrés Larraínzar, por lo que resultó difícil determinar cuántas son de cada localidad y origen étnico.

Los tiempos de espera

Según las mujeres entrevistadas, la consulta médica para el control prenatal, está enfocada a las mediciones médicas como el crecimiento del abdomen, control de peso, y revisión de la presión arterial. El tiempo prolongado en la sala de espera, de hasta 3 horas o más, sobre todo para mujeres en los últimos meses, significó mayores complicaciones y molestias, por problemas en la espalda, edema y falta de alimentos. Las mujeres embarazadas que vienen de las comunidades aledañas y no están citadas tienen que esperar casi todo el día para pasar a su consulta. Así, en el hospital al haber una alta demanda de consultas, el médico mencionó:

Lo que hay que hacer es fomentar el control prenatal, que ellas lleguen; que aguanten estar sentadas unas tres horas esperando su consulta y que ellas aprendan a detectar, a conocer su organismo, que sepan que la infección urinaria es la mayor causante de abortos, en nuestro medio, que sepan sentir la infección y que cuando tengan sangrado sepan que es una amenaza de aborto y acudan al hospital, que tengan paciencia, el problema es urgencias, y que no tenemos suficiente personal. Como institución tenemos problemas, o sea, tenemos que estamos saturados, falta de recursos, el personal obstetra no hay, entonces ni ginecólogo ni obstetra no hay, nosotros trabajamos con residentes,

entonces no hay voluntad política, pues fíjese trata de hacerlo, pero no es su principal objetivo, su principal objetivo es otro.

Las mujeres comentaron que consideraban inadecuados los horarios y tiempos de espera en los laboratorios para realizarse las pruebas de embarazo o análisis de sangre, ya que las citaban en ayunas y las atendían después de las diez de la mañana, lo que se reflejaba en una tensión generada por la idea de un deterioro en el desarrollo del bebé por permanecer ellas en ayunas. Al comentar esta preocupación de las mujeres con el médico entrevistado encargado de revisar el número de consultas por día, éste mencionó:

El problema es que los servicios están bien saturados, entonces las mujeres embarazadas tienen que esperar mucho tiempo, no hay suficientes médicos y solo un laboratorio [...] los números y la cantidad están peleados y ellos lo saben, pero ellos quieren números, entonces no se puede dar calidad con cantidad. El gobierno quiere números, no le interesa la calidad de las consultas, nos piden 32 consultas al día, el psiquiatra dice que no es humano, ya el médico no hace bien su función, son muchas consultas al día [...] ya no se ve integralmente, solo se ve para dar paliativos, ya ni los escucha uno porque la cabeza ya esta embotada, entonces que en los servicios de salud no se den a basto; concretamente no es problema de los médicos, es falta de planeación del gobierno y falta de dedicar más recursos y contratar más personal.

En el hospital, cada consultorio médico cuenta con una enfermera en su mayoría son bilingües que apoyan en las mediciones de la presión arterial y el peso de las embarazadas antes de pasar a la consulta. También hubo quejas de las mujeres embarazadas hacia las enfermeras en la consulta médica, quienes son el primer contacto con ellas.

El mismo indígena es quien se trata peor, se siente superior a veces, algunas les da vergüenza aceptar que habla Tsotsil, yo pregunto a la gente como lo han tratado, porque sí hay maltrato, a veces. Hay mal humor sobre todo en el personal ya muy viejo, sobretodo en el personal que ya lleva más de 20 años de servicio, que ya está cansado, que ya solo quiere jubilarse, y hay maltratos, pero no es una constante, hay cursos, llega una psicóloga de Tapachula para todas esas bravuconas, hay enfermeras y doctoras, aunque hay mucha gente coleta racista, amargada, frustrada, que trata mal a la gente, aunque hay enfermeras muy buenas también, hay de todo (Médico entrevistado).

Como mencionó el médico, en el hospital acuden personas de diversas culturas: como los indígenas y la gente mestiza local que le llaman “coleta”. Los indígenas algunos son bilingües, otros solo hablan su lengua ya sea Tsotsil o Tseltal, lo cual dificulta la comunicación y la relación entre los médicos y los pacientes. Al respecto, el médico entrevistado argumentó:

La lengua a veces es un limitante, ahorita queremos con el nuevo hospital que todo vaya en dos idiomas porque el hospital es de los indígenas, es de ellos, hay que empoderar a los indígenas porque es de ellos y no de los mestizos.

Se encontró que algunas mujeres jóvenes cursando un embarazo, eran estudiantes y todavía estudiaban la secundaria o preparatoria. Se observó que acudían a la consulta o a las pláticas de medicina preventiva portando el uniforme escolar, llegando tarde por todas las actividades que ejercen como el matrimonio y el embarazo y otros cambios en la vida de las mujeres. Estas situaciones, daban pauta a regaños por parte de las enfermeras (una de ellas casi por jubilarse) que impartían las pláticas a las adolescentes. La problemática se ilustra con el testimonio siguiente:

Lo que pasa es que soy estudiante de preparatoria también y en algunas ocasiones se me dificulta aunque normalmente estoy aquí, nada más que no entro muy al 100%, pero ahorita me acaba de regañar la señora que no he venido [...] no es porque uno no quiera sino porque está uno estudiando, se me dificulta venir [...] me dijo “no me importa, tú debes de venir” y eso si se me hizo algo grosero de la señora, salí corriendo de la escuela y con todos estos cambios, es muy feo que te reciban así (Adriana, 17 años, 6 meses, San Cristóbal).

Adriana es una chica nacida en San Cristóbal y tiene un embarazo no planeado, cursa el segundo año de preparatoria y mencionó que los problemas económicos son la mayor barrera por la que atraviesa, por la que ella acude al hospital de campo, donde la atención es gratuita.

Otras mujeres mencionaron que al encontrarse en el hospital con otras mujeres en el mismo caso, no sentirse tan solas y que era normal todo lo que les sucedía durante el embarazo. Así lo menciona Estefani de 16 años, que tiene 4 años de vivir en San Cristóbal, nacida en la ciudad de México, en donde vivía con su pareja, durante la entrevista vivía con sus padres y fue recomendada por su madre para acudir al hospital de campo para su revisión:

Pues bien, más que nada te prestan mucha atención, te revisan y se preocupan para saber si estas bien, te dicen si tienes algún signo que estas mal, esta bien por lo mismo de la edad hacen que tenga uno más confianza, por la edad nos sentimos inseguras, pero igual, al ver como te tratan aquí, que llegan otras chavas y que no eres la única, eso te hace sentir mejor (Estefani, primer embarazo, 16 años, 5 meses de embarazo).

La revisión clínica en la consulta médica

En las revisiones médicas durante el embarazo en el hospital las mujeres refirieron que les miden el peso, les toman la presión arterial y les miden el abdomen como parámetro para valorar el crecimiento del producto. En referencia a la revisión de primera vez el médico entrevistado mencionó lo siguiente:

El primer paso, de la primera vez de consulta se revisa si tiene signos de presunción de embarazo, como náuseas, vómito, retraso en la menstruación, les crecen los senos, les salen unas líneas, unos granitos en los pezones, les ponen más oscuros, una línea negra se le pone en el ombligo, esos son de presunción, sino se saca una prueba de orina si es reciente los signos y si ya se comprobó ya se sacan una batería de estudios para ver cómo están y ya van el EGO (Examen General de Orina), su biometría hemática, su química sanguínea, como está la glucosa, su colesterol, los triglicéridos, ácido úrico, el VDRL (enfermedades venéreas) con autorización y el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana).

En los consultorios de medicina familiar, se observó que había tres médicos residentes y una médica pasante. Las recepcionistas eran enfermeras, con la intención que ser mujeres permite un mayor acercamiento y de eliminar las barreras que existen cuando la atención es dada por un médico de sexo masculino:

Sí influye mucho, es una barrera, prefieren una mujer por su intimidad, que no les gusta que las vea un hombre, por ejemplo yo, la primera parte es que tengo que verle los pezones a la embarazada, para ver si tiene pezón o no, porque sino después no le va a poder dar de mamar y va a tener que comprar leche industrializada y maternizada que es carísimo, entonces sino tiene pezón y se desteta; pues hay ejercicios para que crezca el pezón, supongo que les da vergüenza mostrarme sus senos, ha habido algunas que no me lo han enseñado, si veo que tienen mucho pudor, las llevo con una doctora o ya le digo a la enfermera y yo me salgo (médico entrevistado).

Las observaciones realizadas en el contacto con la enfermera y la consulta, permitieron un primer análisis sobre la importancia de la relación persona a persona en la atención del hospital, observando su diversidad cultural, los diferentes padecimientos, la atención que reciben y, entre las mujeres embarazadas, las visiones, tanto del hospital como de la partera, con el propósito de “que todo salga bien”, principalmente para el producto. Es en este marco restringido, como el hospital trata de organizarse para cumplir con las normas y metas de atención a mujeres embarazadas, aunque en su mayoría, las mujeres sólo llegan para la atención del parto.

El análisis de las interacciones en el hospital permitió visualizar las variaciones entre los modelos que se construyen, por un lado, las personas que padecen, en el ámbito de

sus percepciones configuradas culturalmente y, por el otro, los médicos y el sistema médico. Al ser manejados y reconocidos ambos, sus particulares ofrecimientos están presentes en las elecciones acerca de terapias y terapeutas a quienes se acude y ambos sistemas confieren significado social a la experiencia del padecimiento.

Desde este marco de reconocimiento y de interacciones, nos adentramos a las expresiones de las mujeres que dan cuenta de este contexto de contradicciones entre las formas de atención médica y las explicaciones que ellas construyen a partir de sus sistemas de creencias acerca del embarazo, la salud bucal y la atención odontológica.

PADECIMIENTOS INTRAORALES

Es pertinente comenzar con lo que primeramente se indagó, y que se refiere a la consideración de las participantes en torno a las principales funciones de los dientes: la ingesta y el deleite de los alimentos, hablar, para hacer sonidos y también funciones de comunicación con las personas y de presentación estética ante los demás. Coherentemente, expresaron que la falta de los dientes implica una limitación para las relaciones con las personas y con sus funciones básicas; además de que los dolores de muelas y dientes descontrolan el quehacer diario y el goce a los alimentos.

