



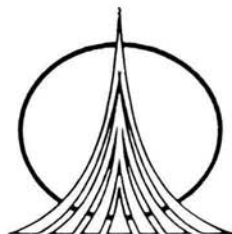
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

EL SABER POPULAR MATERNO ANTE EL HERPES SIMPLE
RECURRENTE, MOVILIDAD Y DOLOR DENTAL EN UN GRUPO
DE UNA COMUNIDAD DEL ESTADO DE MEXICO. EN UN
PERIODO DE AGOSTO 2002 A JULIO 2003

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
ALHELI MIRANDA CAMPOS
ALMA AURORA TOVAR RODRIGUEZ
DANIEL YAÑEZ VALDIVIA

DIRECTORA: C.D. MARIA SILVIA HERNANDEZ ZAVALA



Unidad en la Diversidad:
Zaragoza Frente al Siglo XXI

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

AGRADECIMIENTOS

A la C.D. María Silvia Hernández Zavala:

Por ser ante todo humana, por su calidad profesional que nos imprimió cada día que convivimos, por su interminable fuente de sabiduría que nos compartió, por el amor con el que lleva a cabo cada acción; por ser además: tutora, cómplice, madre y lo más importante "amiga".

Gracias.

A la memoria del C.D. Moisés Escárcega:

Un ser que se hizo presente a través de sus pensamientos y acciones; que supo elegir el lugar y el momento para darnos una obra genial; que nos han permitido que le recordemos eternamente.

Gracias.

A nuestro inseparable dúo C.D. Guadalupe Valdéz y C.D. Gabriela Sánchez:

Por su amistad incondicional, han sido parte importante en el desarrollo de nuestra última etapa de formación y proceso de este proyecto, además de partícipes de nuestras aventuras.

Gracias.

Al grupo de Promotoras Voluntarias y personal directivo del Jardín de Niños "Juan Rulfo", con quienes trabajamos y fuimos partícipes de su cotidianidad.

Gracias.

A nuestros profesores y sinodales:

Por sus enseñanzas, orientación, tiempo y dedicación.

Gracias.

Alhelí, Alma y Daniel.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

ALFONSO MIRANDA Y LOURDES CAMPOS

Por su interminable e incondicional amor y paciencia, por creer, por su apoyo, su confianza, por ser el pilar más importante en mi vida, por motivarme constantemente, estoy muy feliz y orgullosa de ustedes, no hay palabras para plasmar todo el amor y agradecimiento que tengo; seguiremos aprendiendo de los errores y juntos logrando éxitos. Los amo. GRACIAS

A MI HERMANO:

EDMUNDO MIRANDA

Por tu apoyo, ayuda y paciencia, por compartir una vida conmigo, por tu particular forma de ser, te quiero. GRACIAS

A MI FAMILIA:

Por el cariño que siempre me han manifestado y su confianza y apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y sobre todo en el proceso de mi formación como profesional, el sentimiento es mutuo. GRACIAS

A DANIEL YAÑEZ:

Por compartir el transcurso de nuestra formación universitaria, por la convivencia diaria, por tu apoyo, paciencia, confianza e invaluable amistad; ahora sigue lo más difícil de nuestras vidas, mucha suerte; te quiero. GRACIAS

A ALMA TOVAR:

Por ser parte de mí vida y amiga, por compartir cuatro años de periodos escolares y por superar juntas esta última etapa más ardua, te quiero. GRACIAS

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Por todo el afecto, lealtad, simpatía y confianza que han tenido para mí durante esta etapa de mi vida y lo que falta. Los quiero. GRACIAS

A C.D. SILVIA HERNÁNDEZ

Por el tiempo dedicado, por dirigir ésta tesis, por su inteligencia emocional, por su confianza, sabiduría y cariño, es un excelente ser humano. GRACIAS

A C.D. GABRIELA SÁNCHEZ Y GUADALUPE VALDÉZ:

Por ser piezas importantes durante la etapa final de mi formación profesional, por compartir sus conocimientos y apoyo durante el servicio social y para éste proyecto de investigación, no pude tener mejores "jefas", y además la ganancia de su amistad. GRACIAS

A MIS PROFESORES Y SINODALES:

Por la motivación, esfuerzo y aprendizaje constantes. GRACIAS

A todos los que han ayudado y aportado algo útil e importante en mi vida, y a los que olvide mencionar, ¡MUCHAS GRACIAS!, siempre formarán parte de mi alma.

ALHELÍ MIRANDA CAMPOS

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme realizar un sueño más.

Gracias.

A mi madre Zoila Rodríguez:

Por sus consejos, sus desvelos compartidos, por su infinita paciencia, por su esfuerzo, trabajo, dedicación, por impulsarme a no desfallecer y seguir adelante, por ser mi ejemplo, por la educación que me ha dado, producto impropio sino prolongación de tu ser; he aquí la culminación del fruto de tu inmenso amor.

Gracias.

A mi padre Juan Tovar:

Por su confianza, sus consejos, enseñanzas, comprensión y amor.

Gracias.

A mis hermanos Juan y Omar:

Por su incondicional apoyo y amor, por ser parte importante en mi realización, por sus regaños, consejos, por enseñarme a ver mis errores.

Gracias.

A mis tíos y familiares y a mi abuela Sebastiana:

Por tenerme presente en sus oraciones, por sus desvelos y preocupaciones.

Gracias.

A C.D. Silvia Hernández Zavala:

Por su inagotable energía que irradia a quienes la rodeamos, por sus palabras de aliento que siempre profesa, por tener una luz que se propaga e inextinguible y más allá de las fronteras, por ser nuestra asesora, maestra y amiga.

Gracias.

A Daniel y Alhelí:

Por ser grandes compañeros durante esta larga y ardua travesía; por enseñarme el valor de la comunicación, confianza, agradecimiento y el perdón, por ser unas excelentes personas con mucha calidad humana; no sólo por este logro compartido sino también por el camino recorrido.

GraCias.

A Gabriela Sánchez y Guadalupe Valdéz:

Por sus incontables experiencias, por su paciencia, por el tiempo que nos dedicaron hoy y siempre. Las quiero

GraCias

A Claudia, Dulce, Isabel, Lizbeth y Norma:

Por su amistad incondicional, por formar parte de mi desarrollo profesional y personal, por socorrerme en momentos difíciles y desesperantes, por ayudarme a levantar y hacerme ver las cosas de manera diferente, por compartir momentos agradables y otros no tanto, por estar aquí y aceptarme como soy sin condiciones.

GraCias.

A Iván:

Por ser una buena influencia, gran amigo, por el tiempo que me dedicó haciendo a un lado otras ocupaciones, por sus palabras de aliento, que además de apoyar me hacían reflexionar, por sus consejos y entrenamientos, por dejarme ser sin limitaciones.

GraCias.

A Isaac, Michel y demás compañeros y amigos con los que conviví, a Gustavo y Ricardo por darme la oportunidad de explorar otros ámbitos, por transmitirme su experiencia y conocimientos.

GraCias.

Alma Aurora Tovar Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por ser un pilar en mi vida y estar dispuestos a servir en todo momento, por su eterno amor con el que han hecho gran parte de lo que soy, realmente guías de este ser que les adora y admira por cada día que me han regalado; tratando de resumir por ser mis padres...

A mis hermanos:

Por compartir todas las experiencias que hemos vivido y ser un par de ángeles de compañía...

A mi familia:

Siempre han sido el complemento perfecto, por ser todos de la manera en que son y compartirme su vida, por entusiasmarse conmigo en cada etapa de mi vida, son muy especiales y los adoro...

A mis amigos Alhelí y Antonio:

Por soportar mi estilo de vida, por hacerme sentir su cariño y por su compañía que guardaré siempre...

GRACIAS.

DANIEL YÁÑEZ VALDIVIA

HONORABLE JURADO:
MTRA. Rosa Diana Hernández Palacios
C.D. María Silvia Hernández Zavala
MTRO. Eduardo Cortés Martínez
LIC. Alfredo de León Valdéz
C.D. Ma. Alba Solís Crespo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
OBJETIVOS.....	30
METODOLOGÍA.....	31
RECURSOS.....	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	71

INTRODUCCIÓN

El saber popular, son las ideas, y concepciones que la gente tiene acerca de las personas, las cosas, de la realidad y de los fenómenos sociales, que las hace un conjunto de pensamientos, creencias, sentires, fantasías, percepciones y vivencias que repercuten directamente en la identidad del individuo. Es el conocimiento del pueblo que se crea a partir de su cosmovisión para expresar su relación con su medio ambiente; en este caso se intenta identificar la aproximación a estos saberes ante el herpes simple recurrente, la movilidad y el dolor dental (orgánico y psicogénico), y sus acciones terapéuticas que establecen a partir de ellos, que se tienen al interior de las unidades domésticas de una comunidad de Chimalhuacán, Estado de México.

Además de que nos da la oportunidad de sensibilizarnos ante los procesos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitativos y terapéuticos que la gente utiliza como primera instancia diagnóstica antes de acudir a los servicios biomédicos.

Se realizó un trabajo descriptivo, observacional basado en metodología de investigación cualitativa, con el propósito de identificar los saberes maternos y su inserción ante el discurso biomédico en el área odontológica, durante la consulta buco-dental. Fueron destacados los recursos terapéuticos de uso más común en la ejecución de su trayectoria curativa en núcleos domésticos seleccionados del lugar.

El saber materno retoma “a su manera” algunos de los elementos en que fundamenta el Cirujano Dentista su diagnóstico y propuesta de tratamiento; sin embargo con esta información se transforma este diagnóstico y la secuencia del tratamiento de acuerdo a sus experiencias previas producto del capital cultural emanado del grupo poblacional al que pertenece.^{1, 2}

La identificación de la enfermedad bucal con respecto a las patologías antes mencionadas y la elección de los agentes terapéuticos específicos a utilizar en cada comunidad fueron abordados en este trabajo para lograr definir los elementos que un grupo de habitantes de Chimalhuacán Estado de México toman en cuenta para definir el diagnóstico de una boca enferma ante el herpes simple recurrente, movilidad y dolor dental.

Se aplicaron encuestas y entrevistas semi-estructuradas a una parte del grupo de Promotoras Voluntarias de Salud buco-dental participantes en el Jardín de niños “Juan Rulfo” de la comunidad de Chimalhuacán Estado de México con la intención de reconocer el saber materno con que cuentan a partir de su historia y experiencia de vida, y de la tradición oral transmitida en sus familias.

JUSTIFICACIÓN

La información de salud buco-dental que frecuentemente se brinda a la población a través de la ejecución de programas educativo-preventivos, dificulta la posibilidad de retroalimentar al odontólogo, debido a que el discurso vertido en los grupos populares objeto de intervención en materia educativo-preventiva y clínica no es el mismo al aprendido en la universidad, de carácter biomédico, no tomando en cuenta la cosmovisión específica de cada comunidad así como los grupos culturales que les han dado origen.

El propósito de nuestra retroalimentación acerca del saber popular en relación a nuestro aprendizaje disciplinario permitirá orientar las acciones de tratamiento del grupo en cuestión; a discernir y erradicar posibles efectos adversos, así como reacciones secundarias y/o consecuentes daños irreversibles.

De tal suerte que los conceptos biomédicos transmitidos no se apropian por los integrantes de la comunidad y solamente se reproducen verbalmente ante el proceso de evaluación ejecutado por el personal de salud, en la intención de "verificar" la integración del "conocimiento correctamente aprendido" producto de la educación formal en salud; es por eso que resulta indispensable identificar las creencias, concepciones, ideas, que la población elabora ante los procesos de enfermedad para intentar un mayor acercamiento y lograr que la formación en salud que pretendemos compartir sea transmitida y aplicada con un resultado práctico, eficaz y oportuno.

Por lo antes mencionado surgió el interés de conocer los saberes maternos para identificar su diagnóstico y trayectoria curativa ante las entidades clínicas ya mencionadas.

Como resultado de nuestra apreciación producto de la experiencia de trabajo comunitario que fuimos partícipes durante nuestro periodo de servicio social en la especialidad de Estomatología en Atención Primaria, primero en Temamatla y luego en Chimalhuacán, consideramos desde nuestra perspectiva que uno de los motivos por los que a la gente no le interesa que se realicen actividades sobre contenidos temáticos acerca de la prevención buco-dental, es que no reflejan su cotidianidad; como sucede en ocasiones en donde el dentista pretende impartir sus pláticas odontológicas con su propaganda comercial la cual no es parte del entorno social de ciertas comunidades en las que se aplican; ocasionando el desinterés de la población a quien se dirigen, repercutiendo en un desgano entendible del personal que ante estos discursos repetitivos, que no coinciden con el bagaje cultural que manejan, producto de su habitus disciplinario, no encuentran eco ni correspondencia en la población a la que se dirigen; dificultando el logro de las "metas" propuestas emanadas de instituciones educativas y de servicio en salud.

El reconocimiento de que las prácticas terapéuticas populares maternas se encuentran mediadas por una serie de creencias, concepciones, ideas, en que los actores sociales las elaboran y proyectan en su cotidianidad, es uno de los objetivos en los que se centra este trabajo.

En virtud que el herpes simple recurrente, la movilidad y el dolor dental (orgánico y psicogénico) son algunas de las principales enfermedades en la experiencia odontológica que nos ha referido nuestro proceso formativo como Cirujanos Dentistas; nos interesamos por la visualización y detección de formas que arrojen o aporten datos de ciertos accionares populares ante afecciones de salud buco-dental de las cuales es más difícil encontrar soluciones integrales ya que son procesos recidivantes y en muchas ocasiones no representan soluciones definitivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito biomédico y odontológico los saberes populares tienden a omitirse, no validarse y por lo tanto no aplicarse, lo cual nos impide explotar una fuente de información que puede ser valiosa para dar solución a la problemática de la salud de la comunidad.

Por lo cual surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la repercusión del saber popular materno ante el herpes simple recurrente, movilidad y dolor dental en un grupo de una comunidad del Estado de México?

MARCO TEÓRICO.

El abordaje de las instituciones de salud en cuanto a salud pública refiere un contenido educativo-preventivo institucional que no coincide con el bagaje cultural que maneja una población, ya que es único para todas las comunidades en donde se utiliza el mismo discurso, sin tomar en cuenta sus características. Como consecuencia el área odontológica no escapa a esta mecanización. Durante el proceso de investigación teórica de este trabajo identificamos la escasez de fuentes informativas a este respecto.