GINGIVITIS

La importancia de conocer que es lo que ellas refirieron de los sangrados gingivales, se enfoca principalmente por los estudios previos antes mencionado, la información que dieron a conocer fue la siguiente:

Desde hace tiempo que sufro de mis dientes, pero a las dos semanas de embarazo fue que empezaron los dolores, primero empecé a sentir los sangrados frecuentes y abundancia de sangre en la boca, de por si sangraba pero era mínimo, siempre cuando me cepillaba, pero a partir de mi embarazo ya me di cuenta que el sangrado era mayor y tardaba en quitarse y amanecía con un sabor a sangre horrible, y así amanezco hasta ahora con sangre en la boca, en la mañana saco mi saliva y sale con sangre, pero ya fue con lo de mi embarazo, antes lo veía normal, como cuando te pasas trayendo con un cepillo y te lastimas la encía, pero ya después con el embarazo sentí ya más sangre en la

boca, y ya más fuertes y constantes los sangrados y ya por las noches también, entonces fue de que porque, y ya así leyendo encontré que generalmente en este periodo de embarazo como que tiende uno a eso de la sangre en la encía, y de ahí dije ¿será que me están sangrando las encías porque lo leí o de verdad me sangran? Y ya de ahí vi que era más de lo normal, pero ahora si ya me preocupó, por el hecho de que es bastante de lo que antes me sangraba, incluso le comenté eso a mi doctor que me atiende y me dijo que no era nada que tenga que ver con el bebé y entonces por eso ya no fui al dentista [...] pues igual si es por el bebé (Guadalupe, 26 años, 1er. Embarazo, 3 amenazas de aborto, embarazo de riesgo).

Guadalupe, desde el primer mes de embarazo tuvo una amenaza de aborto, durante la entrevista cursaba con el sexto mes de embarazo y mencionó un sangrado abundante de la boca y sentir sus dientes con mucha movilidad, pero también mencionó su temor de acudir al dentista por miedo a la anestesia dental. Su bebé nace a los 8 meses y por el diagnóstico médico mencionaron que ya tenía insuficiencia respiratoria por esperar 3 días para hacerle la cesárea, su bebé muere mes y medio después de haber tenido 5 infartos.

La literatura sobre el tema menciona que la gingivitis, puede aparecer durante el segundo mes de embarazo y alcanza su punto máximo en el octavo mes, siendo resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización,

lo cual, unido a otros factores predispone a una respuesta más acrecentada frente a los efectos irritantes de la placa dentobacteriana la cual se considera el factor local más importante. También se le atribuye a la concentración de progesterona en la circulación materna; causa suficiente para que disminuya la respuesta inmune, así como la respuesta inflamatoria contra la placa, dando como resultado una exacerbación de la gingivitis, el Granuloma piógeno, relacionado con modificaciones de la morfología dentaria ya sea por caries, fractura o por cálculo dentario. De importancia se menciona que Guadalupe tuvo severo sangrado dental y muchos problemas dentales. Dentro del hospital no tuvo tratamiento dental, ignorando el médico su relación del embarazo con la boca.

Una de las mujeres embarazadas, con respecto al sangrado dental mencionó lo siguiente:

Aquí en el hospital me dijeron que es normal, yo veo que sangra un poco más ahora que ya me voy a aliviar, pero dicen que es normal (hospital), no creo que pasa nada ya después se quita, así le pasó a mi cuñada, es normal en el embarazo (Angélica 21 años, 9 meses embarazo, primer embarazo).

Es interesante destacar cómo las mujeres mencionan el sangrado de las encías, partiendo del momento que en la vivencia del embarazo es “normal”, visión reforzada por el médico y la partera.

No le hace uno caso, el doctor no me dijo nada, dice la partera ya que nazca se quita todo, ya se va a pasar. Mi boca tiene un olor raro, pero como no dijo nada (el médico) creo que es normal (Adelina, 40 años, tercer embarazo, hipertensa, embarazo de alto riesgo, San Cristóbal).

Adelina, llega a la consulta familiar, le preocupa su embarazo por tener complicaciones, es hipertensa desde hace 5 años, tiene 4 hijos y ahora es su quinto embarazo. La boca no le preocupa ya que tiene la esperanza que pasando el embarazo se aliviará todo.

Rosita, viene de Pantheló, tiene dos años viviendo en San Cristóbal, ya que su pareja es de San Cristóbal y menciona que vive con sus suegros; la suegra es quien lo acompaña en las consultas del hospital. Ella mencionó que tiene sangrado en su boca, le duele un poco sus dientes, pero también asegura es normal por el embarazo:

Sí, a veces sangra, pero ya cuando nacen se quita todas las molestias, me duelen todos los dientes de enfrente y sangran, pero es normal (Rosita, 15 años, 8 meses de embarazo).

A diferencia de las demás entrevistadas, que estaban casi en el último mes de embarazo, Rosita se presentó en el consultorio dental después de los cuatro meses de nacido su bebé, porque el dolor dental era casi insoportable y no se había logrado

calmar con nada, por lo que se tuvo que eliminar la pulpa dental de los seis dientes anteriores superiores; al final se le puso una prótesis por el excesivo desgaste que le había propiciado la caries dental.

En relación a la “gingivitis del embarazo” se encontró un caso grave, ya que era visible al momento de hablar con la mujer embarazada, se notaba por estar en medio de sus dientes de enfrente (centrales superiores) y al entrevistarla dijo ser de Zinacantán, vive en San Cristóbal porque su esposo la trajo con sus suegros. Yaris, tuvo un primer embarazo gemelar y por un dolor dental es medicada por su suegra, lo cual le provocó un aborto inesperado. En su segundo embarazo, tuvo dolor dental excesivo, lo que la llevó a ocultar su embarazo con el dentista para que le hicieran una extracción dental, ya que menciona que si decía su embarazo no le quitarían su diente y sentía que el dolor era insoportable. Después de la extracción dental, tuvo contracciones abdominales y casi pierde a su bebé, la hospitalizan y ahora su hijo tiene 6 años. En el tercer embarazo, tiene un aborto por una caída en su casa, y finalmente cursa su cuarto embarazo durante la entrevista y menciona lo siguiente, respecto a su boca:

Mire que tengo una bolita roja enfrente, donde lo aplasto sale sangre y me duele, aparte que toda mi boca sangra, pero veo que hay en la bolita sangra mas todavía (Yaris 32 años, 2 embarazos, 2 abortos, embarazo no diagnosticado en el hospital hasta los 6 meses, dolor intenso en toda la boca, sin tratamiento dental).

Otras mujeres, relacionaron la infección de las encías, con una fístula con lo que dijeron llamarla “una apostema”:

Que le dolía mucho la muela y le salió apostema [...] una bolita encima del diente, creo que es infección. [...] No pues, tomaba hierbas pero no le hacían nada [...] buscó ayuda en un dentista particular, no hizo nada porque no la podían atender por su embarazo [...] pero ahí siguió hasta que se alivió y ya se quitó el dolor (Rosita, 15 años).

Entre las mujeres la justificación por no acudir a la atención odontológica, reside en el hecho de durante el embarazo, la anestesia perjudica al producto, así como en la esperanza de que, que pasando el embarazo, el dolor dental también pasa. Situación que en la odontología actual se ha modificado y que por tanto se debe atender debido a que el dolor dental puede estresar tanto a la madre y provocar sufrimiento también al producto; para este caso existe anestesia especial para embarazadas, aliviando así el problema dental que aqueja a la madre.

En el caso de Mónica de San Cristóbal, que cursa su segundo embarazo; a ella se le presentó dolor dental y sangrado con el embarazo, atribuyéndole la causa a la “muela del juicio” pero que el mayor problema por el cual sufre fue un dolor de la cadera que

duró los nueve meses de embarazo. Con el diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo, tuvo reposo casi absoluto de nueve meses y respecto a su molestia dental ella señaló:

Pues de pronto sentía un dolorcito (durante el embarazo), o sea, todo adolorido amanecía esa parte de atrás (mandíbula), sentía raro, de pronto sangraba al cepillarlo, se quitaba solito, pero con el dolor que me provocaba el bebé me olvidaba de ése pinzoncito que daba esa parte, mi mamá dice que son las muelas del juicio, eso dicen. Ahora no, ya no, ya se me quitó, pero mis dientes de enfrente aquí abajo se están traslapando, se ven chuecos, le digo a mi mamá a ella se lo mostré, me dijo que es la muela del juicio que por eso me duele y se enchuecan, dice que es normal, por el momento ya nació el bebé y ya no me duelen (Mónica 22 años, 10 días de nacido su bebé, embarazo alto riesgo).

La información referida a los casos de gingivitis es sólo de algunas mujeres embarazadas, dentro de estas entrevistas, hay 3 mujeres con diagnóstico médico de embarazo de riesgo y una persona con dos abortos anteriores y mucho dolor dental y abundante sangrado gingival.

MOVILIDAD DENTAL

Para el caso de movilidad dental, dos mujeres embarazadas mencionaron tener los dientes con la evidencia de movilidad visible en la cavidad oral; Guadalupe que cursaba su sexto mes y Estefani por el séptimo mes de embarazo:

Sí, se me aflojan los dientes, creo que es normal, mi mamá dice que me cuide porque puedo quedar chimuela, así le pasó a ella, por eso fui al dentista y me revisó y me hizo limpieza, ya de ahí me mandaron que llevara control del embarazo con el médico del hospital y ya, ahí quedó, pero mis dientes siguen flojos (Estefani, 16 años, 7 meses).

Estefani menciona acudir al dentista por voluntad propia, pero después de su revisión ella siguió sintiendo movilidad dental, y no le dieron seguimiento a su tratamiento dental, pero si le dieron revisiones cada mes para su embarazo. En el caso de Guadalupe, mencionó que sentía flojo el diente y se estaba deformando: *Tengo flojito el diente, antes de mi embarazo no estaba así de flojito, ahora está más flojito y siento que se me cae el diente, de hecho yo creo que se me va a salir y ahora está muy flojo, antes estaba chueco pero no flojo (Guadalupe, 26 años, 6 meses).*

Al revisar a Guadalupe se observa una marcada movilidad dental, ella se encontraba en el sexto mes de embarazo y una de las cosas que menciona la literatura especializada es que en el último trimestre se empieza a presentar la hormona relaxina encargada de

la relajación de la pelvis para la preparación del parto, y en conjunción existe una relajación o pequeña movilidad dentaria, aunque en el caso de Guadalupe la movilidad dentaria es mayor, debido principalmente a abundantes caries en sus dientes, además de sangrado gingival.

HALITOSIS

La halitosis o mal olor expedido por la boca, fue mencionado por las embarazadas y una de ellas mencionó el problema que conlleva por cuestiones de relaciones sociales, que cohíbe a las personas por el olor, lo cual también es auxiliado por personas únicamente de confianza.