En nuestra apreciación el abordaje institucional ante los procesos de enfermedad buco-dentales que estudiamos en este trabajo puede ser una de las causas por las cuales las madres que formaron parte de nuestro ejercicio metodológico refirieron su preferencia de autodiagnóstico y uso de recursos de tratamientos populares como primera instancia; por lo que acostumbran y/o eligen utilizar primero alguna práctica de ellos conocida, ya que le dan más valor a sus "remedios caseros" que se han transmitido por generaciones o bien servirse de "recomendaciones de conocidos".¹

Según reportes del Sector Salud del Estado de México esta situación no es tan simple como creemos ya que puede ser en muchas ocasiones intervengan diversos factores como: la escasez de recursos económicos, priorización de necesidades personales y/o familiares, insuficiencia de servicios públicos de salud, mal servicio en instituciones públicas, insuficiencia de servicios de salud privados accesibles, dificultad de traslado y geográficas, limitaciones económicas y temporales de instituciones de salud en relación a su comunidad de residencia, dificultad de atención especializada de segundo y tercer nivel.³

De acuerdo con Duncan un factor importante que podemos agregar es el entender que la expresión del malestar o dolor, así como su respuesta para controlar y suprimir estos síntomas son diferentes en cada individuo, con respecto a su grupo social y cultural. ⁴

El conocimiento de las características socioculturales (nivel económico, educativo, religión, sexo, edad) son importantes, ya que influyen en el aprendizaje de una comunidad, para determinar su comportamiento y elaborar estrategias de prevención y tratamiento adecuadas a sus saberes populares.²

Las concepciones, significados, ideas, acerca del área odontológica (prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento) se van construyendo a través de su cosmovisión, del escenario doméstico y de las experiencias que en términos de salud se van incorporando a partir de las trayectorias curativas que cada componente experimenta.

El Saber Popular

El saber popular y el saber biomédico son dos conceptos que se encuentran presentes en toda medida de educación, prevención y atención clínica como una creación cultural.⁵

Estos saberes hacen que el hombre sea un poseedor de opiniones, de sentimientos y de una lógica que le permite entender e interpretar su cuerpo y todos los cambios como son la salud, la enfermedad, la vida, la muerte, mediante diferentes lógicas manejadas en los grupos sociales, por lo cual es fundamental aproximarnos a las concepciones que sobre salud y enfermedad oral tienen los pobladores de los sectores a los que deseemos acercarnos. ⁶

Nieva y Jácome plantean que el saber popular es inmediato, original, no pregunta por las causas, es efectivo y emotivo, pero con leyes originadas en los aciertos y en los fracasos de la cotidianidad, interpreta y organiza la experiencia de los sujetos y permite, a la vez, el reconocimiento de una colectividad en una misma noción de realidad, lo que nos dice que los individuos organizan sus concepciones de acuerdo al medio que los rodea, el saber es difuso, algo que no está tan claramente circunscrito, ubicado ni delimitado, inmerso en un sistema de signos, está presente aunque no esté validado científicamente; tiene formas de validación y circulación diferentes, generalmente por la tradición oral; el fracaso es fuente de saber, por lo que frecuentemente, lo que más se sabe, es lo que no se debe hacer.⁶

El saber popular proviene de simbologías del conglomerado poblacional adquirido y transmitido a través de sus redes sociales; por tanto sin reconocimiento en el que se exponen condiciones y terapéuticas populares a partir de su realidad; se identifica alrededor de las prácticas maternas como el más utilizado por las familias: el autodiagnóstico y consecuentemente la autoatención y de esta manera se analiza cómo se entrelaza con el discurso biomédico.¹

El antropólogo Menéndez habla de la importancia del saber popular respecto al proceso salud/enfermedad/atención ya que está caracterizado por un transcurso constante de modificación al igual que el saber biomédico, ya que hay permanente aprendizaje de conocimientos provenientes de diferentes fuentes.⁷

Los antropólogos De Miguel y Kenny se refieren a la existencia de una relación íntima entre los valores socioculturales como las concepciones a partir de las cuales una comunidad desarrolla e impone un tipo de conducta y las ideas sobre la salud, ya sean negativas o positivas, esto sugiere que el saber popular tiene implicaciones ante los aspectos biomédicos, que repercuten en la población.⁸

En relación al saber médico, Menéndez y Di Pardo comentan que es la construcción de conocimientos biomédicos institucionalizados a través de su aprendizaje formal en instituciones médicas, y debido a que en la práctica asistencial se convierte no sólo en una actividad científica, también está saturada de aspectos socioculturales, por lo que combina sus saberes hegemónicos con los provenientes de su historia de vida y las costumbres provenientes de su cotidianidad y técnicas obtenidas de su trabajo profesional.⁹

Nieva y Jácome lo conceptualizan como un saber sistematizado, compuesto de varias disciplinas o ciencias con procesos técnicos específicos que lo desarrollan y aplican, como en el caso de las profesiones médicas.⁶

Las autoras Nieva y Jacome citan a Martinic ya que especifica la existencia de un saber cotidiano y un saber elaborado. Considera el saber cotidiano como aquel que da cuenta de los conocimientos (manera de comprender y de interpretar) que cotidianamente resultan ser necesarios para un adecuado desenvolvimiento social; es el acervo de conocimientos que garantizan la reproducción y producción del mundo social al cual se pertenece, precede al sujeto en gran parte, existe con anterioridad y por ello es asumido como verdad, como certeza básica.

En el saber elaborado, los conocimientos en cambio descansan en una elaboración que trasciende lo necesario para la vida práctica; va más allá de lo que se interioriza como certeza pre-establecida; conocimiento que presenta un grado de sistematización cuyos principios y reglas aluden a metódicos sistemas de indagación.⁶

Debido a que la incidencia de enfermedad es un hecho cotidiano y recurrente, en consecuencia la comunidad construye significados sociales colectivos respecto a sus padecimientos.⁷

Nieva y Jácome proponen: *"la medicina y la odontología asumen hoy sus teorías como totalitarias o globalizantes: aquí no hay cabida para los 'saberes' construidos por las comunidades, los cuales son calificados como incompetentes, o insuficientemente elaborados, inferiores jerárquicamente a nivel de conocimiento o de la científicidad exigida"*, por lo cual consideramos oportuna la validación de los saberes populares que las comunidades elaboran de acuerdo a su cotidianidad, ya que nos plantea la posibilidad de apreciar, desde los sujetos una explicación a los diferentes aspectos que interactúan en el proceso salud/enfermedad/tratamiento, cómo los grupos sociales explican la enfermedad, cómo la previenen, cómo la curan, cómo se dan las prácticas entre los pobladores.⁶

El saber y la práctica materna.

El concepto de la cultura médico materna que incorpora Osorio refiere todo un conjunto de prácticas, conocimientos e ideologías que como producto de su trayectoria de vida, son reproducidas y transformadas por las mujeres en su rol de madres de familia, que aplican explícitamente en la atención y prevención de los padecimientos a fin de alcanzar y/o mantener condiciones de salud familiar.^{2,10}

Es importante señalar que nos referiremos como "cultura médica" para englobar toda la gama de saberes y prácticas sociales que los grupos y comunidades poseen y aplican, a partir de las propuestas institucionales de servicios de salud.

Así mismo la cultura médica incluye aquellos saberes que provienen y son reconocidos por el modelo médico científico construido desde las disciplinas biomédicas; por otro lado puede también incluir algunos saberes que se han señalado alternativos y subordinados adquiridos en otros ámbitos socioculturales no académicos ni formales bajo fundamentos propios de grupos culturales específicos: ideológico, filosófico e incluso religioso.

En sentido general es importante reconocer la existencia del saber médico, como las formas de entender y atender las enfermedades, incluyendo diferentes tipos de terapéuticas y no únicamente a la medicina oficial, circunstancia que se presenta en un porcentaje aún no definido por los servicios de salud.

Las prácticas maternas que reconocemos son las acciones realizadas en el núcleo familiar como primera forma de autoconocimiento, autodiagnóstico y autoatención; esta estrategia se considera como eje referencial regidor del rumbo a seguir por cada individuo del núcleo familiar; en gran parte de las comunidades indígenas nacionales la autoridad materna es la primera fuente de validación como función predeterminada, además de ser la autoridad que dirige el tratamiento y en la mayoría de estos casos decide si es necesario complementar o redirigir la trayectoria curativa integrando estrategias curativas que aumenten la solución eficaz del caso.

El bloque femenino se reconoce como el depositario de los saberes médicos en primera instancia dentro de los distintos grupos culturales mexicanos, son agentes terapéuticos socialmente reconocidos y anónimos de la medicina doméstica; a su vez constituye el primer ámbito de percepción y evaluación del daño a la salud y en general de los niveles de bienestar, por lo cual podemos decir que la unidad doméstica opera como un "primer nivel de atención".¹¹

Dependiendo del escenario social al que un individuo pertenece, es la manera en como percibe, entiende, clasifica, decide y aventura un tratamiento a sus enfermedades; esto va íntimamente ligado a las creencias, realidades de dicha población.¹²

La identificación de los saberes populares provenientes de los distintos grupos culturales, es muy importante, debido a que en la actualidad el papel materno es el pilar del núcleo familiar; dependiendo de sus concepciones, que pueden ser muy diferentes a nuestro enfoque biomédico; así partiendo de su identificación se facilita una estrategia de interacción con el debido respeto al capital cultural que le ha dado origen.

Así pues partiendo de la cosmovisión del actor social en su comunidad, se pueden realizar adecuaciones retomando sus saberes populares sin agredir su integridad social; respetando, afianzando, complementando el lugar que corresponde, permitiendo la comprensión desde nuestra visión científica hasta su concepción del proceso salud-enfermedad y en consecuencia la analogía de la terapéutica y el autotratamiento ejecutado.

El saber popular materno que se tiene acerca del proceso salud-enfermedad depende de la cosmovisión de cada individuo por lo cual las prácticas terapéuticas que utilizan se basan principalmente en su escenario social anterior y actual.

Es frecuente encontrar que las personas guardan en su memoria la experiencia de la enfermedad y que incluyen aspectos distintos a su contenido orgánico, por lo tanto su explicación y repercusión enfatiza más sobre los estados de ánimo, el comportamiento y la relación con los demás.¹³

Debido a la concepción general del proceso salud-enfermedad que tienen los actores sociales, encontramos en ésta relación, a las personas experimentando las afecciones bucales sin darles en la mayoría de los casos una significación de enfermedad, y por tanto atendiéndose de acuerdo a las tendencias y pautas maternas, cuando esta concepción no existe se asume como enfermedad sistémica y acuden al médico como último recurso si es que los resultados del tratamiento casero no permiten eliminar la enfermedad.

Menéndez al igual que Holland y Boltansky plantean la forma en que la gente escucha el discurso biomédico, manifestando al mismo tiempo sus dolencias, así como las de algún miembro de la familia, aplicando esta reflexión a nuestra investigación, las madres reconocen algunos términos, palabras que hayan escuchado antes, intentando incorporarlo a su propio discurso, lo resignifican y lo reintegran a su prole, sin modificarse la construcción y esquemas de su pensamiento, sus procesos de construcción mental, reproduciendo la explicación médica.^{1,14}

La importancia de dar cuenta de la información y datos de los que dispone el discurso odontológico, se ven a continuación en un esfuerzo por centrar los principales aportes, en relación a las tres entidades de que se dará respuesta en este trabajo: *herpes simple recurrente, movilidad y dolor dental (orgánico y psicogénico)*.

El reconocimiento de las prácticas sociales más comunes e importantes en el mantenimiento de la salud bucodental, en este caso el herpes simple recurrente, movilidad y dolor dental (orgánico y psicogénico) son el objetivo primordial de esta investigación para identificar con detalle a estas.

La importancia reportada con antelación desde la práctica popular prehispánica, tanto en México como en los países latinos a propósito del trabajo estomatológico, así como el actual producto de estudios culturales en poblaciones rurales, indígenas y semi urbanos no podría ser presentado aquí con la amplitud que quisiéramos, sin embargo, debido a que los principales lectores serán Cirujanos Dentistas, si serán incluidos los principales aportes de la literatura biomédica para cada una de las tres alteraciones que incluye nuestro trabajo.

Podemos mencionar que en algunas comunidades de Zacatecas utilizan la *Jatropha Dioica*, de nombre popular Sangre de Drago para curar la movilidad dental; este es un ejemplo en donde se ha comprobado la funcionalidad y eficacia de esta planta; sería importante contar con un mayor número de investigaciones con este propósito dentro de nuestro enfoque odontológico, afianzando y complementando información que revele su actuación ante la movilidad dental, de esta manera con su aportación se intenta transformar la visión odontológica que permitiría proponer el carácter educativo-preventivo y curativo.^{6,13}

Miguel y Kenny proponen que el hecho que la comunidad reconozca recursos de tratamiento caseros, alternativos, diferentes a los usados por la medicina alópata, no les impedirá, asegurándose por partida doble asistiendo a consulta con un profesional de la salud, al mismo tiempo que hecha mano de sus "remedios populares".⁸

Herpes simple recurrente

El herpes simple es una enfermedad viral autolimitable y autocurable, no deja inmunidad, es común en piel y mucosas. Se clasifica en: Tipo I de la mitad del cuerpo hacia arriba, el 35-40% sufren recurrencias de este tipo de afección presentándose en 95% de los casos en labios y encías y Tipo II de la mitad del cuerpo hacia abajo; se presenta tanto en hombres como mujeres y su principal causa es la disminución de defensas inmunológicas, la infección por este virus herpes simple tipo I (VHS-I) es frecuente; su transmisión es a través de contacto muco-cutáneo directo con las secreciones infectadas, siendo la mucosa bucal la vía más común.^{15,16}

El virus penetra por las terminaciones de los nervios sensitivos y migra hacia los ganglios sensitivos, donde permanece y puede reactivarse causando enfermedad recurrente; la reactivación es un proceso en el que el virus latente en los ganglios se torna activo y migra a la piel y mucosas por las fibras nerviosas correspondientes.

La enfermedad recurrente ocurre cuando la producción viral supera a la reacción inmunitaria local y se presentan manifestaciones clínicas; el mayor porcentaje de recurrencias ocurren en labios o encías; los eventos desencadenantes pueden ser tan diversos como los de un traumatismo a pesar de haber reacciones inmunológicas normales: estrés, inmunosupresión, calor o exposición a luz solar.