Se siente uno muy incómoda por el aroma que tenga uno en la boca, decimos que lo sienten las demás personas, eso es lo que nosotros sentimos, que otra persona lo va a sentir el aroma, que dirán: esta "hiede" su boca o que es, eso es lo que no nos gusta al salir por lo mismo. Ya fue que mi esposo me dijo vamos a comprar un líquido que nos recomendó mi primo, pa' que se enjuaguen, dice, y que no se sientan mal, si porque era el único que tenemos así de confianza, dice yo también estuve así cuando mi mujer estaba embarazada, yo también tuve el olor así, que por su embarazo me quedó a mi todo eso, hacélo así y ya que con eso ya no huele tanto (Yaris, 32 años).

La señora Yaris menciona que su cuñado tuvo ese mal olor por el embarazo de su pareja y también Guadalupe menciona esa sensación y además del “contagio” también a su pareja:

Pues el aroma es fuerte, pero no me causa nada, digo fuerte porque Adán (esposo) lo siente, pero nada más, a él le sangran también las encías, quien sabe porque, antes no le sangraban, creo que ya se lo pegué ... hace poco mi esposo me dijo que sentía un aroma fuerte, que el olor de mi boca era muy feo, como a descompuesto, me tenía que cepillar y al ratito seguía oliendo, y ahorita ya no sé si sigue oliendo igual o que porque yo no lo siento, solo que mi esposo ya no me dice, yo no lo sentía, él me dijo que olía feo mi aliento pero no sé (Guadalupe, 26 años).

En otro de los casos, una mujer embarazada comentó lo siguiente en relación al mal olor de la boca y su relación con un relleno dental:

Si, incluso los rellenos te provocan mal aliento, pues quien sabe que ha de contener que provoca mal aliento o también porque a veces no se cuida bien la boca, pero siempre se complica todo eso de la boca, porque nada como tenerlos normal o como dicen muchas personas prefieren tener placa porque se puede tener más higiene se quita y se lava bien, no como los rellenos quien sabe que

ha de contener luego toma uno café y huele feo. [...] Me siento mal por los rellenos más que nada por las amalgamas (Isela, 23 años, segundo embarazo).

Es interesante como Isela le atribuye esta sensación a las amalgamas y su preocupación del contenido de sustancias tóxicas en las mismas. Isela sufre de presión alta y menciona que a veces le molesta tener el sabor de metal en la boca y ver negros sus dientes, es lo que más le fastidia, además mencionó que padece de la presión arterial, por problemas familiares (divorcio) y que con todo eso la llevan a un estado depresivo.

CARIES DENTAL

Las mujeres participantes mencionaron algunas que si tenían caries y señalaron que se incrementaron durante su embarazo, otras no sabían. Durante la primera etapa mencionaron 16 de las 36 mujeres que si tenían caries, 20 mencionaron que no sabían, las otras consideraban que no tenían.

Desde mi primer niña me empezaron a salir porque antes yo tenía bien blancos mis dientes, pero me decían que estaba bien, y que no necesitaba nada, igual ahora, pero yo veo que si están negros, es algo nuevo que salió con el niño, antes tenía pero poquitos, casi no se notaban, ahora veo que hay un pozo (una cavidad), me duele peor cuando como dulces, o demasiado salado, se me

destiemplan, es feo pero ya no puedo comer bien, ahí fue que me empecé a dar cuenta de mis dientes que estaban mal (Mónica, 22 años).

Es importante mencionar que también sus parejas habían sufrido de picadura de sus dientes durante el embarazo. La mención de dolor de diente de las parejas durante el embarazo fue referido por cinco mujeres embarazadas como lo expresó la partera Ofelia de cinco hijos a quien no atendieron en sus embarazos en odontología, señalando que su dolor se le desaparece solo antes del tercer trimestre.

Pues le molestaba mucho un diente (esposo), y sin embargo no estaba picado la muela, nada más era un dolor, y como yo también me atacó el dolor de las muelas ya fuimos con los médicos y nos dijo el médico que no se podía, que era difícil de rellenar por el embarazo, él de él sí, pero yo no. Pues él (esposo) si se lo rellenaron porque dice que él si se podía y él no se quejaba mucho porque él si podía tomar medicamentos y yo no también por la anestesia, entonces dijo el doctor que no se podía por la anestesia que te ponen, que no tienen que inyectar pues, pero entonces dijo el médico, que pasa un poquito más, que se forme bien el bebé, entonces ya lo podemos ver, ya lo podemos rellenar o a ver cómo le hacemos o lo quitamos, entonces ya así quedó el pendiente, entonces cuando tenía yo dolor, pero así, pasando 4 o 5 meses ya se quitó, solito se me desapareció el dolor, en cambio mi esposo si, él llegaba como dice él: quítenmelo mejor, y en cambio yo no estaba picado, nada más era el malestar, eso era. (Ofelia, 63 años, 5 hijos).

Dice que le duelen los dientes pero no va al dentista, creo que se le están quebrando, antes no estaba así, no sé porque ahora que también a mi me duelen también a él, es raro porque él casi no se queja, pero creo que ahora si le duelen (Gloria, 26 años, primer embarazo, San Cristóbal).

Ahorita le molesta un diente, le he dicho que vaya a que se lo arreglen pero no va, yo porque ya sé lo que se siente perder un diente, me dice que no tiene tiempo por el trabajo y no va, nunca ha ido al dentista, nunca había tenido problemas con los dientes hasta hace poquito pero son poquitas las caries (Yaneth 26 años, embarazo alto riesgo, hipertensa, San Cristóbal).

En relación a las caries y el contagio a las parejas, sólo la partera Josefina, dio una explicación:

Pues como dijo él [su papá], que nos comentaba antes: “Va a pasar esto en ustedes, en el momento que hayas quedado embarazada, va a pasar que te van a doler los dientes también y hasta lo puede tirar, y no nada más tú sino que también mi yerno lo tiene que pasar”. “Es su esposa, entonces también le va a afectar el calor del embarazo, porque es también su hijo lo que está provocando todo eso, y nosotros no podemos hacer nada” (Josefina 63 años, partera).

Con el argumento de Josefina, la cual esta basado en lo que les sucedió a sus padres y con lo que ella vivió con sus 4 embarazos, se explica como el calor del embarazo afecta también a sus parejas y como ella misma dice “tiene que pasar”.

EL DOLOR CAUSADO POR LAS CARIES

Resulta interesante la atribución que las mujeres otorgan a su embarazo al dolor de dientes, el cual no está documentado en la literatura.

La primer molestia de mis dientes fue como a los dos meses, estos dientitos de abajo, esos de enfrente, ahora están todos picados, empezó así como sentido, raro, pero después me dolió mucho tiempo, es como lo tengo ahorita y ya ahora está como dormido, creo yo que porque tomaba mucho medicamento, pasaba y se me quitaba y hasta ahorita me empezó a dar un gran dolor que me quiero volver loca (Guadalupe, 26 años).

Lo interesante de esta sintomatología es que las molestias dentales siguieron un proceso de avance hasta el dolor, como dice Guadalupe: “Primero estaba sentido, luego adormecido y finalmente dolor”. De estos casos hubieron tres personas que mencionaron haber experimentado esta serie de sintomatología antes del dolor de dientes y por lo general estuvieron relacionados con caries avanzadas durante el embarazo.

El segundo caso relacionado con el dolor de las caries es Yaris, una mujer que cursaba con el sexto mes de embarazo, negado por el hospital ya que fue hasta el sexto mes

declarado positivo su embarazo, ella menciona su dolor ya que antes de sufrir molestias dentales, ella había sentido algo raro.

Estaba así como todo entumido esta parte de la boca (señala la mandíbula) toda estaba dormida, al igual que los de arriba, mordía yo algo y no sentía mis dientes, parecía que no tenía yo nada, después empecé a sentir así como un hormigueo en toda mi boca, luego parecía que no tenía yo nada de dientes y luego me agarró un gran dolor (Yaris, 32 años).

Yaris tenía sus dientes de enfrente destruidos y con varios faltantes, principalmente las muelas, dijo que con sus embarazos anteriores había sufrido de dolor de sus dientes por lo que ya le quedaban pocos y ahora con este embarazo tenía la misma sensación con su boca. Ella mencionó que la tensión que le provocó el dolor dental, había ocasionado que le diese una paliza a su hijo de seis años, ya que deseaba desquitarse con alguien. En el caso de Lupita, ella mencionó que el dolor dental le causaba muchos “nervios que le crispaban” ya que antes sufría de nervios cuando sufría algún cólico se le adormecía un brazo, ella cree que sufre dolor dental debido a un problema nervioso porque los dientes tienen “nervios”.

Para el tercer caso, el de Mónica, quien mencionó un dolor causado en su mandíbula, ella lo atribuye a la muela del juicio, también mencionó sentir la sensación de adormecimiento de su mandíbula antes de tener un dolor dental.

Nunca me revisó la doctora, no me dieron cita, me decía que yo no necesitaba nada, que mis dientes estaban bien y que ya me iba a aliviar y que no se podía hasta que naciera y ya no me pasaba, quien sabe por qué, hasta la enfermera me decía que no porque ya me iba a aliviar, desde mi primer niña me empezaron a salir porque antes yo tenía bien blancos mis dientes, pero me decían que estaba bien, y que no necesitaba nada, igual ahora, pero yo veo que si están negros, es algo nuevo que salió con el niño, antes tenía pero poquitos, casi no se notaban, ahora veo que hay un pozo (caries profunda), me duele peor cuando como dulces, o demasiado salado, se me destiemplan, es feo pero ya no puedo comer bien, ahí fue que me empecé a dar cuenta de mis dientes que estaban mal, pero hay la voy pasando, estaba como dormido, había momentos que no lo sentía yo mis dientes, después fue que me empezaron a doler (Mónica, 22 años, embarazo de riesgo).

De los tres casos mencionados, dos son atribuidos a problemas de tensión nerviosa; los tres presentaron una secuencia de sintomatología como entumida, adormecida, sensación de hormigueo y dolor del diente constante.

CAMBIOS EN LA SALIVA

En esta sección se mencionan otras molestias aunque no referidas como padecimientos, pero de interés por los cambios durante el embarazo, como la disminución de la saliva durante este periodo. En los hallazgos, sin embargo, se encontraron diversas formas de sentir la saliva como: cambios en el sabor, color y consistencia, la saliva espesa e hipersalivación.

En el siguiente relato, la mujer embarazada, menciona diferentes características de la saliva, mencionando su temor por el color amarillo que tomó y que se extendió a su piel, así como la falta del sabor y la sal en las comidas: *Lo sentía así muy espesa, muy feo mi saliva, como amarilla y hasta mi piel estaba así, [...] lo siento como desabrida la comida [...] se hace bolitas* (Yaris, 32 años).

Otra entrevistada dijo tener la saliva escasa, además de sentirla amarga. *La saliva está más seca o ligosa, me molesta y no es lo mismo, algunas cosas son diferentes como amargo y sin sabor* (Esperanza, 33 años, 4 meses).

En otro caso, otra mujer embarazada dijo sentir su saliva un poco más dulce y falta de sabor en las comidas con sal: *Creo que me falta un poco de sabor, lo siento todo un poco más dulce* (María 23 años, 4 meses).

Los cambios mencionados en la saliva estuvieron relacionados, con los vómitos o las náuseas, principalmente mencionaron ser parte del embarazo normal, y en su mayoría desaparecerían después del embarazo: “todo se quita y vuelve a ser normal”.

PADECIMIENTOS EXTRAORALES

CLOASMA

Para un abordaje integral en este estudio, consecuente con el planteamiento de que los padecimientos remiten a experiencias vividas como un todo, incluimos los cambios en otras partes del cuerpo que definitivamente influyen en el padecer de las mujeres durante el embarazo y que, como se verá, también tienen algún vínculo relacionado con la cavidad oral. Por ejemplo, el cloasma (manchas en la cara), que fue bastante frecuente en las mujeres entrevistadas en las diferentes etapas y es reconocida su aparición durante el embarazo con remisión después del parto. Las mujeres mencionan que su aparición e intensidad está relacionada con embarazos con productos del sexo femenino, a diferencia de los padecimientos bucales que son más frecuentes con embarazos de varones: *Con el niño a los siete meses me salieron manchas, pero sólo en la nariz. Con la niña desde los tres meses en toda la cara* (Yaris, 32 años).

Conocimos un caso donde el esposo también padeció de cloasma a causa del embarazo:

Cuando es niña sí te salen manchas; cuando no le salen a la mamá le salen al papá y cuando es varón no, porque hasta a mi esposo le salieron manchas por las niñas

(risas); hay veces que en la nariz o a veces en las manos, o en la quijada, pero siempre salen manchas. Seguro que sí, a mi esposo le salieron más manchas por mi segunda hija, se reía, me acuerdo; pero sí le salieron... Pues después naciendo la criatura se desaparecen (Josefina, partera).

Las mujeres mencionaron que no conocían las causas, pero comentaron que por experiencia propia y de otras mujeres era más frecuente en productos del sexo femenino, que se incrementaba con exposición al sol y por cambios hormonales durante el embarazo. Una de ellas mencionó perjudicarle a su autoestima:

Me perjudica pues, es más la vergüenza que tenemos, como le digo a mi esposo: "miráme -a veces yo digo- si no me querés, dejame", le digo. Pero ¿por qué?, dice. "Porque date cuenta cómo estoy". "En qué me voy a dar cuenta de que sos mujer y la madre de mis hijos". "No, date cuenta en mi rostro, en mis dientes, en todo", le digo de cómo estoy. "Estoy gorda, le digo, estoy gorda, estoy fea. Mirá mi cara como está". "No seás tonta, me dice, por nuestros hijos estás así, y no tengo por qué dejarte". Sí, me siento mal porque no era yo así, y veo que mis otras cuñadas no están así manchadas... porque de mi varoncito no se me manchó mi cara, y ahora que porque iba a ser niña se me manchó mi cara toda, pero quien sabe por qué. Pero me dijo la partera: se manchó la cara porque va a ser niña y además que estaba su corazón de lado derecho, decía. Y mi suegra también me dijo (Yaris, 32 años).

Me han dicho que será varoncito porque la panza está levantada, en cambio que cuando va a ser niña la panza se va a los lados y se agranda la cintura, casi no me

salieron manchas en la cara y por el momento nosotros no hemos acudido con el ultrasonido, aunque esta señora (Partera Josefina) me dijo que será un niño porque cuando son niños molestan los dientes, así que pues es una más que dice que será niño (Guadalupe, 26 años).

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Las náuseas o sensación de vómito, se mencionaron con otros nombres como *vasca, ganas de vomitar, asco, gran deposición, devolver, ganas de sacarlo.*

Me dio vómitos ya los últimos meses, por ejemplo: así como comí y me dormí, al ratito de repente, de la nada, unos grandes dolores de estómago y ya me estoy muriendo de dolores, y después me daba una gran deposición y diarrea como cólera, pero ya quedaba vacío mi estómago, y ya quedaba tranquila y pasaban dos, tres hasta una semana y de ahí volvía (Mónica, 22 años).

También se mencionó que las náuseas son una forma de diagnosticar un embarazo, como lo mencionó Gabriela, que se da cuenta de su segundo embarazo por las náuseas.

Lo que pasa es que es una forma de darse a conocer de que alguien ya está adentro, es como decir (el bebé) hey ahora tienes que cuidarme y tener cuidado

con lo que comes”, porque yo ni sabía que estaba embarazada, no lo pensaba porque tenía supuestamente ese alambrito que sirve para no tener hijo, pero empecé que en las noches me daba mucho asco y mi mamá me empezó a decir que estaba yo embarazada (Gabriela, 20 años).

Entre las causas de las náuseas se encontró el tipo de alimentos, el gusto de la madre y también el gusto del bebe:

Lo que pasa es que a mi hijito no le gustan algunas cosas por eso lo rechaza, con eso de la cebolla y el aceite, no le gustan para nada, así que mi esposo tiene que cocinar porque no lo soporto (Yaris, 32 años).

Al principio del mes como a los tres meses, uno como embarazada tiene que sufrir los vómitos en esa fecha, porque hay comida que no acepta, pero no es uno como mamá que no lo quiera, sino que es la criatura que no lo quiere, porque me decía mi mamá: si tú tienes ganas de sacarlo, no lo vomitas tú; sino la criatura que no lo quiso lo que comiste, entonces por eso, y eso es normal, como mi hija que ahora que está embarazada de dos meses, pues anda con eso que le digo de los vómitos, pero es normal, tienes que decirle, habla con tu bebé dile: bebé no me hagas sufrir y él te lo escucha o ella te lo escucha porque es un ser humano, lo escucha, ya no me hagas nada, ya no lo quiero devolver, y mi hija hay veces que lo saca y dice ya no quiero esto mamá, es el olor y es verdad pues así es, porque ahorita lo que no tolera es que hay veces que su esposo le

gusta y ella no lo tolera es el jamón o salchicha con huevos y eso lo siente muy fuerte, más el huevo (Josefina, 63 años, partera).

Con respecto las náuseas, una de las mujeres embarazadas mencionó su relación al agua:

Con las ganas de vomitar mejor ni me le acerco agua, porque eso me provoca más vasca y vómito, así que prefiero no tomar agua, solo con el olor me hace mal, más con mi sangrado de las encías, a cada rato quería yo vomitar, tuve muchas náuseas y vómitos, comía yo uno; dos, tres, cuatro pedacitos y ya lo dejaba yo antes de que yo vomitara, no podía comer, era que mi estómago no quería nada, me daba hambre pero no podía comer, así que tenía que comer pero muy poquito pa' que bajara la comida; sino no bajaba ... cuando tenía náuseas no le sentía sabor a nada, era todo así como feo porque no tenía sabor, pero aún así lo comía (Guadalupe, 32 años).

Al contrario del testimonio anterior, el agua, en otra de las entrevistadas fue signo de fortaleza y comentó lo siguiente:

Al vomitar queda uno vacía, se siente uno vacía, al rato a echarle agua, yo tomaba mucha agua, con eso me recuperaba un poco, me hacía recuperar las fuerzas porque queda uno como muerta de tanto sacar las tripas porque cuando está uno embarazada necesita uno muchos líquidos, eso sí, porque sale todo y

queda uno vacía, con el agua se recupera uno del vacío (Josefina, 63 años, partera).

Con respecto a las causas de las náuseas, mencionaron que éstas se incrementan en el momento del cepillado de los dientes. *Lo que pasa es que durante seis meses no me pude cepillar ni nada, no me podía limpiar la boca, ni enjuagarme porque con solo meterme el cepillo ya es que estaba vomitando, y con la pasta peor, así que durante ese tiempo no pude (Yaris, 32 años).*

Así nada más el olor de la pasta eso sí que se siente muy fuerte, pero lo demás sí porque se tiene que cepillar uno, yo creo más bien era el malestar que tenía del embarazo más no la pasta o el cepillarse (Josefina, 63 años, partera).

No podía meter mucho mi cepillo, de hecho después de cepillarme era cuando me venían unas ganas así de vomitarme, ahí sí nunca suspendí porque era cuando desayunaba y no me bajaba, era de cuando después me cepillaba y como ya lo traía mete el cepillo y no, me vomitaba toda, y de que vomitaba ya me podía cepillar, entonces no sé por qué, si qué relación tenía con el cepillo o era de plano que ya me tenía que vomitar (Guadalupe, 26 años).

Nada más el olor de la pasta, eso sí que se siente muy fuerte, pero lo demás sí porque se tiene que cepillarse uno (Ofelia, 63 años, partera).

Durante esta etapa, los síntomas son visibles, iniciando con la boca, aquí sucede toda una relación de cambios propios del embarazo como las náuseas que en algunas mujeres propicia una deficiente limpieza bucal, sin embargo, aunque es deficiente la limpieza bucal, para algunas mujeres no representa ningún problema porque todo se liga a que el producto nazca bien: *No importa lo que tenga que pasar, todo sea el amor por los hijos (Mónica, 22 años).*

Las narrativas de las mujeres se centran en la idea de que el embarazo tiene que cursar con ciertas señales de malestares y padecimientos, mismas que distan de ser consideradas como enfermedades. No obstante, en el hospital el servicio médico que se ofrece es totalmente medicalizado. Los tratamientos y los cuidados que se recomiendan durante el proceso del embarazo están relacionados con los medicamentos que les otorgan de manera preventiva o curativa. Para la medicina institucional las náuseas pueden ser un síntoma de enfermedad, ya que en casos severos ponen en riesgo la vida por deshidratación. *Solo vinimos para que le den gotita para que empiece a comer, ya tiene como dos semanas que no come, no quiere, todo le da asco, solo venimos para eso (Abraham, 23 años).*

Como se había mencionado antes, en la ciudad de San Cristóbal convergen personas de todo tipo, en el hospital llegan personas pertenecientes, tanto de la etnia Tsotsil como la Tseltal, así como población mestiza. Como se menciona en el apartado de las

parteras, las gestantes indígenas solo llegan cuando hay algún problema que es considerado grave y que la partera no puede resolver, como es el caso de Abraham que dijo llegar al hospital porque su esposa no come.

LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Con base en el recorrido en torno a la presencia de padecimientos bucales y sus complicaciones, se analizan los significados de la consulta odontológica y la relación médico y paciente para el tratamiento.

A continuación, se presenta un fragmento sobre la atención odontológica recibida:

Cuando me llevaron al dentista, así que dijera te vamos a dar una limpieza no nada, solo me miraban y ya, solo me dijeron lo vamos a rellenar tus dientes, me dieron el papel y me dijeron con este lo traes y me fui y me dijeron (cuando solicitó consulta): no, no te dijimos nada, y ya con eso ni ganas da de ir, [...] también porque cambian pues, ya viene uno, después otro, y ya no es el mismo atención que da pues el otro doctor y ahora que vengo (al hospital) ya no me mandaron por allá al consultorio denta. (Yaris, 32 años).

El miedo de las mujeres embarazadas hacia el dentista está basado en la falta de comunicación e información sobre los tratamientos y uso de anestesia local. También es importante conocer lo que dicen del médico acerca de la relación de la boca con el embarazo, como parte del mediador entre la atención médica y el complemento a la consulta dental.

Al principio me daba miedo, pero ahora ya no, yo pienso porque no sabe uno muchas cosas y luego ni el médico te dice que pasa con la boca y el embarazo, como ya te dije mi médico me dijo que no tenía nada que ver, pero mis dientes siento que se están yendo y yo creo que si tiene mucho que ver, sobre todo cuando lo vives y te pasa fuerte como a mí, tenía mucho miedo porque yo se que todo lo que me metan le puede hacer daño al bebé, por eso era mi temor, y digo pues a donde se va esa anestesia, entonces, me pongo a pensar que le puede pasar al bebé, con la anestesia a mí me salían granitos en la encía, donde me anesthesiaba el dentista, yo decía que era por eso, porque generalmente me salía cada vez que iba con el dentista, pero más bien eran así como volcancitos, no sé cómo le llaman, entonces, si a mí me causa algo al bebé que le pasará, eso era como mi miedo, que le vaya a ser daño al bebé o que él se vaya a dormir (Guadalupe, 26 años).

Se encontró que varias mujeres embarazadas expresaron su miedo al dentista, y sobre todo, se observó el desconocimiento de la relación del embarazo y el cuidado de la boca:

El dentista es para tenerle miedo, eso da. De hecho nunca me han dicho los doctores que te tienes que arreglar los dientes, voy porque yo siento que se tiene que arreglar ese diente, de hecho me dijo el dentista de la clínica de campo. No entiendo por qué te lo viniste a arreglar si no estaba tan picado, pero a mí me molestaba, me lo arregló y ya dejó de dolerme (Estefani, 16 años).

El dentista se convierte en la última alternativa para aliviar el dolor y para extracciones dentales:

El dentista significaba que me quitaba el dolor nada más, solo vamos para eso, por eso casi no tenemos diente, algún dolorcito y va pa fuera, ya sin dientes es diferente todo, o sea, no es igual tenerlos todos, ahora se siente mal porque no podemos comer cualquier cosa como el chicharrón porque es duro, la tostada, cosas duras ya no se puede, ya ni modos, pero es fiero estar con dolor pues (Gloria, 37 años).

Otra causa del miedo al dentista mencionado por las mujeres embarazadas fue por las mutilaciones dentales. Esto evidentemente dificulta la atención dental e incluso puede llegar a impedir el tratamiento curativo, anteponiendo el “iré después” aun habiendo dolor dental:

Entrevistadora: ¿Usted ha ido al dentista alguna vez?

Todavía no me he castigado, porque es una forma de que yo debo de auto disciplinarme, además no me afecta para nada los dientes, tengo bien mi autoestima, si me duele ya iré después (Rosa Ruíz, embarazo de alto riesgo, 32 años).

Aunque para otras mujeres existen prioridades, como es el caso de la comida y el trabajo, ya que es el medio económico de ingreso, como forma de subsistencia a la vida cotidiana.

Pues llegan solamente así las del centro, pues así como de aquí (San Felipe) ay dios muy desanimadas porque son más fijadas en su trabajo, que van a atender su verdura, que ya traen su bultito cargando para vender y no van al dentista, ni lo conocen, que ya nació su hijo y que ya están esperando otro [...] yo creo que nunca han ido, y eso que en el hospital es gratis, pero no lo aprovechan (Ofelia, 63 años, partera).

Para otras el consultorio dental no ofrece atención para las que llegan a sus consultas mensuales, algunas ignoran que existe el servicio y otras lo rechazan por el uso de la anestesia dental en los tratamientos, idea reforzada por el dentista.

Tengo un poco de dolor, pero creo que es normal eso, a veces de vez en cuando, el dental pues ni sabía que había, nomás lo miraba y ya, decía que no se podía hacer nada por la anestesia que es malo, ya veré después que nazca mi hijito, por el momento así está bien, es normal, creo (Adelina, 40 años, hipertensa –embarazo de alto riesgo- tercer embarazo, 8 meses, San Cristóbal).

Las mujeres mencionaron que en el hospital no había servicio dental por cuestiones de la remodelación y que no había consulta, además de que no tenía los instrumentos necesarios, ni podían hacer rehabilitaciones dentales. De todas las entrevistadas, únicamente dos mujeres mencionaron haber ido al dentista y que sólo les habían hecho limpieza, pero que no les habían dado continuidad en el tratamiento.

ANESTESIA DENTAL

El miedo a la anestesia dental y medicamentos que se usan en la mayoría de las visitas dentales, también está basado en que las consultas odontológicas casi siempre están relacionadas a extracciones dentales y no a cuidados preventivos.

Si vengo cuando tengo dolores de muela vengo a que me lo quiten, pero así nomás que llegemos solo por un dolorcito no, ya en un particular quiere paga, en la comunidad eso es caro, porque es particular, nada más de ahí hay que venir hasta acá, nomás con la quitada de muela son \$50 pesos, aparte la consulta y ni modos que solo me lo quite por un dolorcito, aquí tengo un negrito, no me molesta pero dicen que de embarazada duele (Gabriela, 26 años, 2do hijo).

Los temores por la anestesia local, se mencionaron en dos casos, debido a que el producto no creciera adecuadamente o no se desarrollara. *No se desarrollan, es lo que he visto, como es el primero (Irma, 18 años). Dicen que con la anestesia los bebés no crecen, se quedan chiquitos, es malo porque les afecta bastante que ya no crecen, por eso es malo (Sandra, 22 años).*

Pues, de hecho me anestesiaron cuando tenía un mes, yo no sabía que estaba embarazada, tenía dolor en una muela que ya estaba rellena y empecé otra vez con dolor y me anestesiaron, no pasó nada, pero ya después me dijeron que la anestesia podría afectar al bebé, nada más me espanté mucho, pero si lo hubiera sabido no lo hubiera hecho, yo creo que me hubiera aguantado el dolor (Olivia, 19 años).

Que duelen pero que no se pueden sacar así los dientes a la persona embarazada, nada porque es un riesgo para el bebé por la anestesia, si, que hay riesgo de abortar porque está el tiempo de tirarlo, (le dijo) el dental de aquí (Dominga, 28 años, 6 meses, 3er. Embarazo, San Cristóbal).

Eso afecta al bebé y por eso me da miedo, no he querido ir me da mucho miedo, porque ya ve que cuando lo anestesian no sabemos a dónde se va todo eso, se pasa por todo el cuerpo, por eso me da miedo, que es lo que tiene ese

medicamento, porque les perjudica por el bebé pues que no vaya a nacer mal por eso no me gusta pasar al dentista ahorita (Isela, 23 años, San Cristóbal).

La verdad no lo sé algunos me han dicho que cuando uno está así no se debe de ir al doctor porque es malo. He escuchado comentarios de que la anestesia le hace mal al bebé puede abortar, puede suceder, por la anestesia pues dicen que es muy fría, no se debe de hacer durante el embarazo, que ya está de 3 a 5 meses no se debe, hasta que nace la criatura, bueno, si no lo dice el doctor algunos no lo pregunta, uno llega y dice: hágame usted el favor de quitarme dientes y ya lo quitan y como están haciendo cola, pero es peligroso, cuando está uno embarazada es peligroso dice el doctor puede suceder aborto, pero cuando ya llega uno a saberlo ya lo quitó pues, yo digo que no se debe porque esta uno con el bebe creciendo y se está formando todo es puro calorcito, por eso hay bochornos, entonces como dicen que la anestesia es fría, eso afecta al bebé y puede sacarlo en el tiempo que todavía le falta pues y provoca aborto. Una vez una señora que no le dijo al médico que estaba embarazada y cuando le dijo ya le habían quitado su diente, tenía cinco meses de embarazo, yo lo acompañé a su casa de la señora para cuidarla y no pasó nada, pero siempre es un peligro pues, gracias a dios que no pasó nada, yo digo que porque ya estaba normal el bebé, ya estaba completo, y ya no pasó nada (Ofelia, 63 años, partera).

Me fui con el dentista ¿me dijo estas embarazada? No, le dije y ya tenía yo ya 3 meses, sino no me lo quitan y me dolía mucho, me retorció y que le dije mentiras que no estaba embarazada, y no que ya lo iba a pasar a mi hijito, con la anestesia que me pusieron, me empezó a bajar así un líquido blanco, voy a pasar a mi hijo decía yo, pero me atendieron en el hospital y me dijeron es por motivo de que te fuiste con el dentista, y ya después de eso que es mejor ya no ir cuando está uno embarazada, y como le digo pues de mi hijito que me pasó ese caso ya con ella ya no fui, ahora mi hijito(6 años) se queja que le duele la quijada ya mi suegra dice que no le afectó de chiquito la anestesia sino ya ahora de grande. Ahora que ya nuevamente voy por el dolor y dicen que no me lo pueden quitar por motivo de que estoy dando pues de mamar, Pues yo creo que no me hacía mal porque ya me dolía mucho, y ni pastilla puede uno tomar porque ella lo mama dice el doctor (Yaris, 32 años).

La consulta a la partera, también se hace cuando hay dolor dental, entonces la partera empieza a medicar calcio, ya que según ella el dolor dental es provocado falta de calcio.