15,17

El contacto inicial del virus o **infección primaria** (gingivostomatitis herpética primaria) se caracteriza por manifestaciones clínicas dependientes del sitio infectado y grado de replicación viral; se limita a la mucosa queratinizada unida al periostio como *encía insertada* y *paladar duro*, incluyendo síntomas como molestias menores, aspecto desagradable y aumento de volumen de ganglios linfáticos regionales; las lesiones remiten entre cinco y diez días, los síntomas son malestar general, fiebre, dolor en el sitio de infección, prurito y linfadenopatía regional seguida por una erupción vesículo-ulcerativa muy dolorosa en la mucosa bucal y tejidos periorales.

Las lesiones bucales aparecen como numerosas vesículas intraepiteliales de uno a dos milímetros de diámetro, las cuales se rompen rápido, dejan zonas de ulceración con bordes eritematosos que pueden alcanzar gran tamaño por coalescencia, donde forman costras hemorrágicas y tienden a ser más abundantes en encía, lengua y labios, aunque cualquier zona puede verse afectada, causando incapacidad para la alimentación; la replicación viral continua durante un promedio de doce días, posterior a dicho periodo la mayoría de los pacientes se recupera de manera espontánea; las lesiones pueden propagarse

muy fácilmente de una persona a otra por contacto directo o la saliva de una persona infectada.¹⁵⁻¹⁸

El herpes simple recurrente es la **infección secundaria** repetida en el mismo sitio inervado por un nervio ya infectado, siendo los episodios de menor duración e intensidad que los brotes primarios y el borde bermellón de los labios el lugar más notable; con frecuencia existe una fase prodrómica, doce a cuarenta y ocho horas antes del brote, consistente en: cosquilleo, palpitación, prurito o ardor, posterior a la cual aparecen vesículas pequeñas que contienen líquido seroso, mismas que revientan dejando una lesión ulcerosa a veces con escara y delimitada por un halo rojizo, que en ocasiones se extiende a la piel peribucal; estas úlceras con el tiempo son recubiertas por costras, tienen una duración aproximada de dos semanas y sanan sin dejar cicatriz.¹⁵⁻¹⁸

En algunos pacientes factores desencadenantes como: la exposición a luz ultravioleta, enfermedades autoinmunes, fatiga, fiebre, algunos alimentos, deshidratación, frío intenso, trastornos hormonales, infección, embarazo, traumas y tensión emocional causan la reactivación viral, su migración hacia la superficie del epitelio bucal y la consiguiente aparición de infección recurrente o secundaria; no es común encontrar infección recurrente intraoral, pero cuando ocurre se presenta en mucosa del paladar duro y encía.¹⁶⁻¹⁸

El diagnóstico diferencial incluye gingivitis ulcerosa necrosante, faringitis estreptocócica, herpangina, infección por virus varicela-zoster, mononucleosis infecciosa, influenza y eritema multiforme. El diagnóstico de las lesiones herpéticas recurrentes requiere de un examen exploratorio minucioso, aunado a un buen historial clínico, determinación de la zona de afectación, estado de recurrencia. Como auxiliares de diagnóstico se cuenta con procedimientos de laboratorio como aislamiento viral, identificación de antígenos, ensayo de anticuerpos séricos, observación histológica, microscopía electrónica y

preparaciones citológicas, de los cuales, los dos primeros métodos son los más adecuados; y la muestra se toma de las úlceras y no de las vesículas.

El tratamiento en la mayoría de los pacientes es paliativo y de apoyo. Son importantes el reposo absoluto, aislamiento, hidratación y nutrición adecuados, para limitar la transmisión, propiciar la cicatrización y evitar complicaciones; para tratar el dolor se utiliza en forma local leche de magnesia, diclonina y lidocaína oleosa, se pueden usar analgésicos de acción sistémica como antiinflamatorios no esteroideos o acetaminofén, anestésicos tópicos; las lesiones labiales recurrentes se tratan con la aplicación tópica de antivirales como aciclovir en lesiones labiales tempranas ya que disminuyen la lesión mediante la inhibición de la replicación viral que produce disminución de los síntomas y acortamiento de la duración. Sin embargo, el medicamento no impide el establecimiento de la latencia ni erradica la infección.^{15, 16,18}

Se sugiere tomar vitamina C durante el período prodrómico, controlar el estrés, evitar las comidas calientes o condimentadas, realizar dieta blanda y adecuada hidratación, también enjuagues antisépticos suaves y evitar manipular las lesiones por el riesgo de diseminación a otras áreas, además de lavarse muy bien las manos y los utensilios, evitar dar besos hasta que las lesiones hayan curado, uso de bloqueador solar con un factor de protección de 15 (SPF 15), aplicar hielo en el área afectada.¹⁶⁻¹⁹

En lesiones de herpes simple recurrente es importante instituir una buena higiene bucal a base de enjuagues frecuentes con agua tibia y agua oxigenada y el cepillado dental con un cepillo extra suave, promover la ingestión de líquidos fríos en abundancia y una dieta blanda (helados, gelatina), evitar comidas calientes o condimentadas.¹⁵⁻¹⁷

Estos padecimientos han existido desde hace tiempo y hay diversos métodos para combatirlos. A continuación se mencionan algunos que consisten principalmente en la utilización de plantas o hierbas medicinales:

Los mayas consideraban a las enfermedades de origen natural o sobrenatural; las primeras tratadas mediante el conocimiento empírico y el uso de plantas, y las segundas causadas por “malos vientos” enviadas por enemigos, se trataban por medio de la práctica de la hechicería; para los mayas, la dentadura sana tenía un gran valor, por ejemplo en el *Popol Vuh* se encuentran varias citas; respecto a las enfermedades bucales, estas eran tratadas con hierbas o plantas medicinales; ya Fray Bernardino de Sahagún escribe que los indígenas “empleaban las hierbas medicinales en tratamientos de padecimientos de dientes, encías y la higiene bucal”, y la halitosis; en el caso de úlceras bucales o sangrado de encía, enjuagarse con infusión de la corteza del árbol o raíz de *maak*.¹⁹⁻²⁰

En las ocho recetas y tratamientos estomatológicos que contiene el Códice de la Cruz-Badiano tienen indicaciones precisas así como un seguimiento, cuando el caso lo refiere; el resto de las recetas dirigidas a la práctica estomatológica están siendo analizadas para comprender los conceptos terapéuticos del México prehispánico con la medicina hipocrático-galénica traída por los españoles y que dió como resultado la medicina mexicana mestiza que predominó en la época colonial y que hasta nuestros días se encuentra en algunas comunidades alejadas de las zonas urbanas, y que difícilmente comprendemos en nuestra vida cotidiana.
20-21

La movilidad dental

Los dientes tienen una movilidad fisiológica que les permite resistir las fuerzas ocasionadas por la oclusión; la movilidad dental varía de acuerdo a sexo, edad, diente, embarazo (causas hormonales) y hora del día; en los casos con exagerada movilidad, diagnosticada como patológica debido a la pérdida progresiva del aparato de inserción periodontal, aumento de la función sobre el diente, al igual

que los cambios inflamatorios del ligamento periodontal con pérdida mínima de la inserción.²²⁻²³

La movilidad dentaria clínicamente, se expresa en función de la amplitud del desplazamiento de la corona dentaria; ésta se evalúa aplicando una cierta fuerza a la corona y determinando la distancia que la corona puede ser desplazada en dirección vestibular o lingual o en ambas; según los autores revisados para el desarrollo de este trabajo coinciden en la homogénea determinación de una clasificación de movilidad dental en tres grados o clases y tan solo cambian los indicadores que utilizan cada uno con interpretaciones diferentes que conllevan a los mismos resultados.²³⁻²⁴

También puede ser medida mediante el uso de aparatos especiales como *el periodontómetro* inventado por Mühlemann o *el periotest* inventado por Schulte, que en nuestra apreciación son herramientas de diagnóstico a las que la población no tiene acceso.^{22,24}

Identificamos durante la revisión bibliográfica a las parodontopatías como la principal determinante etiológica de la movilidad dental, reconociendo que no se trata del único factor desencadenante de movilidad dental; por lo que contextualizaremos los aspectos periodontales y otros factores causales:

- Parodontopatías
- Movimientos ortodónticos agresivos
- Desequilibrio oclusal (sobrecarga e interferencia, bruxismo nocturno o hábito como morder objetos duros)
- Traumatismo dental
- Reposiciones dentales (prótesis dentales mal ajustadas)^{22-23,25-26}

PARODONTOPATÍAS

El término de enfermedad periodontal es inespecífico e incluye un variado número de padecimientos que afectan a los tejidos gingivales, a los tejidos conectivos parodontales y el hueso de soporte; los trastornos patológicos que afectan los tejidos parodontales pueden presentar varias manifestaciones clínicas, dependiendo de su naturaleza, etiología y extensión.

La clasificación de enfermedad periodontal, según la Asociación Americana de Periodoncia y la Federación Europea de Periodoncia, publicada en 1999:

- Enfermedad gingival
 - Inducida por la placa dental
 - No inducida por la placa dental
- Periodontitis crónica
 - Localizada.
 - Generalizada (afectación de más del 30% de las localizaciones).
- Periodontitis agresiva*
 - Localizada
 - Generalizada (afectación de más del 30% de los lugares)
- Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas
 - Hematológicas, genéticas y otras
- Enfermedades periodontales necrotizantes
 - Gingivitis ulcerativa necrotizante
 - Periodontitis

- Abscesos del periodonto
 - Gingival
 - Periodontal
 - Pericoronal
- Enfermedades periodontales asociadas a lesiones endodónticas (combinadas)

Deformidades y trastornos del desarrollo o adquiridas (incluyendo traumatismo)

Se pueden subclasificar basándose en la extensión y gravedad; la 'periodontitis crónica' reemplazó a la 'periodontitis del adulto'.

* El término periodontitis agresiva sustituyó a periodontitis 'de comienzo temprano', 'destruictiva', y 'juvenil'.²⁷

La etiología de las parodontopatías genéricamente puede ser clasificada en factores de riesgo generales como: edad, sexo, raza, nivel educacional y socioeconómico; factores sistémicos como: dieta, discrasias sanguíneas, alergias, drogas, radiación, factores psicogénicos y factores locales como: depósitos sobre los dientes, irritantes mecánicos, factores iatrogénicos, impacto de alimentos, falta de estímulo gingival, hábitos oclusales anormales, mal uso de cepillo dentario, anatomía anormal, factores microbianos, irritantes químicos.^{26,28}

La determinación de un diagnóstico de enfermedad periodontal requiere el reconocimiento de anomalías para emitir un juicio a través del estudio y la práctica constante; este diagnóstico debe efectuarse recordando que la boca, el parodonto y cada diente forman parte integral del individuo, en íntima relación con el resto del organismo; por tanto requiere de la integración de diversos auxiliares diagnósticos como: historial clínico, exploración clínica minuciosa, examen parodontal, examen oclusal, estudio radiográfico completo, modelos de estudio entre otros.^{26,27}

El tratamiento de las parodontopatías como toda la terapéutica se divide en tres pasos: 1. eliminación de factores etiológicos de la enfermedad, 2. corrección de

secuelas producidas por la enfermedad y 3. mantenimiento y elevación del estado de salud

El pronóstico está íntimamente ligado al diagnóstico de manera que hay ocasiones en que basta mencionar este último para determinar el primero.

Debemos estar claros en que la primera medida de tratamiento ante la movilidad dental es la determinación de la causa; una vez determinado el por qué de la movilidad dental se puede proceder a elegir un tratamiento adecuado a las necesidades individuales de cada caso.

Algunos de los tratamientos clínicos de mayor utilización en la odontología ante la movilidad dental son: cuidado de tejido blando dañado²³, el raspado, curetaje y alisado radicular, tratamientos quirúrgicos, ajuste de oclusión, férulas temporales,²⁷ colocación de prótesis adecuadas¹³ según las necesidades del paciente para lograr la estabilidad periodontal, aumento de nivel óseo mediante injertos de hidroxiapatita, o el uso de hueso mineral desproteinizado de bovino (Bio- Oss),^{29,30} láser, guardas oclusales, ortodoncia y férulas, extracciones estratégicas y desgaste selectivo;²³ medicamentos como Ledermil, hidróxido de calcio, y calcitonina.²⁴

En algunos estados de la república como Zacatecas, Guanajuato, Coahuila, Hidalgo, San Luis Potosí la gente utiliza la planta de *Jatropha dioica*, cuando hay movilidad dental.¹³

Como en comunidades del sur del país se utiliza la tierra ácida, hojas y corteza del xoxopatzín, líquido del yamancapatlí y alumbre para afirmar los dientes. Tacamahaco en buches y fricción en encías; fruta de burro restregado en encía; guayabito arrayán en buches; preparación de limonero aplicado con algodón en zona afectada; romero en buches; sangre de drago en buches.^{31,32}

La odontalgia.

Después de revisar diversos acercamientos hacia una definición de dolor nos parece certera la intención de identificar como tal a una senso-percepción, comúnmente de una tonalidad afectiva desagradable que incorpora elementos de experiencia individual y evoca una emoción no placentera; de acuerdo con la Association for the Study of Pain (IASP) el dolor es "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular" y lo clasifica como:

- *Dolor agudo*: señala la necesidad de investigar la posible enfermedad física, provoca alarma, irritabilidad y otros cambios emocionales (ansiedad)
- *Dolor crónico*: causado por persistencia del estímulo, enfermedad o condiciones fisiopatológicas, psicológicas y conductuales (depresión)
- *Dolor somático*: provocado por un estímulo potencialmente dañino originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central
- *Dolor neuropático*: resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales
- *Dolor psicogénico*: cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular verbalmente o a través de su comportamiento ^{33,34}

El dolor es uno de los síntomas mas comúnmente experimentados en las patologías bucodentales por lo que representa una gran preocupación para el Cirujano Dentista; a menudo se le denomina como un mecanismo protector, ya que se manifiesta cuando un cambio ocurre causando daños en los tejidos sensibles. ³⁵

En la actualidad existen dos teorías acerca del dolor: la **teoría orgánica** o modelo patológico, que propone que el origen del dolor es el daño tisular o la patología orgánica, el cual cesa con la eliminación del agente causal; y la **teoría del control** o del modelo de Melzack y Wall, que explica la relación que existe entre los

factores psicológicos y fisiológicos en la percepción del dolor, debido a que los mecanismos fisiológicos no se establecen con exactitud este modelo teórico se considera controversial pero su importancia radica en la implicación que tiene el manejo y control del dolor.³⁵

La percepción y reacción al dolor varían de acuerdo al umbral, estados emocionales, edad, sexo, características culturales y raciales, fatiga, temor y aprensión.³⁵

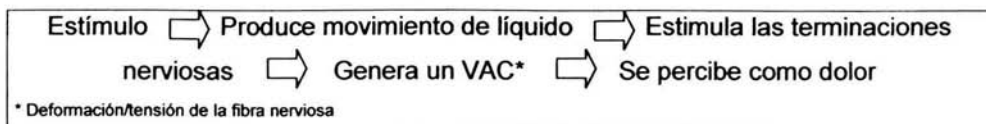
El diente es considerado uno de los pocos órganos de nuestro cuerpo que posee una población de nociceptores no contaminados con otras modalidades sensoriales como tacto ni temperatura, que se encuentran situados en la dentina y en la pulpa, la cual está inervada por fibras tipo A-delta y C.^{36,37}

El dolor dental como una experiencia individual no compartible se percibe de diferente manera dependiendo de la persona afectada; en la cara y en la boca existe una gran sensibilidad al dolor ya sea de tipo orgánico o psicogénico; es uno de los síntomas más molestos que sufre el ser humano y es la causa más frecuente por la que los pacientes acuden a la clínica dental; no debemos asumir que todas las odontalgias son de origen pulpar o periodontal ya que la modulación del dolor puede confundir el sitio del origen.³⁸

De acuerdo a lo reportado por la Asociación Internacional del Estudio del Dolor, el dolor dental demanda suma importancia en su reconocimiento, determinación de causa, manejo y tratamiento.³⁸

Identificamos la existencia de diversas teorías del dolor dental orgánico (Teoría del transductor, Teoría de las terminaciones nerviosas directas) y de acuerdo con la teoría hidrodinámica que es la de mayor aceptación, que explica el movimiento del líquido tisular existente dentro de los túbulos dentinarios es detectado por las

terminaciones nerviosas interpretado como dolor representado en el siguiente diagrama:^{36,39}



Las características de una odontalgia orgánica son variadas, desde un dolor agudo y sostenido, irradiado a la cara, occipucio y cráneo, inflamación pulpar; hasta otro difuso, sordo, localizado en mandíbula o maxilar.

El odontólogo se enfrenta diariamente con este padecimiento, y es por ello que resulta importante entender la relación con el diagnóstico y conocer sus características como: localización, extensión, cualidad, intensidad, duración, ritmo, irradiación, propagación; así como los signos que lo acompañan (fiebre, edema, rubor).

Desde el punto de vista etiológico, el dolor orgánico puede producirse por los siguientes estímulos: cambios de temperatura (calor/frío), inflamación, procesos cariosos, alteraciones pulpares, parodontopatías, lesiones iatrogénicas, sustancias químicas, interferencias mecánicas, desgaste oclusal (bruxismo), migraña, neuralgia, trastornos emocionales, cefalea emocional.^{36, 37, 39, 40}

Algunas de las patologías más frecuentes que causan odontalgia orgánica pueden agruparse en:

1. Caries dental
2. Enfermedades de las encías
3. Enfermedades de la pulpa y la raíz del diente
4. Dolor postoperatorio

Es importante determinar diferencias entre el dolor orgánico y psicogénico debido a la presencia de diferencias funcionales clínicas, ésta diferenciación requiere un minucioso examen físico y psicológico; si no se encuentra alguna enfermedad física, esto no prueba que la causa sea psiquiátrica; si se diagnostica un padecimiento psiquiátrico, todavía tiene que demostrarse que el dolor es explicable en términos de dicha enfermedad, algunas indicaciones que pueden ser útiles para hacer la distinción son:

- El dolor psicogénico afecta una o más regiones y no tiene características segmentarias
- Frecuentemente afecta la cabeza, tronco, espalda baja, miembros y genitales
- El dolor psicogénico tiende a ser continuo por largos lapsos durante el día con algunas fluctuaciones, pero sin variaciones abruptas
- Dolor psicogénico relacionado con factores emocionales
- Casi nunca despierta al paciente de su sueño pero puede impedirle que se duerma o aparece después de despertar
- Responde mal a los analgésicos y mucho mejor al tratamiento psiquiátrico
- Tipo de respuesta ante anestésicos locales contra placebo en inyecciones puede determinar el tipo de dolor

En el área odontológica se utilizan varios métodos para aliviar el dolor del paciente, estos se denominan control del dolor; como afirma Bennett existen cinco métodos de control del dolor:

1. Eliminación de la causa (operatoria dental, tratamientos quirúrgicos)
2. Métodos psicósomáticos (instrucciones verbales, hipnosis, técnicas de relajación, métodos de distracción)
3. Empleo de fármacos (agentes anestésicos tópicos y locales)
4. Elevación del umbral de reacción al dolor (fármacos con propiedades analgésicas)
5. Depresión del sistema nervioso central (anestesia general)⁴³⁻⁴⁶

Adicionalmente hemos encontrado que como remedios de uso popular en nuestro país se han utilizado durante muchos años: el árnica en infusión o fomentos calientes tópicos; caléndula en infusión, gárgaras; clavo que puede usarse directo en zona de dolor, tintura; polvo de encino; menta con alcohol; orégano preparado y en reposo: infusión de siempreviva; tomillo aplicado en buches; almidón con aguardiente aplicado en buches, jugo de calcedonia, corteza de cedro tópico; preparación de coclearia en buches.³²

Metodología Cualitativa

Los datos obtenidos a través de herramientas metodológicas propias de la investigación cualitativa para los profesionales de la salud ayudan a tener un panorama informativo acerca del saber popular de la comunidad a la que abordamos; debido a que ésta explora las experiencias de la gente en su vida cotidiana, estudio fenomenológico de la vida social, es la investigación de tipo inductivo que produce datos descriptivos como son las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.⁴¹

Los métodos o aproximaciones que pueden ser usados para recolectar y analizar datos, la elección de estos depende del fin de la investigación; en la indagación cualitativa los principales métodos usados son: *la fenomenología*, *la teoría fundamentada* y *la etnografía*, siendo ésta última, la elegida para el desarrollo del presente trabajo, la cual consiste en el estudio de grupos específicos de personas, introduciéndose al escenario de grupo para aprender acerca de la cultura de alguno o algunos datos concretos de este.

Los etnógrafos usan un conjunto de estrategias de recolección de datos que incluye la observación participante, entrevistas y notas de campo, y se pueden usar varias fuentes de datos como el video, los documentos, diarios, artefactos

culturales significativos, entre otros objetos característicos de la comunidad estudiada; lo que da como resultado una descripción de la naturaleza de un fenómeno.⁴²

Taylor se refiere a la metodología cualitativa etnográfica como un proceso de darle primordial importancia a los significados sociales que las personas asignan al mundo que los rodea, comenta que los actores sociales asignan acepciones a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación del mundo que los rodea, que está en constante aplicación por cada individuo, la etnografía se adecua perfectamente a ésta perspectiva y consiste en examinar los modos en que las personas aplican reglas culturales indeterminadas y percepciones de sentido común a situaciones concretas, para que las acciones aparezcan como rutinarias, explicables y carentes de ambigüedad.⁴¹

La observación participante es una estrategia fundamental dentro de la etnografía para reunir datos, se basa en la inmersión del investigador en un espacio elegido por un período de tiempo para obtener una perspectiva interna del escenario o la cultura del grupo, así se adquiere la información a través de la experiencia personal al observar todo por completo; se identifican cuatro tipos de observación participante: 1. el observador completo (observa situación sin interactuar con las actividades diarias), 2. el observador como participante (primordialmente observará la situación pero estará involucrado en la actividad en un segundo plano), 3. el participante como observador (completamente involucrado en las actividades cotidianas, continuando con sus observaciones), 4. el participante completo (estará completamente inmerso en el escenario reconocido como investigador), en el transcurso de la investigación se realizó observador como participante.⁴²

La realización de la observación participante recomienda el registro de notas de campo que deberán ser completas, precisas y detalladas, se deben de tomar después de cada observación y contacto con los informantes, debido a que son la materia prima de ésta, ya que describe lo que ocurre en el escenario donde se desarrolla el proceso de investigación. ⁴¹

La entrevista cualitativa genera la oportunidad para comprender los puntos de vista de los participantes en la investigación, descritos en sus propias palabras, ésta puede ser una aproximación no estructurada y una semi-estructurada; se utilizó para esta indagación la entrevista semi-estructurada, que consiste en un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico, se enfoca sobre una serie de preguntas, se usa cuando el investigador sabe algo acerca del área de interés y se obtienen respuestas libres; la guía de entrevista es un listado general de preguntas preparadas por el investigador para mantener el foco de la discusión sobre el tópico, y tendrá el tono de una conversación privada y confidencial. ^{41,42}

El establecimiento del nivel de rapport consiste en determinar quién puede darme la mayor y mejor información acerca del tópico a tratar, se refiere a la comunicación de la simpatía que se siente por los informantes y lograr que ellos la acepten como sincera, para que las personas manifiesten sus sentimientos respecto del tema que se pretende abordar, a través de compartir el mundo simbólico de los informantes, su lenguaje y sus perspectivas, los cuales pueden aumentar o disminuir durante el curso del trabajo de investigación y en ocasiones no se logra establecer un verdadero rapport con las personas. ^{41,42}

Utilizamos estos auxiliares metodológicos como elementos de partida en la interacción de retroalimentación con la comunidad; lo que pretendíamos es que la gente nos compartiera los elementos de información que forman parte de su grupo, que se tornarán útiles en la prestación de cualquier servicio de la práctica odontológica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los saberes maternos ante el herpes simple recurrente, la movilidad y el dolor dental en una comunidad de Chimalhuacán Estado de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los saberes maternos y familiares ante la movilidad dental, herpes simple recurrente y dolor dental.
- Reconocer los elementos de autodiagnóstico materno ante estos cuadros clínicos.
- Determinar los recursos terapéuticos de autoatención y primera elección ante los cuadros clínicos en cuestión y sus niveles de eficacia simbólica y terapéutica reportados por las mujeres del grupo de estudio.
- Mostrar las diferentes trayectorias curativas a que se puede dar curso, cuando la eficacia que se presenta no es la esperada.

METODOLOGÍA.

- Se desarrolló una investigación de tipo cualitativa con metodología de etnografía, descriptiva con observación participante, mediante la aplicación de estrategia de recolección de datos de entrevista semi-estructurada a profundidad; recopilando los testimonios a través de audio y video grabación, así como notas de campo, obtenidas por fuente directa de las informantes.
- Se realizó la selección de siete informantes de acuerdo a la posibilidad de participación y disposición de las mismas identificadas correspondiente al nivel de rapport ante nuestra solicitud de información.
- El universo de estudio en quién se desarrolló la entrevista semi-estructurada a profundidad corresponde a un grupo de siete madres de alumnos inscritos en el plantel, cuyas edades oscilan entre los 27-52 años de edad, que integran el grupo de Promotoras Voluntarias de Salud del Jardín de Niños Juan Rulfo; a cargo de los alumnos de la Especialización en Estomatología en Atención Primaria.
- El taller de capacitación de Promotoras Voluntarias de Salud en este Jardín de Niños fue considerado como el escenario de donde surgieron los datos de este trabajo a través del desarrollo y aplicación de entrevista, según guía de entrevista anexa, en el marco de las alteraciones bucales: herpes simple recurrente, movilidad dental y odontalgia.

- Las notas del cuaderno de campo permitieron acotar la información etnográfica emanada de las entrevistas con las madres de familia.
- Los testimonios maternos que se recuperaron en la entrevista (guía de entrevista anexa) fueron analizados de manera que sea posible establecer su saber materno.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

- Tres Pasantes de la carrera de Cirujano Dentista
- Directora de tesis

RECURSOS FISICOS:

- Cubículos de reunión semanal del Jardín de Niños Juan Rulfo en Chimalhuacán Estado de México
- Domicilios de las informantes

RECURSOS MATERIALES:

- 14 Formatos de entrevista a profundidad.
- Tres grabadoras tipo reportero.
- 18 audio cassettes MC-60 de 120 min.
- 18 pilas AA
- Tres lápices
- Tres gomas
- Tres sacapuntas
- 500 hojas blancas
- 500 fichas de trabajo
- cámara fotográfica
- rollos fotográficos
- computadora personal
- Impresora
- Cámara de video
- Tres video cassetes 8 mm de 90 minutos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



ACTIVIDADES	MES	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
Confección y aplicación de una ficha de identificación a las integrantes del grupo de Promotoras Voluntarias de Salud Buco-dental		☉	☉									
Procesamiento y selección de las siete integrantes del grupo de Promotoras Voluntarias de Salud Buco-dental de acuerdo a la ficha de identificación antes realizada				☉	☉							
Elaboración de la guía de entrevista preestructurada acerca de herpes simple recurrente , movilidad y dolor dental					☉	☉						
Ejecución de la entrevista a profundidad							☉	☉	☉			
Trascripción, análisis y codificación de los resultados de la entrevista a las integrantes del grupo de Promotoras Voluntarias de Salud Buco-dental								☉	☉	☉		
Categorización, recopilación y ordenamiento de los resultados obtenidos durante las entrevistas a profundidad										☉	☉	☉
Análisis y discusión de los resultados											☉	☉
Entrega de documento final												☉