Pues, a mi me quitaron un diente como a los ocho meses, ya no lo aguantaba el dolor, pero me dijeron que como ya estaba bien formado el bebe que ya no corría peligro, y no había ningún riesgo, porque si no pueden nacer enfermos, pueden contraer enfermedades, eso me dijo el dentista del hospital, y ya cuando

hay molestias aunque sea de la boca ya vamos con la partera primero y ya nos receta calcio, cuando ya no se quita entonces vamos con el dentista (Gloria, 37 años, 3 meses embarazo, 5to. Embarazo).

Pues que el bebé está absorbiendo todo, de lo que no les proporcionamos el bebé lo toma de nosotras, digamos que lo que comemos una parte es para él, como el calcio, digamos una parte que no la consumimos él se la está llevando (Susana, 17 años, 4 meses, 1er. Embarazo, San Cristóbal).

USO DE MEDICAMENTOS

Aunque algunas personas acuden al hospital para su revisión durante el embarazo, se encuentran en constante contradicción con las indicaciones médicas y las creencias que los medicamentos ingeridos podrían provocar algún daño al producto.

Pues he tomado mucha Ampicilina y la segunda vez que me internaron por la amenaza de aborto, ahí me inyectaron y me pusieron un chorro de medicamentos quien sabe cuáles y estaba muy mal, vomitando y un montón de cosas, entonces después ahí si tuve que tomar ampicilina que es lo que me dan, y otra cosa que me iba a ayudar mi estómago por la gastritis que tengo, y pues si he tomado un chorro de cosas, pero Ampicilina es lo que más he tomado, ya estoy fastidiada, he tomado mucho medicamento y luego me da pena por el bebé, lo malo es que me he enfermado mucho, he tenido dos veces infección

vaginal y al final de cuentas terminaba con antibióticos [...] da miedo porque en la cajita dice no se use en embarazadas ni en lactancia (Guadalupe, 26 años).

En el caso de otras mujeres embarazadas, tenían temor por el anuncio que presentan algunos medicamentos, y que están impresos en las cajas.

De por si no me gusta tomar pastillas, menos que no se deben de tomar durante el embarazo porque en las cajillas de las pastillas dice que no se consuma durante el embarazo o lactancia, porque sé que todo lo que yo tomo afecta al bebé y no sé precisamente en que le afecta al bebé (Estefani, 16 años).

Las personas embarazadas tienen apoyo familiar, entre los cuales se cuentan figuras como la madre, suegra, tía, hermanas que son básicamente las primeras en recomendar algún tratamiento a la gestante; en la actualidad aunque los remedios caseros se usan, ello ha disminuido y se percibe una tendencia hacia su sustitución. Principalmente son utilizados para calmar algunas molestias como el dolor dental, en combinación con la medicina alópata, aunque cada vez se reconoce más, que pudieran ser contraproducentes:

Pues son buenos, mientras lo recete el médico sí, que es lo adecuado para lo que sea necesario, yo tomé medicamentos cuando iba a tener mis gemelitos, por receta de los familiares de confianza (suegra) y pues, yo cuando me casé al año quedé embarazada y me dijeron que iban a ser gemelitos, me dijo la partera y me dijo el doctor del hospital, un día antes lo había ido a ver para que me

revisara porque iban a ser gemelitos, mis suegros lo querían bastante y dijo el médico que estaba todo bien, y ya estaba yo de 3 meses, y en ese tiempo me dolía mi muela, entonces mi suegra me recetó el mejoral o gentilito que le llaman, eso junto con la manzanilla caliente, y pues como era ella le dije que estaba bien, “solo sabe usted que es bueno lo voy a tomar y me confié”, a los 5 minutos que lo tomé, sentía que dentro de una hora me bajó, lo pasé mis hijitos, se salieron pues y ya tenían 3 meses, y la verdad que como nosotros no sabíamos bien de eso, nos confiamos con mi suegra, además que ya había criado a su hijos pues (Yaris, 32 años).

En el hospital se acostumbra la medicalización de las enfermedades en relación a los diagnósticos médicos. En el caso de las consultas médicas a las embarazadas se les otorgan pastillas como vitaminas, calcio, fumarato ferroso y ácido fólico.

Lo sentí bien, pues como le digo con eso de los doctores, que dicen que es para proteger a los hijos, pues yo digo que sí con motivo de que durante el doctor que me atendía dijo que si era embarazo que tenía y ya me empezó a dar los hierros y todo, me decía tomálo sino es, pues no te va a hacer daño, al contrario tu cuerpo lo va a alimentar me dijo el doctor, pero yo lo sentí bien, con motivo de que gracias a eso mi hija está bien, está buenita y no tiene otra cosa, lo miro que pasa en la tele que dicen que si no lo toman las medicinas que ya después sus

hijitos están enfermos y ya vienen malitos, yo digo que sí, con tal de que los hijos vengan normal, se hace lo posible de tomar otras cosas, pero mi suegra me regañó por tomar pastillas, dice que es malo, si algo le pasa al niño que es mi culpa, no se debe de tomar nada, es malo, que tal nace mal [...] si no es enfermedad ¿porque te dan medicamentos? es embarazo (Yaris, 32 años).

Por otro lado, en el consultorio dental se fomenta la utilización de la pastilla reveladora, que no es un medicamento ni es tóxica, la cual es una pastilla redonda roja que al masticarla colorea las zonas de los dientes y sirve para ver placa bacteriana o residuos de comida, que pudiera enfermar a la boca de la gestante, sin embargo, como tiene forma de pastilla y es roja, resulta interesante porque por tener la forma de pastilla para algunas mujeres representa el riesgo de tomar algo que pudiera poner en peligro al producto y no aceptan el uso por ser visto como un riesgo.

Aunque el uso de la herbolaria tiene otras connotaciones cuando se usan curanderos como menciona Rosa que viene de San Andrés Larrainzar y tiene 6 años viviendo en la ciudad:

Mire nosotros venimos de San Andrés Larrainzar, allí solo se usa curanderos y nada más, solo que cómo nosotros nos salimos de la comunidad y ya cambió eso, y pues eso de creer en esas cosas dice la religión que es malo, y como aquí nos dieron una conferencia (farmacias naturistas) de médicos naturistas en lo que lo bueno está en la comida que todo sea natural y para curarse también, el valor de todo lo natural, ya en la actualidad nos curamos con puras hierbitas, ya

si es muy fuerte la enfermedad entonces ya vamos con el médico, por eso nosotros decidimos venirnos para acá, le digo tristemente que allá (comunidad) es puro curandero, por falta de información, nosotros ya no creemos en curanderos, con los médicos todos vamos a la segura y a la más comprobable, eso creo por eso estamos aquí (Rosa 32 años).

En general, se apreció un rechazo a los servicios odontológicos del hospital. Durante el embarazo se considera que no se deben realizar procedimientos invasivos al cuerpo y los dientes, así como no ingerir medicamentos y evitar el uso de la anestesia.

AUSENCIA DENTAL

La falta o ausencia de dientes se observó frecuentemente en las embarazadas por lo que se decidió preguntar acerca de su sentir, lo que ellas dijeron fue lo siguiente:

Nos da vergüenza, pues con motivo de que como dice mi hijo (6 años) mami ¿porque no tenés diente? Ay hijito por motivo de que cuando estabas dentro de mi me dolían y fui a que me los quitaran, si se siente feo, porque a veces no puede uno ni hablar, da vergüenza todo eso, da vergüenza verse y no tener todos tus dientes, se siente fiero pues, por motivo de que sale uno a pasear y es fiero que lo queden viendo a uno pues porque no tenemos diente, y siempre da pena que nos queden viendo, si tenemos algún defecto que defecto tenemos,

más que era por los dientes que nos quedan viendo, como dice mi esposo: nos miramos pero bien feo dice él, él mismo se daba cuenta. Pues cuando el embarazo de mi hijo a él también se le picaron sus dientes, me dice él no será que me lo pasaste con lo del embarazo dice, porque estaba yo embarazada cuando se le empezaron a picar sus dientes, digo será por el calor del embarazo que también le afecta a él, pues yo digo que sí porque qué otra cosa, todo el calor de mi hijo lo tienes tú le digo, ya después se me fue quebrando y me lo fui a quitar, ya con el embarazo de ella (actual embarazo es una niña) vi que se me está quebrando lo demás, no sé por qué y es que vi que con mi embarazo se me están quebrando más, que sucede que si estás muy caliente o es porque es muy caliente el embarazo porque también a él se le picaron sus dientes y así está, yo ya no me voy a quitar los dientes dice él, que se piquen ni modos, sino te duele no lo quites le digo y ya, pues da vergüenza y hasta para platicar pues, da vergüenza de solo abrir la boca, todo el aire se sale y no se pronuncia bien la palabra, y ya así mucha gente me dice y esta muchacha porque sigue enojada, si lo que tenemos por motivo que no platicamos es porque no tenemos dientes, porque cuando platicamos pues sonreímos y sin dientes se mira todo, y ya nosotros no nos sonreímos como es, y ya mis cuñadas mismas me dicen: ¿porque no te sonreís pues?, no que todo el tiempo estas enojada y callada, y ya les digo es que vas a ver que no tengo dientes y me da pena, a veces nos invitan a alguna fiesta y no vamos por ese motivo [...] El dice lo mismo, dice que sus amigos le hablan como es taxista, le apodan cobra, y le dicen tu cobra porque ya

no sos el mismo de antes, porque dicen: ya no te reís como antes, me da pena dice es que como ya no tengo mis dientes, ustedes tienen todos sus dientes y que dirán de mí que estoy chimuelo, él se siente mal por lo mismo pues. Ya la persona cambia, pues como le digo, no importa que estemos así, si somos pareja y no debemos de cambiar porque no tenemos dientes, pero para salir si nos da pena, hasta mi hijito dice que le preguntan en la escuela si porque estoy chimuela que si su papa me pega, le digo decíle que sí, que tu papa me dio un golpe y me tiró mis dientes si tenés vergüenza, esta horrible dice y que le da vergüenza, pero como digo que hay niños que se fijan y ya a nuestros hijos les da vergüenza y pena pues [...] todavía tenemos ese problema, que es por eso que no salimos y como le digo a mi esposo que no tenemos el recurso para que nos lo mandemos a arreglar. [...] Me gustaba mi sonrisa y como le digo que cambia uno, por lo que ya no tenemos dientes, la sonrisa es como le dijera... muy bonito al sonreírme pues con gracia, porque bueno de mi boca yo me gusta pues el lunar que tengo un ladito de mis labios, y es lo que dice mi esposo como se mira de bonito tu boca porque tienes un lunar dice, pero que lástima que al sonreír no tenés diente, es lo que ya nos ponemos a pensar y le digo ya cállate y ya no me hables así le digo, no mujer no te pongas triste dice si así estoy yo también (Yaris, 32 años).