CARACTERIZACIÓN DE LAS INFORMANTES									
NOMBRE	DOMICILIO	LUGAR DE NACIMIENTO	EDAD (AÑOS)	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	USO DEL TIEMPO EXTRA	No. HIJOS	EDAD Y OCUPACIÓN DE LOS HIJOS
GNM27	Nezahualcóyotl	D.F.	27	Unión libre	Secundaria	Actividades domésticas Act. Hospitalarias por voluntariado	Manufactura de manualidades, Lectura Escuchar música	2	(5) Educ. preescolar (7) Educ. primaria
CHH27	Nezahualcóyotl	D.F.	27	Casada	Preparatoria	Actividades domésticas Ventas por catálogo	Recreación familiar	2	(3) Educ. preescolar (5) Educ. preescolar
EGG29	Nezahualcóyotl	D.F.	29	Casada	Carrera Técnica en Conalep	Actividades domésticas	Manufactura de manualidades, Escuchar música, Ver TV	3	(4) Educ. preescolar (5) Educ. preescolar (8) Educ. primaria
SMD29	Nezahualcóyotl	D.F.	29	Casada	Técnico en contabilidad	Actividades domésticas Trabajadora de costura	Lectura, Práctica de deporte, Escuchar música, Recreación familiar	2	(3) Educ. preescolar (4) Educ. preescolar
ETC29	Nezahualcóyotl	D.F.	29	Casada	Secundaria	Actividades domésticas Entretención infantil	Lectura, Manufactura de manualidades, Ver TV, Recreación familiar	3	(3) Educ. preescolar (5) Educ. preescolar (9) Educ. primaria
JMV38	Nezahualcóyotl	Jalisco	38	Casada	Primer semestre de licenciatura (odontología)	Actividades domésticas	Lectura, Ver TV, Recreación familiar	3	(6) Educ. primaria (17) Bachillerato (20) Licenciatura
DNF52	Nezahualcóyotl	Puebla	52	Casada	Secundaria	Actividades domésticas	Manufactura de manualidades, Ver TV, Recreación familiar	4	(4) Educ. preescolar (27) Desemp. (32) Obrera (34) Empleado

* Fuente directa: Trabajo de campo Chimalhuacán 2002 – 2003

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Los resultados de las entrevistas a profundidad efectuadas a siete promotoras voluntarias de salud bucodental siendo capacitadas en el preescolar “Juan Rulfo” serán presentados enseguida; con objeto de respetar la identidad y anonimato de las informantes serán referidas con las siguientes claves: GNM27, SMD29, CHH27, EGG29, ETC29 JMV38, DNF52, cuyas edades oscilaban entre los 28 a 52 años de edad; cinco con lugar de nacimiento en el Distrito Federal, una en Puebla y otra en Jalisco, el número de sus hijos oscila entre dos a cuatro; en su totalidad cuentan con una pareja conyugal; todas con domicilio ubicado en Ciudad Nezahualcóyotl, en su generalidad se dedican a realizar actividades domésticas y además cuatro de ellas realizan trabajos remunerados informales; tales como: apoyo y asesoría materna por voluntariado en el Hospital Infantil, ventas de productos varios por catálogo, participan de la industria de la confección y de actividades remuneradas en el ambiente de las diversiones y el entretenimiento infantil; con niveles de escolaridad que va desde la educación secundaria, preparatoria y carreras técnicas, resultando en sólo una de ellas la inserción de los estudios de nivel licenciatura de primer semestre.

*Ver cuadro de caracterización de las informantes.

EL HERPES SIMPLE RECURRENTE

Las entrevistadas en su totalidad coincidieron que el herpes simple recurrente es una patología que al menos una vez en su trayectoria de vida lo han cursado, aunque dos de ellas, conceptualizan el autodiagnóstico de herpes simple recurrente o “fuegos” a una úlcera traumática provocada durante el cepillado dental como reporta su testimonio: *“si me ha pasado algunas veces cuando al cepillarme los dientes me pego con el cepillo en la carnita de abajo”* DNF52; y GNM27 presentó la úlcera traumática en lengua.

La experiencia de cada una de las informantes en cuanto a las sensaciones, percepciones y/o experiencias en el caso de aquellas que refirieron haber cursado el herpes simple recurrente, encontramos que con excepción de dos de las entrevistadas refieren la presencia de comezón y ardor como binomio principal de la lesión herpética; sólo una de las integrantes del grupo de estudio reporta que el malestar proviene principalmente por la fiebre que provocan las vesículas en la zona afectada; a continuación exponemos uno de los tres testimonios en que reportan la presencia de enrojecimiento y calor en la zona circundante a la lesión :

"primero se pone rojo, durito y luego se inflama, me da no se como calor, una día antes que salga está rojito, luego da como comezón, ardor, como ganas de rascarse, y al otro día sale el grano, y ya al segundo día sale pus y me lo reviento y luego sale costra y me quito la costra y me dura como unos diez días" ETC29.

La formación del saber popular en base a sus creencias que adoptan de lo que ocurre a su alrededor, en consecuencia conceptúan y ajustan a su realidad.

Las informantes reconocen el padecimiento, como "fogazos" ó "fuegos", el hecho que todas las informantes conozcan esta enfermedad con el mismo nombre es importante, puesto que permite determinar que si conocen las lesiones desde su experiencia y se refieran a la misma entidad patológica que nosotros conocemos como lesiones herpéticas recurrentes; DNF52 expone su experiencia con "los fogazos" como ella los llama, en su explicación nos podemos dar cuenta que lo que experimenta realmente es una ulcera traumática, aunque ella la denomina "fogazo", esta es una de las razones por las que creemos importante la homogenización de términos de que lo que denominan "fuegos o fogazos" se adapta a lo que la terminología médica denomina como herpes simple recurrente.

Es importante mencionar según las impresiones obtenidas de nuestro grupo de estudio que ninguna conoce la definición médica de estas lesiones, aunque saben que existe y que no es la misma terminología que emplean a excepción de un par de informantes de las que exponemos el siguiente testimonio: *"pues he oído que le llaman el virus herpes, pero no estoy muy segura, lo he escuchado mencionar en programas de televisión del canal once" DNF52.*

La preocupación de encontrar que exista una distancia tan grande entre la terminología médica y el saber popular, ya que creemos importante que haya un acercamiento e interacción entre la parte biomédica y el saber popular en afán de unificar criterios sin descalificar la contraparte.

El agente causal de las lesiones herpéticas, según los reportes obtenidos por cinco de las informantes refieren no tener idea de qué es lo que las provoca, al respecto nos dice: *“yo creo que son úlceras que avisan que hay algo en el cuerpo para que se ponga atención”* SMD27.

El organismo responde ante ciertos padecimiento de alguna manera aunque no definen que es lo que lo provoca; en el caso de dos de nuestras entrevistadas reportan que el agente causal de estas lesiones es el virus herpes: JMV38 y DNF52 nos exponen: *“he escuchado que es por el virus del herpes, porque un conocido me dijo que así lo llaman”* DNF52.

Las informantes han conseguido ensamblar el saber médico que tienen a su alcance con su experiencia dentro de su escenario doméstico lo que hace que puedan dominar y utilizar este conocimiento.

Ante la interrogante referente a la razón de la aparición de un *“fuego”*, las informantes reportan en casi todos los casos con excepción de un informante, que es una *defensa del cuerpo* o de tratarse de una *señal de alerta* a nivel sistémico que requiere de una respuesta defensiva al estímulo; como es el argumento de nuestra siguiente informante: *“pues yo digo que es como una defensa del cuerpo, o sea que nos está diciendo que hay algo malo y hay que detenerlo”* DNF52.

Con respecto a la localización de las lesiones herpéticas bucales, las informantes nos reportaron, describen que presentan estas vesículas en los labios, siendo el superior el más común dentro de nuestro grupo de entrevistadas, mencionaremos que aunque la totalidad de las informantes presentan las lesiones en la zona mencionada no significa que sea un grupo representativo para creer que esta zona

pueda ser la de mayor incidencia, y debido a no ser el objetivo de nuestra investigación sólo pretendemos mencionar los testimonios obtenidos.

En cuanto a los malestares o incomodidades que provocan estas vesículas durante la evolución de la lesión encontramos que ninguna de las informantes presenta incomodidades *insoportables* y solo refieren sentimientos de incomodidad estética, ansiedad, disgusto y pena, como nos comenta: *“cuando me salen me da pena, coraje, me dan tentación de estarlos tocando, son muy inoportunos, salen cuando más necesitas estar presentable”* EGG29.

En referencia al tratamiento doméstico sobre las lesiones herpéticas que reconocen y han experimentado las informantes de esta investigación reportan recurrir a una gran cantidad de recursos terapéuticos populares en aras de eliminar principalmente la presencia o intensidad de sensaciones dolorosas que provocan el malestar de integrantes de su núcleo familiar; por tanto presentaremos los datos obtenidos de acuerdo con respecto a la frecuencia y modo de utilización de cada táctica; tres de las informantes reportan el uso de sal de grano restregándola y tratando de que permanezca sobre la lesión todo el tiempo posible intentando soportar el dolor que este medio provoca; la implementación de esta medida es utilizada para aliviar el dolor y su aplicación es en la mayoría de los reportes textuales de dos a tres veces tan solo en un día y siendo utilizable una sola vez; tal como se expresa en el testimonio de GNM27:

“mi suegra me dijo que usara sal de grano para quemar los granos ya que los coce y arde mucho pero se quita mas rápido, lo pones en el grano y te das masajes con el dedo hasta que lo aguantes, duele bien feo pero lo coce mas rápido y como que lo seca y se quita, lo haces tres veces al día o hasta que desaparezca o no aguantes hacerlo y te dura tres días el grano”.

Los testimonios que reportan la utilización de este remedio, han resultado eficaces en todos los casos en que se han utilizado siendo un medio que no es de primera elección debido a que es muy doloroso y no todos los integrantes de su núcleo familiar están dispuestos a soportarlo y prefieren la utilización de métodos menos dolorosos.

El uso del producto comercial de *cicloferon crema* como acción terapéutica de primera mano, ante la aparición de las lesiones herpéticas, fue referido para la disminución de dolor y comezón que provocan, aunque debemos resaltar que todas las informantes reconocen el uso de *cicloferon crema* como recurso; pero las cuatro informantes restantes reportan que no es un método eficaz en la eliminación de síntomas ya mencionados y de ello tomaremos el testimonio de:

"el cicloferon lo uso por que lo vi en la TV, me limpia la lesión, me quita el dolor, el ardor y la comezón; me lo pongo 3-4 veces al día ya sea cuando esta el granito o en costra y lo uso en todo el transcurso..., me lo quita mas rápido que otra cosa, antes me duraban dos semanas y ahora solo una y no me deja mancha" EGG29.

La situación que destacamos al respecto de que este tipo de testimonios, ante la utilización de una gran cantidad de remedios aplicados por la población en general, ya que su uso en muchas ocasiones puede ser indiscriminada, pero nuestra posición sobre esta situación es que lo hacen por aplicar lo que tienen a su alcance y lo dosifican de acuerdo a su criterio que en ocasiones no corresponde con lo que un profesional de la salud recomendaría.

Dos informantes reportan la utilización de un *objeto frío (fierro o cuchillo)* colocado sobre la lesión sin hacer presión el tiempo que permanezca gélido el objeto para que de esta forma ayude con la disminución del ardor con la intención que al colocar un objeto frío o fresco y alivie el malestar que provoca el calor de la lesión; tal como se presenta en el testimonio de: *"se pone un cuchillo congelado unas tres veces al día con cuidado para que no sea peligroso, se deja ahí como algo normal y calma el ardor, se queda ahí hasta que se le quita lo frío"* CHH27.

El uso de bicarbonato de sodio fue nuevamente mencionado al igual que ante la odontalgia, pero en esta ocasión en combinación con el agua en uno de los reportes y en otro combinada con limón; y en ambos casos hasta obtener la consistencia de una pasta que se aplica directamente sobre la lesión en no más de dos ocasiones durante el día por tres días y con ello eliminar el malestar y disminuir el tiempo de duración de la lesión, tal y como lo reportan:

"un doctor me dijo que usara bicarbonato con agua como pasta, primero se frota con la pasta unas dos veces con el dedo y luego se ponen toques de violeta y con esto se secan en tres días" GNM27

" me reviento el fuego, me pongo limón y carbonato hecho pasta ya que el limón los quemas porque es ácido y el carbonato los seca y ya no permite que se extiendan, se quita mas rápido pero te queda una mancha" EGG29

Un par de entrevistadas nos comentan sobre el uso de hielo aplicado en la vesícula durante no mas de diez minutos tantas ocasiones como sea requerido para eliminar el malestar que ocasionan las lesiones; aunque nos reportan el inconveniente de humedecer la lesión y reblandecer la capa superficial de la vesícula provocando que expulse el líquido seroso que contiene y se erosione el tejido, lo que hace que pueda alargar el cuadro; de esto tomamos el testimonio de: *"se coloca hielo directo por no mas de diez minutos y quita el malestar pero no la ulcera, como es frío hace que se desinflame, lo malo es que la carnita se moja y se cae el pellejito y queda la carnita viva y después duele mas" JMV38.*

El uso de papel de estraza fue un reporte excepcional, ella describe que se debe recortar una porción equivalente al tamaño de la lesión mojado con saliva el cual se coloca sobre la vesícula intentando que permanezca durante todo el día, el tiempo que dure ésta, para eliminar la lesión, de acuerdo al testimonio de: *"mi cuñada me dijo que cortara un cachito de papel de estraza del tamaño del grano, de moja con la saliva ya que es parte del cuerpo y ayuda al cuerpo como defensa, y se deja ahí todo el tiempo y en dos o tres días se seca" ETC29.*

MOVILIDAD DENTAL

Revelan es un fenómeno poco común en su experiencia familiar y entorno doméstico dentro de su comunidad; encontramos que de acuerdo con concepción acerca de los tejidos de soporte dental las informantes mencionan en su totalidad, que señalamos en particular la frase emitida por una de ellas: *"los dientes tienen una raíz que está pegada o clavada a la encía" ETC29,* se advierte la semejanza que

podiera ser originada con los acontecimientos domésticos cotidianos, acerca de la tierra y el enraizamiento de árboles y plantas; por otro lado se reportan uniones con elementos anatómicos como los huesos y los nervios, suponemos información producto de mensajes de origen biomédico: *"están sostenidos por huesitos y nervios"* EGG29

Las respuestas demuestran la conjunción que realizan entre el saber popular y el saber biomédico adecuándose a su perspectiva individual dando como resultado una concepción acerca de la función y constitución de las estructuras de soporte dentales.

Las causas por las que se presenta la movilidad dental, coinciden las informantes son: *"algo pasa adentro que se está aflojando o perdiendo fuerza"* CHH27, las dos causas que las madres atribuyen a esta disfunción se centran principalmente en el traumatismo y en procesos desmineralizantes, sin que logren diferenciar y/o especificar la forma en que estos procesos fisiológicos intervienen desencadenando la visible movilidad dental que ellas observan, las frases con las que definen este proceso han sido: *"golpes", "trancozo", "falta de calcio" o "descalcificación"*.

En estos testimonios se expresa la asociación de traumatismos con la movilidad dental de acuerdo a experiencias de las que ellas han sido parte, así como la aplicación de un discurso biomédico aprendido y apropiado obtenido directamente de personal médico en instituciones de salud de su comunidad, dando como resultado acciones repetidas indiscriminadamente; un claro ejemplo de esto se observa en el siguiente testimonio:

"los dientes se aflojan por un golpe o por comer algo duro, también por la edad, por las cosas que comemos, por comer todo procesado, sintético, puro enlatado, comida chatarra" EGG29

El saber popular enmarca las escasas frases del discurso biomédico al referirse al tipo de alimentación que tiene en el que asocia la ingesta de productos alimenticios con algún tipo de procesamiento en su elaboración, que los haría perjudiciales a su salud sin lograr una explicación para sí misma que le satisfaga y/o aclare exactamente, acerca de como ocurre este fenómeno al interior de su cuerpo:

"por comer dulces, fumar, mascar chicle, mala higiene, por la edad, a los viejitos, y porque se va deteriorando el esmalte... la caries entra en la raíz y el diente se debilita y afloja" CHH27

Resaltamos la identificación de este discurso como el resultado de su interacción con personal de la salud que les brinda este tipo de lenguaje que adaptan y aplican en su cotidianidad aunque en muchas ocasiones solo lo repitan, sin comprenderlo, como lo refiere nuevamente nuestra informante: *"también puede ser por una enfermedad como la diabetes"* GNM27; la asociación del padecimiento de un familiar cercano de una enfermedad sistémica como lo es la Diabetes asociada con la movilidad dental, es en su experiencia un factor de riesgo importante ante la presencia de esta patología, delegando importancia a otros factores que pueden ser determinantes de la movilidad dental, han sido mostradas en este testimonio.

Los testimonios que anteriormente describimos condujeron hacia el punto de identificar su percepción ante la movilidad fisiológica dental en donde encontramos que tres de siete informantes describen la relación que encuentran entre la movilidad dental con la erupción de terceros molares como única referencia en que han notado la movilidad dental en su experiencia; sin embargo cuatro informantes no reportan respuestas ante este cuestionamiento, de esta forma las respuestas de ETC29, GNM27 y EGG29 describen la relación entre la movilidad dental y la erupción de terceros molares respectivamente:

"Yo si me había dado cuenta, porque cuando me empezaron a salir las muelas del juicio...me empezaron a enchuecar los dientes de acá enfrente, y me tuvieron que quitar la muela esa; y si me dijo el doctor que se me estaban enchuecando, que era por la muela del juicio que venía chueca..." GNM27

"no se si se mueven, pero me están saliendo a mi y me duelen todos los dientes, se acomodan, o sea van saliendo y van ocupando espacio y empujando y por eso enchuecan los dientes" EGG29

La movilidad fisiológica dental, sólo la relacionan a la erupción del tercer molar que provoca un acomodo dental para ocupar un espacio en su inserción, debido a que es lo que han experimentado personalmente, nos damos cuenta que ellas relacionan la movilidad dental sólo a los “dientes flojos”, tiene que ver con los movimientos de erupción dental, no considerándose disfuncional, sino transitorio y natural.

La posibilidad de que se genere un daño autoprovocado debido a manías y hábitos a los que anteriormente no se hubiera asignado importancia, pueden evidenciarse en el siguiente testimonio, que revela diferencias en su autopercepción corporal, a partir de las preguntas formuladas, donde finalmente se asigna importante papel al tipo y consistencia de los alimentos:

“siento que mis dientes se mueven más de lo normal... luego siento que se me mueven cuando hace mucho frío, me presiono y me duele, luego me entra la curiosidad de qué tal si se me caen los dientes, y se mueven, y luego mejor así me dejo o sea, qué tal que en una de esas me safo yo sola el diente, y procuro comer cosas ni blandas, ni duras, puros licuados, me dura dos días o tres cuando mucho” GNM27

El cuestionamiento acerca de la razón por la cual no ha acudido al dentista GNM27 expresó que no se imagina que su movilidad pueda ser alguna enfermedad, no percibe que sea “algo grave” estableciendo su autodiagnóstico como:

“yo me ponía de perfil, de frente y del otro perfil, para verme, me duele algún diente, se inflama la encía, yo con los dedos me muevo los dientes, siento como que se me va a caer, no hay sangrado, era una alarma, igual ahorita están sensibles y al otro día era menos, entonces no era nada grave y deje de comer cosas duras, sólo licuados... me sobo la encía, la presiono un buen rato y siento que se mueve nada más poquito, entonces ya no me toco y como cosas blanditas para no lastimarme más ...”

Los cuestionamos acerca del sangrado dental con respecto a “sobarlo”, puntualiza:

“cuando lo sobo se calma poco a poco y en ocasiones sangra un poco... no te sé explicar el dolor, si lo intento mover me duele, si me aprieto la encía me duele, es un dolor constante, pero tolerable”

El testimonio de GNM27 en base a su experiencia de movilidad, y partiendo de su autodiagnóstico materno, dice ser algo pasajero y es innecesario acudir a consulta odontológica; este argumento nos reporta una de las razones por las cuales no acude al dentista en primera instancia para solucionar sus malestares bucales; además de que su autotratamiento materno ha obtenido resultados eficaces y por tanto es autovalidado por la representación acerca de *la firmeza dental*, que ha construido; llevándola a consumir alimentos de consistencia líquidas o de lo contrario considera, perdería el órgano dental.

El total de las informantes con excepción de una mencionada con anterioridad; nos reportan no haber experimentado la movilidad dental, por lo cual decidimos replantear la pregunta a qué sentirían y cuál sería su primera medida de autotratamiento si tuvieran los dientes móviles, por lo que ETC29, CHH27 y EGG29, refirieron: *"iría corriendo al dentista!"* EGG29

Los resultados coinciden en que su sentimiento ante este padecimiento sería: *"terror, miedo, angustia, preocupación por como me veré y por no poder comer, incomodidad y pena"* EGG29

Los testimonios obtenidos concuerdan, aunque lo que nos expresan puede ser debido a que se sienten un poco comprometidas por nuestra presencia y al distinguir que somos profesionales de la salud, sienten sus actos domésticos juzgados, por lo tanto dictan argumentos que son biomedicalizados ya que han aprendido, es lo que corresponde hacer desde un punto de vista conveniente al área de la salud.

El reporte de cinco informantes indica conocer y aplicar medidas de tratamiento doméstico en sus unidades familiares ante la movilidad dental, mientras que en dos casos las entrevistadas expresaron no conocer alguna, ya que asisten a consulta estomatológica como tratamiento de primera elección.

La prevención ante la movilidad dental fue mencionada con interés debido a que se reconoce como un hábito instruido, después que un médico general y un Cirujano Dentista las exhortarán al consumo excesivo de productos lácteos para así obtener el calcio que tanto necesitan sus huesos y dientes, consiguientemente lo asocian como una medida preventiva ante la movilidad dental; la recomendación del personal de salud podría ponerse en discusión, ya que si no se expone una ilustración cautelosa previa acerca de las encomiendas que se proporcionan a una comunidad, población o individuo pudiesen ser mal interpretadas, otorgando propiedades extraordinarias y usos inadecuados, que no coinciden o sobrepasan el contexto del tratamiento adecuado, este incidente revela la atención que se otorga al discurso ante las recomendaciones y los tratamientos que se sugieren en consulta y pláticas educativo preventivas de cualquier tipo:

"mi mamá me decía que tomara mucha leche para tener calcio, y la dentista también me decía que tomará mucha leche y todos los derivadas de la vaca"
ETC29

La utilización de la tortilla quemada como medida de autoatención, ante la movilidad dental, fue referida por un par de informantes, aunque su uso presenta algunas variantes, debido a la enseñanza que les transmitieron dentro de su núcleo doméstico, ya que una de ellas, la utiliza como sustituto de pasta dental, mientras otra nos comenta:

"mi suegra utilizaba mucho la tortilla quemada, la masticaba, toda quemada, que estuviera negra, nos decía que en vez de pasta era mejor lavarnos con la tortilla quemada, luego cuando se nos quemaba la tortilla, las guardaba...no imagino qué hará, pero mi suegra nos dijo, ya ves que tienen cal, al menos que se quema la cal, se dora e igual eso te ayuda a que se quite el dolor y te ayuda a limpiar los dientes y los hace fuertes, esa es la función que tiene...después de masticar la tortilla quemada, no nos enjuagábamos y lo hacíamos una vez al día" GNM27

El uso de una misma estrategia terapéutica con diferente modo de utilización, queda implícita en estos testimonios, aunque ninguna lo exhorta, debido a que en su experiencia les resulto ineficaz en las personas que lo aplicaban, sugieren que existe la posibilidad que se pueda utilizar con mejores resultados en otras

personas; este es un claro ejemplo de saber popular transmitido y aplicado en la comunidad de donde se obtuvieron estos datos.

El uso de infusión hecho a base de corteza de encino que se utiliza como enjuague bucal por unos días, es reportado por dos informantes, asegurando que es efectivo, como elemento de eficacia ante la movilidad dental, he aquí un ejemplo:

“el té de corteza de encino, se hierve, se deja reposar unos minutos hasta que enfría, y se hacen buches tres veces al día, por tres días, pero solo con ese tiempo basta, yo me imagino que el té hará que los dientes se vuelvan a pegar a la carnita, porque las hierbas se que tienen algo que hace tomen fuerza los dientes, es un remedio que utilizaba mi madre y a ella se lo dijo su mamá, y les funcionaba, pero nunca lo he utilizado, ni comprobado, pero se que si sirve, mi mamá era del distrito...” SMD29

La utilización de la infusión de corteza de encino, supone el hecho de hacer que su uso afirme sus dientes a la encía con propiedades regenerativas para dar una mayor adhesión a los dientes que se han debilitado.

El uso de una medida terapéutica similar a la antes mencionada, de la cual no recordó el nombre de la planta; la conoce debido a que ha sido utilizada por su padre durante gran parte de su vida en la comunidad de residencia localizada en el estado de Puebla para atender este malestar con eficacia en los integrantes de su familia que han recurrido a ella y expresó:

“yo aprendí por mi padre en mi comunidad Cuauhtecpan en Nativitas, Puebla, mastican una hierba que es de tronquito y ramitas y lo conseguían en el patio de la iglesia, nada más se lava y se limpia la corteza y se mastica, se pone e el diente afectado y se esta masticando o triturando, en lo que se desbarata la hoja, veía que con eso se quedan y ya, imagino que lo que suelta cae en la encía y que ahí empieza a trabajar otra vez los nervios o raíces, yo no se si sea tejido, porque así llega a fijar los dientes; la planta solo la he visto en el pueblo, aquí no la he usado, imagino que mi papá aprendió eso desde antes” DNF52

La percepción de las propiedades curativas que construye de acuerdo al marco contextual de su experiencia ante ésta práctica, permite imaginar que los componentes que contiene ayudan a propiciar la firmeza dental, esto es una aproximación a una representación acerca de la acción y cualidades de los medicamentos alopáticos que ha aprendido a utilizar gracias a su experiencia de vida, resultado del contacto con personal biomédico.

La forma en que se construye el diagnóstico biomédico acerca la movilidad dental en nuestras informantes coincide en su totalidad, ya que ellas desconocen la manera en que los dentistas o médicos llaman a los “*dientes flojos*” o “*dientes aguados*” como ellas lo describen, y al respecto señalan: “*me imagino que los doctores deben tener un nombre para eso, diferente al nuestro, que se oiga un poco más rebuscado*” DNF52, en donde encontramos una importante diferencia en el discurso biomédico utilizado que no presenta cercanía con respecto a la realidad de la comunidad.

El tratamiento que realiza el dentista para solucionar o disminuir la movilidad dental lo desconocen todas las entrevistadas, y aunque ignoran las técnicas y los agentes terapéuticos utilizados por el odontólogo, tres informantes suponen que estas acciones terapéuticas son exclusivamente para aliviar el malestar, dolor y en casos no favorables recurrir a la extracción de órganos dentales, empleando recursos protésicos, como expresa:

“ellos dan medicamentos para quitar lo flojo y el dolor que ocasiona, como antibiótico y alguna pasta en el diente para fijarlos..., ponen placas para que ya no se muevan...” CHH27

Los comentarios referidos por nuestras informantes nos dan cuenta de la combinación entre el saber popular que han obtenido reflejando un tratamiento que compone varios procedimientos terapéuticos utilizados para diferentes enfermedades bucodentales, que asumen como posibilidad de acciones curativas para estos padecimientos.

EL DOLOR DENTAL

El total de las informantes refieren que al menos una vez en su vida han percibido la odontalgia, como una experiencia no grata, incómoda, incapacitante y relacionada con dolor en áreas cercanas a la boca, a esta condición se agrega la cefalea relacionada por cuatro de nuestras informantes como consecuencia directa de una odontalgia, ya que sí comprenden que forma parte de su organismo y existe conexión debido al sistema circulatorio y nervioso, conocimiento obtenido durante su aprendizaje escolar, así como con el acercamiento con personal de la salud, ubicando la relación con su cabeza ya que es el área física donde identifican la inserción de la boca: *"me dolía la cabeza ya que el nervio del diente va a la cabeza, está conectada por nervios, o hasta por venitas, por reflejo o chispazo que hace que duela"* CHH27 .

La asociación de la odontalgia con alguna parte del organismo no fue referida por el resto de nuestras informantes, aunque si creen que tenga alguna conexión que no consiguieron especificar.

La caries dental fue considerada como principal agente causal de la odontalgia, ya que parten de su experiencia personal dentro de su núcleo doméstico, como lo demuestra la presente descripción:

"...el diente se desgasta por comer cosas duras o dulces, el dulce es como un ácido, o también puede haber un bichito que se come al diente, y los bichitos puede que produzcan un tipo de ácido por la comida... por el mal lavado de la boca" EGG29

El consumo de alimentos ricos en carbohidratos lo identifican ampliamente como agente causal de la caries dental, tratando de establecer y asociar la presencia de "bichitos" combinados como han expresado con un medio ácido lo que para ellas da como resultado, lo que en nuestra disciplina se identifica como los procesos de desmineralización, es interesante el concepto que atribuyen al *debilitamiento del esmalte*, argumentando en la higiene bucal inadecuada, la causa; así esta información la adaptan a su cotidianidad.