Para Yaris, la ausencia dental le provoca timidez, falta de amistades, deterioro en la relación de la pareja; las relaciones en general se limitan por sentirse con la falta de algo. Ofelia comentó acerca de la falta de dientes:

Pues se siente feo, así como que si estuviéramos mascando la lengua, porque ahí se sale la lengua, como aire se siente, todo hueco, no sé cómo decirte que se sentía pues, porque no está completo faltan los dientes. Me daba pena, me daba vergüenza, me daba mucha vergüenza (Ofelia, 63 años, partera).

En la revisión dental Ofelia se encontró sin molares y mencionó que es mejor usar placa completa, porque de todos modos los dientes se echan a perder y que habría que ponerse placas completas con el tiempo.

Se observó la relación directa entre la presencia de dolor dental y extracción; algunas mujeres mencionan que ha sido una solicitud de ellas mismas al dentista, otras que el dentista no les había dado otra opción. La decisión de solucionar el problema a través de la extracción dental está ligada al dolor intenso en esos momentos, pero después al sentir la ausencia dental se arrepienten por las pérdidas. Después de un tiempo, la ausencia dental pasa a ser normal, si tienen dinero se lo arreglan, sino el tiempo permite se acostumbren a vivir sin sus dientes; se convierte en un problema cuando la ausencia es de los dientes de enfrente, por lo que en algunos casos recurren a las prótesis dentales.

PROTESIS DENTAL

Como se observó en las consultas médicas, en su mayoría acuden mujeres, y en el caso de los arreglos dentales son ellas las que prefieren el uso de prótesis.

Que vergüenza, estoy muy joven, y me quedé así sin dientes, bien feo porque para hablar se siente que se sale el aire a veces, no se puede pronunciar bien la palabra, se va el aire, sale por ese hueco es donde falta el aire. [...] Era mi dinero, hasta la fecha me dice él, que está sufriendo, y yo le dije mirálo trabajaste siendo enfermero, fuiste partero, no ahorraste tu dinero, echabas trago y no lo conservaste tu paga y yo no, donde voy ganando lo voy ahorrando. (Dice su esposo) Tú tenés tu placa ahorraste porque tú sos mujer, no sabés de echar trago, no tomás, ah si le digo no lo supiste ahorrar, es por eso que él no usa placas, pero ya se acabó todos sus dientes, pero ya tiene su edad, pero su papá que no toma tiene sus dientes bien, no los chingó como él, él bien que comía las palomitas, tronaba su boca cuando comía, parecía que estaban quebrando, tronazón de sus dientes (Ofelia, 63 años, partera).

Ofelia, ofrece la explicación del proceso de la movilidad dental que padeció:

Se llega a aflojar, o llega este como te dijera yo, porque hay veces que me lo miraba yo que medio se aflojaban un poquito, pero tardó mucho tiempo, es que cuando vivíamos feliz se come bien con mi esposo, pero cuando miraba yo que

estaba bolo (borracho) ya no lo comía yo bien, y ya no me ponía yo feliz, sino que me ponía yo a pensar y como es que voy a seguir con mis hijos, entonces con eso sentía que se me aflojaban los dientes del puente, pero no mucho sino tantito, digo yo que por pensar ya no comía, y cuando mi esposo vivíamos feliz que no tomaba trago y trabajábamos y ni pensar que se pasaba el día como si nada, entonces yo creo que del mismo pensamiento se aflojaban el puente (prótesis dental) hasta me bajó de peso, cuando tengo ese problema y cuando no me subo más, A veces ya no se iba a trabajar, empezaba el sábado, domingo, lunes y hasta el martes regresaba al trabajo y pensaba de cómo iba a mantener a mis hijos (Ofelia, 63 años, partera).

Es interesante notar cómo se asignan las preocupaciones como causas de que las prótesis fijas se empiece a aflojar, ya que como comentó la señora Ofelia, el tener que cuidar a toda la familia le provoca tensión y eso la induce a perder sus dientes. En el caso de Yaris, que no usaba prótesis dentales, además de dudar de su eficacia como tratamiento, no disponía de los recursos económicos para usarlas:

Creo que ya poniendo los dientes ya no es lo mismo a tener los propios dientes, pienso si será que es el mismo diente que tenemos cuando lo ponen o como será cuando ponen otro, quien sabe por qué digo yo que no vamos a mascarlos como con nuestros propios dientes, sino mal pues porque ya no son nuestros dientes, como es que va a agarrar fuerza si no es nuestro diente y no está

agarrado con raíces, creo que va a caer el diente otra vez porque va a quedar flojito pues, no creo que se va a prensar recio (Yaris, 32 años).

Después de las extracciones dentales, lo importante era cubrir los dientes faltantes, sobretodo si eran los de enfrente, ya que afectaba la estética y por tanto la autoestima: *El diente se pica por no cuidarlos ya después se manda a arreglar con postizos, aunque ya no queda bien, ya ni modos, es peor quedar chimuela (Esperanza, 36 años, 6 meses, 3er. Embarazo, San Cristóbal).*

Se ha dañado muchísimo, aparte que se les cae, y se ponen postizos sobre todo cuando es de enfrente porque se mira muy feo quedar chimuela. [...] Que te afecta pues pero imagino que tenemos que tener atención en la boca. [...] Ahorita ni hay dentista para ir, ya en un particular es muy caro y no tenemos, por eso venimos aquí (María 23 años).

Era una de que decía ay no, ¡no me vean mi ventanita! Y decía ya pónganmelo por favor y no tardé mucho tiempo así con la ventanita (Diente de enfrente), me pusieron luego mi puente fijo porque este ya es mi segundo puente, ya me lo cambiaron, este de arriba también me lo tuvieron que quitar porque me lo pusieron pero era un fijo de platino y eso hizo que el diente se picara más, ese metal no sirve, luego me molestó mucho y me lo tuvieron que quitar, ya la coronita estaba todo picado. Eso de los fijos a mi me trajeron mala suerte porque

se me picaron más los dientes, pero por ejemplo este movable que tengo ahorita está bien práctico, como, me lo quito y lo puedo limpiar bien, entonces no se queda la comida ahí, y siento que eso ha tenido sano a los dientes en los cuales se agarra. Pues, te digo que es mejor porque si no, le hubiera pasado lo de los otros dientes, yo creo que más bien todo depende del tipo de prótesis que te pongan, mis dientes empezaron a picarse a ponerse negros, en el momento que se me cayó la prótesis la fija, ahí vi que ya los dientes de al lado se habían puesto ya negros también, el fijo no sirve (Guadalupe, 26 años).

El dentista particular

La consulta con el dentista particular, mencionaron las mujeres ser de uso exclusivo para aquellas personas que pueden pagar un tratamiento. En este estudio, la mayoría de las entrevistadas son de escasos recursos por lo que les resulta inalcanzable ese servicio, por lo que ellas dijeron al respecto: *Es muy caro, apenas tenemos para la comida, y aquí ni atienden (Micaela, 26 años).*

Pues como vemos que son caros, dice el señor que nos cobra por los dientes de mi esposo los de enfrente 300 por cada uno, solo por rellenarlos, pero como le digo a mi esposo, de donde sacamos ese dinero, si del taxi que trabaja, solo gana unos 40-50 pesos, y eso del relleno dicen que dilata, pues quien sabe, como nunca lo hemos probado (Yaris, 32 años).

Las prioridades en la vida de las mujeres, son la de comida, ropa, vestido y vivienda. La boca se deja para otros momentos, aún cuando hay dolor, es difícil para las personas por los recursos económicos que representan, peor aún cuando vienen de alguna comunidad aledaña, en la que esperan que pase un tiempo hasta que llegan al hospital únicamente para una extracción dental.

Los conocimientos sobre la salud bucal y su atención se ven influenciados por una serie de factores socioculturales que, ligados al proceso general de salud-enfermedad determinan la búsqueda de atención dental y por tanto la salud bucal durante el embarazo. En este sentido, la familia y las redes sociales del individuo juegan un papel fundamental en la toma de decisiones respecto a quién acudir y en qué casos, así como el tratamiento elegido.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El modelo explicativo de padecimiento (illness) bajo esta visión es concebida como una experiencia construida socioculturalmente como un conjunto de experiencias asociada a la red de significados de la interacción social, como se ha mencionado, se trata de un estudio en un entorno multicultural, pues en su conjunto como ya hemos mencionado, se trata de un universo conformado por mujeres de diversas culturas, quiénes además, mezclan en sus representaciones, tanto creencias culturales propias como referentes biomédicos eventualmente reinterpretados.

Las mujeres embarazadas de los Altos de Chiapas, participantes en este estudio, tienen sus propios esquemas de percepciones y creencias, que explican las respuestas a los cambios y padecimientos bucales que se generan durante el embarazo. Aún reportado en estudios epidemiológicos una mayor susceptibilidad y frecuencia de padecimientos bucales durante el embarazo debido a cambios fisiológicos y hormonales propios del embarazo, encontramos en las mujeres entrevistadas, que las causas atribuidas a estos padecimientos explicados como procesos normales y pasajeros, dándose a conocer que ellas expresan una percepción muy diferente a la que adopta el profesional dental. Las caries y la gingivitis estuvieron muy asociadas a la falta de limpieza oral y dental; ya que varias de ellas mencionaron no practicarla por las náuseas y vómitos.

Específicamente y para prevención y tratamiento, las percepciones sobre los daños al feto por antibióticos y anestesia no permiten a las mujeres embarazadas recibir atención odontológica. Sin embargo, estas conductas de miedo hacia el tratamiento odontológico, no surgen durante el período del embarazo, sino que son una construcción cultural que inicia en el momento en que una persona acude únicamente para la extracción dental y que no tiene la cultura del cuidado bucal desde temprana edad porque no se fomenta como parte del cuidado de prevención rutinario. Los consultorios dentales ofrecen en su mayoría tratamientos curativos o mutilatorios exclusivamente, dejando a un lado los tratamientos preventivos y fomento del cuidado bucal.

La gingivitis, que en los casos estudiados se puede relacionar con abortos, constituye una de las alteraciones periodontales comúnmente identificadas en las mujeres embarazadas. Aunque no existe consenso general con relación a los factores que se consideran intervienen en su aparición; hay tendencia a conceptualizar que el embarazo por sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este periodo se relacionan con la presencia de la placa bacteriana y el nivel deficiente de higiene bucal, interviniendo los factores hormonales en respuesta a los irritantes locales.