La segunda causa de odontalgia de acuerdo con cinco informantes es el estado de gravidez “el embarazo” el que reportan, es un factor de alto riesgo, ya que desde su interpretación los cuadros agudos de dolor dental, se asocian a una pérdida de su cuerpo, que no consiguen explicar, pero de la que ven las inmediatas consecuencias: *“yo siento que por el embarazo se me debilitó un poco los dientes, por el calcio que perdí, por el embarazo y por eso llevó a que la caries llegara hasta la raíz”* CHH27.

Los procesos de desmineralización, no son relacionados al embarazo por las dos informantes restantes, ya que no lo refieren como factor desencadenante, comprenden que es un proceso que puede ocurrir de manera natural o propio del cuerpo, aunque desconocen los posibles detonantes ante dicho evento, saben que sucede pero no lo asocian o contextúan con alguna causa en particular: *“por las caries que dicen uno no las ve y se van descalcificando por dentro”* DNF52.

La sensibilidad dental también es asociada a la odontalgia por tres de nuestras entrevistadas aseverando que no es una atenuante importante para asistir a consulta odontológica ya que lo consideran como un estadio irrelevante, debido a su sintomatología específica ante ciertos estímulos térmicos: *“me dan ganas luego de comerme las paletas de hielo a mordidas, pero luego me concentro en que no me va a doler y me la paso rápido”* GNM27.

La infección dental también es mencionada como una posible causa detonante del dolor dental, tres de las informantes nos comentan, nuevamente en relación a procesos cariosos, como nos describe a continuación el siguiente testimonio: *“yo tenía picada la muela y era mucha mi infección por eso me dolía tanto”* ETC29.

El resultado del contacto con personal del área de la salud, el cual apropia y adapta el discurso escuchado referido a la infección, como efecto de una caries dental, es un ejemplo claro de una disertación imitada, sin concebir el significado de los conceptos que reproduce, debido a que asevera es *“una infección”* porque el

odontólogo le prescribió un antibiótico como medida terapéutica, de forma que asocia inmediatamente a su afección que concibe a través de su saber popular.

La higiene bucal, también es mencionada como factor desencadenante de un dolor dental como nos dicen dos de las entrevistadas: *"también por falta de higiene, de cepillado, no hay revisión, por no lavarlos seguido, por la noche es más fácil que se forme caries porque los bichitos se acumulan"* DNF52; en este caso la informante atribuye especial actuación al horario, al período nocturno, sin describir mayor dato al respecto.

La totalidad de las informantes acerca de su experiencia ante la odontalgia, aluden a la famosa frase: *"prefiero un parto a un dolor de muelas... el dolor es insoportable, es una desesperación tan fea, al grado de comparar el dolor de parto con el de muelas"* GNM27.

El curso de la entrevista nos llevó a formularles la interrogante acerca de la forma en cómo formulaban su diagnóstico materno respecto de caries, ante esto describen como signos patognomónicos del padecimiento *"puntos ó manchas negras ó cafés"*, también *"huecos y hoyitos"*, entre las entrevistadas resalta el siguiente testimonio:

"mi niña tenía una manchita negra en el diente, y yo con la goma del lápiz le pegaba en otro diente sin mancha y me decía que no le dolía, pero yo le pegaba en la manchita y empezaba el dolor...nunca se había quejado de dolor, le dije cuando yo pegue si te molesta me dices, luego cuando le pegué al diente se estremeció su cuerpecito, después le comenzó el dolor de muelas..." GNM27

La historia de vida de GNM27 y los recursos de los que puede echar mano debido a su relación directa con un estomatólogo perteneciente a su núcleo doméstico, la lleva a realizar un diagnóstico materno mucho más completo, recurriendo a la percusión vertical dental con un lápiz con goma, producto de sus observaciones a su cuñado y por lo tanto logrando reproducirse dentro de su entorno familiar; lo que permite continuar toda la trayectoria curativa hasta la consulta dental, de la

cual reportamos, de manera que para evitar situaciones familiares penosas se decide por una visita a un consultorio dental privado, donde se efectúa un examen clínico que incluye diagnóstico radiológico, del que ella expresa: *“...entonces cuando le sacaron la radiografía el doctor me dijo que la caries ya estaba muy profunda y tenían que extraerla, que ya se había dañado completamente el diente” GNM27.*

La evidencia clínica obtenida por la madre es constatada por el personal biomédico formalizado, cerrando el episodio con la extracción dental infantil.

El resto de nuestras informantes de acuerdo a la experiencia que han adquirido convenientemente a sus oportunidades de conocimiento desde su núcleo doméstico determinan su diagnosis hasta la determinación de la sensación dolorosa.

Las primeras acciones terapéuticas que emplean, de acuerdo a cuatro integrantes de nuestro grupo de trabajo, es la utilización de un recurso de la cocina mexicana, conocido entre las principales especies: *el clavo* como recurso de autoatención doméstica ante una odontalgia, como componente principal; ya que nos comunicaron diferentes estrategias y combinaciones en su uso, de las que rescatamos:

“mi suegra me dijo que usará clavo en el diente, primero me lo puse entero en el hoyo y no se quitó, entonces mi suegra me dijo que no, que no tenía que ser entero sino en polvo en el hoyito de la muela que duele, entonces lo machaqué en el molcajete y lo puse en el hoyito del diente y se me quitó un rato y luego me dio asco y lo enjuague” ETC29

“mi suegra me dijo que usara un clavo molido directo en el diente y lo dejé ahí aproximadamente diez minutos hasta que aguantara el sabor y después lo enjuagaba, porque el clavo parece como anestésico” GNM27

“se pone clavo directo partido a la mitad, se pone en el diente por media hora y hace que no haya dolor, así se debe poner a la mitad, se pone todo para que sea más fuerte, porque si lo muelas el efecto es menor” SMD29

Las diferencias de estos testimonios muestran atención especial al tiempo de duración al interior del diente, de la tolerancia del paciente ante su efecto, y las sensaciones físicas de la persona ante ese primer contacto.

El “clavo” es el recurso terapéutico más elegido entre nuestras entrevistadas; y la aplicación se ha transmitido a través de tradición oral en medio de su núcleo doméstico, como ellas mismas nos lo indican, esto nos reafirma que el saber popular se adquiere como primer acercamiento al de la unidad familiar formándose con las relaciones parentales y de personas allegadas, aunado a las pautas culturales en las que se desarrollan; adaptando, apropiando y acondicionando dichas tácticas curativas; se asocian además propiedades analgésicas y anestésicas: *“el clavo es como anestésico” SMD29.*

El efecto curativo que reportan las informantes tiene sustento en la reacción producida ante la pérdida de la sensibilidad dental, temporalmente y por tanto la disminución o eliminación del dolor dental a lo que aluden como un nivel de curación; sabemos como estomatólogos que esto representa sólo la supresión de un síntoma, por lo que de ninguna forma podemos hablar de que implique una solución integral, sí en cambio estamos ciertos de que mientras sólo cuenten con este recurso resuelven al menos la pesadilla del dolor dental.

La experiencia de ETC29 en referencia a posibles acciones ineficaces ante el uso de esta medida de autoatención con respecto al dolor dental, indica que el clavo sólo provocó malestar en cuanto al sabor sin ayudar a la eliminación del dolor, aún y cuando el período de permanencia del clavo en la zona afectada fue el indicado de acuerdo a las especificaciones aprendidas; la ineficacia en este incidente podría influir en su decisión de no reproducir más esta información.

El saber popular construido por las informantes acerca de la acción terapéutica del clavo se inicia con la expresión que manifiestan ante la íntima relación existente entre el aroma que desprende el clavo, con el aroma que han percibido en sus visitas a los consultorios dentales, cuando se han encontrado en esa oportunidad

y asumen que el odontólogo lo utiliza con la misma finalidad anestésica, como ya se ha expresado: *"adormece el diente" ETC29*

La segunda práctica curativa más utilizada por nuestro grupo de estudio fue la aplicación directa en el diente afectado, con diferencias en el método de utilización de: *"una torundita de algodón sobre el diente" JMV38*. El modo en que JMV38 lo utiliza; es tan sólo por unos momentos hasta que se suprime el dolor, en tanto que SMD29, lo emplea en varias aplicaciones por un tiempo no mayor a diez minutos; al respecto CHH27 combina su uso con el clavo para que sea más eficaz y comenta: *"mi suegra me dijo que usará clavo común de cocina, de especias, también con eso y junto con el algodón y el alcohol que eso ayudaba a adormecer, primero se pone el clavo sobre la muela y luego el algodón humedecido con el alcohol y morderlo" CHH27*

El método de utilización del alcohol, para dos de nuestras informantes les representa una contraindicación de su uso: *"lo que hace es dormir el diente porque se quita por un rato pero alrededor se siente como raro, y yo creo que se debe hacer una vez porque la encía se puede secar" JMV38*; la preocupación del daño en la encía al encontrarse en riesgo de secarse se asocia con el uso del alcohol, en este caso, en el siguiente testimonio se alude al número de exposiciones: *"sólo lo debes hacer una vez y debes ir al dentista para que te limpie bien" SMD29*

Los argumentos presentados indican que la utilización de una torunda de algodón impregnada con alcohol debe tener una dosificación para no ser nociva o dañina en lugar de curativa; resaltan la precaución de advertir que es un líquido corrosivo y puede ocasionar lesiones por quemadura en la mucosa bucal, por esa razón sólo recomiendan que se emplee una vez; también cabe resaltar el último comentario que alude al hecho de asistir a una consulta dental, a la que no podemos determinar como real; ya que como pudimos constatar a partir de nuestra observación participante, la última acción terapéutica por la que se deciden es acudir a un profesional de la salud, y esto es originado por diversas circunstancias, ya que el hecho de no inferir el riesgo de las enfermedades bucales.

Las acciones terapéuticas que toman los pacientes antes de acudir con nosotros a consulta dental, suelen ser eficaces y por lo tanto posponen o evitan su asistencia a recibir tratamiento, además de otras atenuantes socioeconómicas que se les impiden; consecuentemente es primordial que tampoco se invaliden sus acciones terapéuticas domésticas, ya que para ellas se está cumpliendo con el propósito de aminorar, retardar o eliminar su padecimiento y/o la sintomatología producida por éste. Los recursos terapéuticos son variados, encontrando así excepcionales datos:

"Yo me di cuenta que se me calmaba con agua fría que se me ocurrió ponerme, ya que me imagino que está caliente el diente y con eso se calma el dolor, mordí hielo, después mordí un trapito para aguantar el dolor, porque cuando me puse el hielo me salió peor y me fastidié del hielo, me lo quite, me dolió más fuerte, y no se me quitaba, y fue cuando mordí algo" ETC29

La experiencia narrada por la comunidad a la cual pertenecen nuestras informantes, exponen las estrategias de atención dependiendo del grado de gravedad o agudeza por aliviar el dolor dental; intentando explicarse a sí mismas los fenómenos que ocurren al interior de su cuerpo:

"el hielo lo quita porque yo creo que el diente ha de estar caliente cuando tiene caries o algo, duele, me imagino que se inflama, está caliente, lógico que cuando pones el hielo sientes rico; pero cuando se me quitó estuve mordiendo algo hasta que se me quitó, hasta sentía como latía el diente; pero no recomiendo el hielo" ETC29

Los testimonios compartidos nos confirman que dentro de sus saberes adecuan sus actos curativos en cuanto a su efectividad y con respecto a esto transmiten o no el conocimiento que adquirieron y que reproducen; en este último la informante hace gala de su *lógica* materna.

El bicarbonato de sodio como recurso terapéutico para solucionar la odontalgia fue referido de la siguiente manera: "se hacen buches de bicarbonato varias veces en la zona donde duele, como dos o tres veces al día por un día, yo lo aprendí de mi familia que lo hemos usado siempre y así nos funciona la mayoría de las veces" JMV38

La continuidad de la tradición oral, ante la curación de la odontalgia ha funcionado para ellas, por lo que la seguirá aplicándose y será transmitida a los miembros de su núcleo doméstico, el uso de la cebolla y el enjuague bucal en fórmula comercial, son también un recurso referido para aliviar la odontalgia, así se expresa:

"mi mamá me dijo que usará jugo de cebolla, se pica la cebolla para sacar el jugo que se coloca en un algodón y se pone en la muela que duela, hasta que calme el dolor y se repite las veces que sea necesario...imagino que es un calmante que actúa directamente para limpiarse con el algodón, para dormir el diente, es como una anestesia" EGG29

El uso de enjuague bucal (astringosol) reportado por una mujer del grupo de estudio, es analizado debido a que su utilización respondió al estado de desesperación que producía la odontalgia; desencadenada por ingesta de golosinas; cabe resaltar que esta es una acción fortuita y no corresponde a una medida terapéutica tal y como se han presentado alusiones en el desarrollo de la presente investigación; este accionar es producto de la iniciativa de la informante, en donde indica haber utilizado esta medida debido a que en anuncios televisivos se refiere el uso de ese tipo de productos como auxiliar en la eliminación de problemas bucales según informa.

Las entrevistadas GNM27 y ETC29 establecen que por medio de la televisión y la recomendación de un dentista a un familiar, saben que la pasta dental sensodine puede disminuir o eliminar la sensibilidad dental; esto es otro ejemplo de lo mencionado anteriormente, debido a que aprueban su uso terapéutico ya que es anunciado por un medio de comunicación masivo y validado por la recomendación de un profesional de la salud.

El uso de analgésicos como medida de tratamiento ante la odontalgia es una constante en las respuestas de las entrevistadas, dado que al acudir a diferentes consultas con personal de salud de diversas áreas de atención, la primera medida ante un dolor es la prescripción de analgésicos, y por eso reproducen, adecuan y

apropian dicho tratamiento indiscriminadamente: *"mi esposo fue al dentista y le recetó naproxeno para el dolor"* ETC29

El testimonio de DNF52 describe las acciones que toma cuando una odontalgia es provocada por la presencia de un absceso, debido a una necrosis pulpar en apreciación y diagnóstico odontológico, acción recomendada en un centro de salud al cual asistía regularmente a pláticas informativas:

"si hay dolor en la muela y está inflamado tengo que tomar una aguja, calentarla y pincharla en la bolita por el diente y donde está inflamado y por ahí entonces sale como agua salada, luego con una gasita se pone en el lugar que se pinchó y se oprime por fuera..., luego que la reventaste te lavas los dientes y ya después vas al dentista.... esto hace que salga la infección y ya no te duela..." DNF52

Este es un buen ejemplo de lo que se puede transmitir a la población; ya que sino es el mejor procedimiento para drenar un absceso, si es una opción viable para una comunidad con bajos recursos económicos, además de que se transmitió una amplia ilustración de lo que ocurre en el organismos para que desencadene una reacción de este tipo, además desde el punto de vista de del área de la salud, es mejor que utilicen acciones terapéuticas que no representan riesgo a nivel sistémico, debido a que la aplicación es local, aunado a una explicación extensa del tratamiento que se están aplicando y que aún así deben asistir a consulta con un profesional de la salud que decidirá que tipo de procedimiento terapéutico empleará de acuerdo a su enfermedad.