De acuerdo a los reportes sobre enfermedades periodontales y gingivales durante el embarazo encontramos una frecuencia importante entre las mujeres embarazadas que acuden al hospital estudiado. Aunque no se trata de un estudio cuantitativo y por tanto representativo, la frecuencia de padecimientos bucales en las mujeres entrevistadas es bastante alta (más de un 90%). Se mencionó con frecuencia la idea de su incremento en el embarazo por la falta de calcio. Sin embargo, se ha demostrado que a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar que los requerimientos de este elemento están aumentados en el 33 % en comparación con mujeres no gestantes (González, 2001, Carranza, 2003, Regezi, 2000). Es obvio que la falta de

información tanto por parte del personal de salud dental como del hospitalario para dar a conocer sobre el calcio y otros nutrientes en este periodo tan importante de la mujer embarazada.

Esta investigación permitió vislumbrar una falta de seguimiento en el control prenatal integral, ya que de las mujeres entrevistadas, menos del 20% acudieron a la consulta; además no se encontraron antecedentes sobre información del autocuidado dental y prevención de padecimientos bucales durante el embarazo. La falta de una relación de mayor comunicación con el personal de salud, no permite a las mujeres tener apertura a resolver dudas sobre los daños de los padecimientos bucales, su atención y la relación con embarazo, y en el estudio a pesar de que la mayoría estaba en el último mes de embarazo, no había recibido tratamiento odontológicos por la creencia de afectar el desarrollo del feto. Esto puede agravar un padecimiento como la gingivitis y complicar con parto pretérmino y aborto. Además en muchos casos la falta de higiene bucal también complicó las caries, halitosis y acumulación de sarro.

En una situación de carencia nutritiva, es decir de una dieta balanceada y de acuerdo a los requerimientos del embarazo, como fue el caso de las mujeres participantes provenientes de un medio socioeconómico bajo, la falta de atención en las náuseas, vómitos y rechazos específicos a algunos alimentos es importante para evitar otras complicaciones, como bajo peso del feto y de la madre. Probablemente debido a que la investigación se centró en los padecimientos bucales y al aporte en hierro que se

proporciona en los servicios de salud, poco frecuente fue la mención en relación a la presencia de anemia, aunque el médico entrevistado mencionó que es una de las causas de problemas con la embarazada, ya que el déficit de hierro es uno de los estados carenciales más frecuentes durante esta etapa, que produce palidez de la mucosa bucal para la madre y afecta también al feto.

El análisis de los padecimientos bucales con categorías como la gravedad debido al sexo del feto, el embarazo como caliente, los daños al bebé por alimentos o medicamentos de la madre, las pérdidas dentarias como normalidades y la tolerancia de molestias y dolor por no alterar el desarrollo del feto, nos permitió acercarnos a otras explicaciones socioculturales que promueven otros procesos de búsqueda de atención y adherencia a los tratamientos odontológicos. La familia y en general la comunidad funciona como sujeto activo del proceso de sanar o enfermar, traspasando así las barreras individuales.

La comprensión de modelos explicativos y del papel de los factores socioculturales y su influencia en la experiencia de los padecimientos bucales de las mujeres embarazadas, se inserta también en un contexto de atención hospitalaria, que da cuenta de contradicciones entre las visiones del sistema de salud y de la cultura, que encontramos aquí como dos ámbitos diferenciados de un mismo problema, en algunos casos contrastantes.

Encontramos que las percepciones y creencias relacionadas al padecimiento bucal y embarazo, están muy dirigidas a la protección del feto, dejando en un segundo lugar las molestias sentidas por la madre. Las prácticas para la atención de estos padecimientos, también implicaron prácticas de riesgo para la salud, en contraposición a lo que ellas mismas esperan y con los conocimientos y prácticas médicas.

La atención odontológica durante el embarazo, se ve retardada y en ocasiones no se recibe, debido a temores sobre la afectación del bebé si se ingieren antibióticos, vitaminas, “alimentos muy calientes o muy fríos”. El uso de anestesia para la atención dental no se acepta; explican algunas mujeres que aún con la existencia y explicación médica de anestésicos no dañinos para el producto, prefieren no poner en riesgo al bebé. En este sentido este aspecto es de los que más claramente dejan ver la influencia de lo cultural en la manera como se construye el padecimiento y, cómo este factor media entre la enfermedad y la atención institucional.

En este estudio se observó a la boca como una entidad corporal que al ser vinculada a los sentidos, deviene en un protagonista plenamente vivencial de la experiencia del embarazo. No se trata ciertamente del tema de la salud bucal desde la visión odontológica/biomédica, pero sí de una experiencia que desde la perspectiva de las informantes marca el futuro, en muchos sentidos, la suerte del producto en gestación. Por otra parte, todo lo que ocurre con la boca, en una acepción más amplia; un medio a través del cual, transita de muchas formas la experiencia personal y social del embarazo.

El programa de atención a padecimientos bucales en el hospital prioriza la atención médica odontológica, en función de los indicadores y metas institucionales; sin tomar en cuenta la perspectiva de las mujeres embarazadas, sus problemáticas de acceso a los mismos servicios y en muchas ocasiones en contradicción con significados y valores que han construido a lo largo de la historia de los embarazos y atención en la comunidad. Por tanto, las complicaciones bucales durante el embarazo y el aborto por estas causas, se asumen como responsabilidad de las mujeres, quienes no son escuchadas y no se toman en cuenta al entablar la relación médico-paciente y el tratamiento indicado. En general, podemos decir que sin la visión de las afectadas, difícilmente se podrá incidir en la implementación de los programas de atención y autocuidado para la disminución de los padecimientos bucales de la población en edad reproductiva.

En las complicaciones de los padecimientos bucales, como el aborto principalmente en donde hay que reparar y proponer un mayor entendimiento y mejor abordaje para la prevención, que pudiera llevarse a cabo con el inicio de una mayor comunicación médico-paciente y promover programas permanentes de educación para el autocuidado. En este sentido, nuestros hallazgos en el modelo explicativo de los padecimientos bucales, pueden retomarse a otros grupos de edad y sexo, sobretodo en lugares de alta frecuencia de caries dental, donde las creencias sobre las caries e higiene oral no difieren (Tascon, 2005).

Estos hallazgos nos permiten, comprobar que la cultura tiene una relación indiscutible con los conceptos de padecimiento, apoyo social, alternativa médica y proceso de búsqueda de atención, lo que nos permitirá proponer algunos de los mecanismos de intervención en Promoción de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Annan BD, Nuamah K. 2005. Oral Pathologies seen in pregnant and non-pregnant women. *Ghana Medical Journal* 39(1):24-27.
2. Aine L, Backstrom M, Kuussela A. et al. 2000. Enamel defects in primary and permanent teeth of children born prematurely. *Journal Oral Pathology Medicine*; 29(8):403-409.
3. Carranza F, Newman M. 2003. *Periodontología Clínica* Editorial, Mc Graw-Hill Interamericana de México, 8ª. Edición. Pp.137-145.
4. González M. 2001. Cambios en la composición de la saliva de pacientes gestantes y no gestantes. *Perinatol. Reprod. Hum.* 15: 195-201.
5. Higashida B. 2001. *Odontología Preventiva. Caries dental y placa dentobacteriana.* Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Pp. 61-72.
6. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenerg RL, Hauth JC. 2001. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *Journal Dental Association*; 132(7):875-880.
7. Kleinman A. 1988. *The illness Narratives: suffering, healing & the human condition.* Basic Books, a Division of Harper Collins Publishers. USA. Capítulo 2 The personal and Social Meaning of Illness. Pp. 7-27.
8. Lief S, Boggess Ka, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, Et al. 2004. The oral conditions and pregnancy Study: Periodontal Status of a Cohort of Pregnant Women. *Journal Periodology*; 75(1):116-126.

9. Luengas Aguirre F. 2000. Tendencias en el desarrollo de la práctica odontológica en México. Al inicio de un nuevo milenio. Revista de México ADM, Vol. 57(1):12-18.
10. Mazariegos-Cuervo M, Vera-Hermosillo H, Velásquez-Monroy O, Cashat-Cruz M. 2004. Intervención de la Secretaría de Salud en salud bucal. Revista de México ADM LXI (2):70-77.
11. Méndez-Gonzalez J. Armesto W. 2008. Enfermedad periodontal y embarazo. Revista Habana de Ciencias Médicas. La Habana; 1:1-20.
12. Mercado-Martínez F. Robles S. Ramos H. et al. 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cad Sapude Pública, Rio de Janeiro, 15(1):179-186.
13. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA-SSA2-2006. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
14. Monteverde Coronel M, Delgado Ruíz J, Martín Martínez, Guzmán Félix C, Espejel Mejía M. 2002. Desmineralización-remineralización del esmalte dental. Revista de México ADM Noviembre- Diciembre, Vol. LXI (6):220-222.
15. Moreno EA, Xiong X. 2008. Prevalencia de enfermedad periodontal en primigestas en un Centro de Salud Urbano en Celaya, Guanajuato. Revista Asociación Dental Mexicana (ADM) LXV (1):13-19.
16. Programa de Acción: Salud Bucal 2001-2006 Secretaría de Salud (SSA) pp.7-45
17. Regezi S. Patología Bucal. 2000. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, Edición 2000. Pp.182-187.

18. Rodríguez Chala H, López Santana M. 2003. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Revista Cubana de Estomatología. Vol. 14(2):1-8
19. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Colección: Biblioteca de educación. Capítulo 1 y 2. Tradiciones y enfoques en la investigación cualitativa. Segunda edición: 1999. Ediciones ALJIBE. Pp. 23-59.
20. Romero T, Ruiz A, Molina R, Heredia W, Atencio R. 2000. Interleucina 10 sérica en preeclampsia. Rev Obstet Ginecol Venez. 60:165-167.
21. Ruíz León G, Gómez García R, Rodríguez Guerrero R, 2002. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. Revista de México ADM Vol. LIX Enero-Febrero (1):05-09.
22. Saldarriaga P, Sánchez H, Avendaño R. 2004. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín. Revista CES Vol. 17 No.2 Pp. 11-23.
23. Seow W, 1997. Effects of preterm birth on oral growth and development. Australia Dental Journal; 42(2):85-91.
24. The World Oral Health (WHO, en español OMS) Reporte 11 mayo 2006 [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_23 en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_23_en.pdf)
25. Yépez Zambrano M, Suancha López J, Riaño Rubiano M, Quijada Bonilla H, Villamizar Baéz M. 2000. Evaluación del proyecto “El club de la sonrisa feliz” un programa de intervención comunitaria en salud oral”. Fase 1. Hospital de Nazareth, localidad de Sumapaz, Bogotá, D.C. Octubre. Pp. 17-19.