Las informantes en su totalidad reportan que de acuerdo a su experiencia individual determinan que el término odontológico que brindamos al diagnosticar la odontalgia es caries; lo cual sabemos como estomatólogos este concepto que se forman no es certero, pero desde su experiencia en ningún caso ha encontrado una explicación de parte del odontólogo para explicar la diferencia entre ambos conceptos; estas observaciones refieren que las informantes determinan que la caries es la principal razón desencadenante de una odontalgia, relacionándolo de manera inmediata; aunque saben que existen otros factores detonantes que originen un dolor dental, no lo articulan por la poca información educativa con que

cuentan en los servicios de salud como lo expresa: *"caries, más o menos se por ese nombre que a veces se escucha que hay palabras que tiene relación con esto, así debe de ser"* CHH27

La totalidad de nuestras informantes coinciden en que deben asistir a una consulta dental ante la presencia de un dolor dental, sin embargo nos percatamos que aunque lo saben, deducen que tienen que acudir con un profesional para mejorar su enfermedad, no lo hacen ya que prefieren utilizar sus conocimientos populares adquiridos de acuerdo a su historia de vida antes de visitar un consultorio, aunado a sus experiencias con los Cirujanos Dentistas las cuales algunas compartieron con nosotros, que no son muy amables, no les dan explicaciones prudentes de acuerdo a su representación acerca de su enfermedad, aparte de que la limpieza y las infecciones que pueden adquirir en la consulta les preocupan de sobremanera, esta interrogante no forma parte de nuestro trabajo de investigación, pero ya que ellas hicieron una petición de expresarlo, es muy importante hacerlo notar debido a la representación que están construyendo en cuanto a nuestra profesión, puesto que nosotros podemos tomar medidas que reivindiquen o modifiquen la percepción que la comunidad esta integrando en cuanto a nosotros los cirujanos dentistas.

Las acciones empleadas por el odontólogo ante la odontalgia representa un punto en el que las informantes en su mayoría asumen que se realizan técnicas de extracción de órganos dentales como principal medida de tratamiento o prescripción de medicamentos para eliminar el dolor sin ayudar a la función tal y como expresan cinco informantes, y rescatamos un claro ejemplo de este accionar: *"sacan dientes..., yo me imagino que limpian el diente y hacen que las medicinas te quiten el dolor... si la caries ya llevo al nervio te la tienen que sacar"* JMV38.

En el caso de una de nuestras entrevistadas que ha conformado la construcción de su saber popular de acuerdo a su experiencia de vida debido a su acercamiento al conocimiento de formación como Cirujano Dentista, cursando dos semestres de la licenciatura; su conocimiento acerca del área es más extenso y profundo.

Los recursos terapéuticos de autoatención doméstica que describimos anteriormente, son usados con frecuencia, ya que representan la continuación de una tradición oral transmitida y aplicada durante varias generaciones, estas prácticas son reproducidas debido a que han resultado eficaces, en los que hemos notamos que varios de estos *remedios* son utilizados de igual manera o en combinaciones de uso con otras terapéuticas de autoatención a su alcance ante el herpes simple recurrente, la movilidad y dolor dental, además de que prolongan su asistencia a una consulta dental, producto del estigma social que conllevan, el cual complica la iniciativa de acudir a un tratamiento integral estomatológico de manera formal; el terror y la pesadilla que les implica acudir al dentista es una representación con bases profundamente establecidas, aunado al argumento de *pobreza* del que atribuyen la causa prioritaria, acusando que el costo del servicio odontológico es alto y no lo pueden costear, aunque ellas reconocen la existencia de clínicas de atención a la salud que ofrecen estos servicios con costos accesibles dirigidos a la población de condiciones económicas limitadas, aún así deciden evitar en la medida de lo posible la participación del profesional de la salud en el tratamiento de sus procesos enfermantes, rehúsan a asistir, ofreciendo argumentos que los excusen; íntimamente ligados a su aproximación de las representaciones e imaginarios sociales con respecto a las patologías estudiadas durante esta investigación; siempre que los "*remedios caseros*" que utilizan les resulten eficaces, y prolonguen lo posible el inicio de un tratamiento integral con un profesional de la salud, las seguirán usando como primer medida terapéutica de autoatención ante los padecimientos bucales mencionados.

CONCLUSIONES

La presentación de los resultados nos ha servido para analizar los objetivos que nos planteamos al inicio de nuestro proyecto de investigación, con respecto a la repercusión del saber materno ante el autodiagnóstico odontológico y la trayectoria curativa elegida en las integrantes de la comunidad de estudio sobre: la movilidad dental, el herpes simple recurrente y la odontalgia

Los testimonios de las integrantes del grupo de trabajo en cuanto a herpes recurrente, en su totalidad nos refieren haber experimentado al menos una vez en su vida lo que ellas conceptualizan como “fuegos”, ya que se determinó que dos entrevistadas en sus testimonios nos reportan lesiones traumáticas que autodiagnóstican como herpes simple recurrente, ya que no establecen que exista diferencia entre una ulcera y un “fuego”; en cuanto al agente causal de la patología, cinco informantes dicen desconocerlo y tan sólo dos lo identifican como un virus, información obtenida por medios no provenientes de discursos médicos.

En su totalidad todas las informantes recurren al uso de tratamientos domésticos, siendo el de manejo más frecuente la sal de grano; el segundo más utilizado es un producto comercial que contiene aciclovir llamado cicloferón, empleado por recomendación en comerciales transmitidos en medios de comunicación; ninguna de ellas cree necesario acudir a consulta odontológica por esta patología ya que aseguran ésta no es atendida por un Cirujano Dentista y en caso de ser necesario asistirían a un médico.

El saber popular materno de las madres integrantes de nuestro grupo de estudio ante el herpes simple recurrente reportan como una patología de transcurso natural y transitorio, producida por alguna enfermedad sistémica que no lograron determinar, y que los “fuegos” pueden ser contagiosos, pero no les representa un riesgo latente; el herpes simple recurrente les representa algunos malestares físicos tolerables, y sentimientos de pena producida por la apariencia, ansiedad y

disgusto, lo cual la hace un padecimiento que no le imprimen mucha importancia ya que los malestares que produce son pasajeros y remiten por sí mismos en unos días, aparte de reportar que los tratamientos utilizados no erradican la patología, ya que reincide y los “remedios” que utilizan sólo son paliativos.

Los testimonios en referencia a la movilidad dental nos revelan que es un signo poco común en su experiencia familiar; determinamos que esta afección no es asociada a una parodontopatía, por lo tanto la descartan como un proceso degenerativo que requiera la intervención de un profesional de la salud bucodental, la mayoría asocia como factor causal la existencia de un traumatismo previo, o como un proceso natural en un periodo de erupción dental en edad infantil y tan sólo una entrevistada lo identifica como repercusión secundaria a una enfermedad sistémica; con respecto a esta patología los medios de autoatención doméstica son los de primera elección a utilizar en la mayoría de los casos, aunque establecieron que la participación del Cirujano Dentista en el tratamiento de la movilidad dental es necesaria, pero sus testimonios refieren una predilección al uso de tratamientos domésticos, los cuales son muy variados, ya que nos es una enfermedad que reconozcan como común; mencionan pocos tratamientos para la movilidad dental, los que van desde tortilla quemada hasta infusiones de corteza de encino, entre otros; debido a que sólo una de nuestras entrevistadas reportó haberla padecido.

Los saberes han resultado variados, por lo que las participantes de este ejercicio metodológico con excepción de una de ellas, nos indican que sus saberes acerca de la patología es muy escasa ya que no es parte de su cotidianidad, por lo que no lo conceptualizan como una enfermedad de consecuencias desfavorables en su salud bucodental, aunque si nos señalan que en caso de presentarla les produciría angustia y temor e imaginan “irían corriendo al dentista”. La entrevistada que presenta episodios intermitentes de movilidad dental expresa identificarlo como un padecimiento transitorio autocontrolable que no requiere atención por un Cirujano Dentista, y le reporta sentimientos de angustia y cierta incertidumbre, y debido a

que sus autotratamientos han sido realizados con resultados favorables para sus expectativas, a ella este padecimiento no le representa una enfermedad, sino un episodio ocasional sin mayores repercusiones que ya forma parte de su cotidianidad, por lo tanto un proceso que no necesita la intervención de un odontólogo.

La totalidad de las informantes refieren haber experimentado en alguna o repetidas ocasiones la odontalgia de tipo orgánica y psicogénica, los testimonios obtenidos a este respecto identifican a procesos cariosos y malestares propios del embarazo como principales factores causales, desencadenantes de un dolor dental, y en su totalidad reportan el uso de algún autotratamiento doméstico previo a la asistencia a consulta odontológica; siendo el más popular una especia utilizada en la cocina mexicana conocida como clavo, entre varios más, debido a que es un padecimiento frecuente en su entorno familiar, por lo que reconocen varios tratamientos domésticos aprendidos por tradición oral de los cuales también hacen uso. Los motivos comentados por las entrevistadas acerca del uso de medidas domésticas son para evitar en lo posible la visita al dentista y sólo acuden a consulta como acción de urgencia cuando no han podido controlar la odontalgia.

La odontalgia es un padecimiento que les representa a la totalidad de las entrevistadas un síntoma de carácter extremadamente doloroso, utilizan expresiones tales como: "prefiero experimentar un parto a un dolor dental" según sus experiencias personales de más de una integrante del grupo de trabajo, también reportan ser una sensación desesperante, desagradable, intensa, constante, insoportable, penetrante, punzante, fuerte, frustrante, entre otros; nos describen infinidad de calificativos acerca de su sentir en cuanto al dolor dental, para ellas es una síntoma importante de padecimientos bucodentales, por lo que es más común que asistan al consulta dental por este motivo.

La experiencia que nuestras entrevistadas nos refirieron acerca de la consulta odontológica a la cual todas han asistido, ya sea en una o varias ocasiones es que han recibido algún tipo de tratamiento de los que coinciden son de carácter mutilatorio en la mayoría de los casos, siendo la extracción dental la principal acción que han recibido como pacientes de acuerdo a su experiencia y de las cuales no contamos con conocimiento suficiente para ingerir un juicio, la consulta dental es una experiencia desagradable, incomoda y con resultados curativos limitados según determinan nuestras informantes durante el transcurso de nuestra investigación.

El tema de la prevención de enfermedades, predominó en ciertos comportamientos derivados de discursos de modelos biomédicos, resultantes de su bagaje cultural que han obtenido a través de acercamientos con los mismos, pero con una tendencia a ampliar el repertorio echando mano de sus saberes populares.

La correspondencia general que existe entre lo que se piensa y lo que se decide hacer respecto a las patologías aquí presentadas, nos indica que entre las prácticas maternas realizadas por el grupo de madres que integraron el grupo de trabajo de nuestra investigación encontramos una adaptación entre experiencias aprendidas, aplicadas y apropiadas por su grupo comunitario y acciones biomédicas a las que han tenido acceso en su experiencia de vida; y que la práctica social es la que determina el uso combinado de distintas acciones de autodiagnóstico y la elección de trayectorias curativas distintas, asistiendo o no con un profesional del área de la salud, en este caso un estomatólogo.

Los llamados "remedios populares" utilizados incluyen yerbas y condimentos alimenticios utilizados en la cocina mexicana, masajes, sustancias químicas, medicamentos de patente, entre una gran variedad de recursos a los que acuden en su desesperanza de buscar alivio a sus padecimientos

La influencia biomédica en el tratamiento de estos padecimientos repercute únicamente en los discursos de los que se han apropiado y en ocasiones aplicado que aprendieron producto de un contacto con personal de la salud, aunque la primera acción terapéutica es el uso de un recurso doméstico, reflejando en la mayoría de los casos presentados en una eficacia óptima a los que se han dirigido sus prioridades.

Nuestra inquietud como Cirujanos Dentistas de los que denominados riesgos iatrogénicos no les reporta motivo de inquietud, ya que consideran a sus medidas autotratamiento como “no *peligrosas*” o con alguna contraindicación, ya que piensan son inofensivas y con resultados favorables.

La determinación de las diferentes trayectorias curativas las disciernen según los resultados obtenidos ante sus medidas autodiagnósticas y de autotratamiento utilizadas, eligiendo el uso de tratamientos domésticos y/o biomédicos según lo determinen en cada caso.

A partir de lo antes mencionado podemos concluir que las madres poseen un bagaje de información popular ante el herpes simple recurrente, la movilidad y el dolor dental, que tienen como principal fuente de aprendizaje las experiencias propias o de sus grupos de pertenencia, lo que les permite identificar y discernir entre estos padecimientos una trayectoria curativa, esta aseveración la remarcamos ya que consideramos a la madre como principal estructura de autodiagnóstico y autoatención, además de ser formadora de redes sociales de las que se apoya para construir sus apreciaciones acerca de su entorno comunitario, construyendo así su cultura médica materna.

La importancia de valorar la cultura médica materna de acuerdo a nuestra experiencia reside en que en la mayoría de los casos es el primer acercamiento que se tiene con las patologías tratadas por este trabajo en los núcleos familiares de las madres participantes de nuestro proyecto de investigación.

En nuestra consideración invitamos al personal de salud a integrar el saber popular como una herramienta útil en la elección de acciones diagnósticas, terapéuticas, en la confección de actividades preventivas, ya sea comunitarias o individuales; ya que partiendo del bagaje cultural que una comunidad o individuo manejen se puede lograr un acercamiento a la realidad de sus necesidades específicas, resultando en un auxiliar para atención integral, que es el objetivo que se pretende dentro de nuestra formación como Cirujanos Dentistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Menéndez. El saber médico y el saber popular. Cuadernos de la Casa Chata: México; 1984
2. Osorio RS. La cultura médica materna y la salud infantil [Tesis Doctoral]. ENAH, México; 1994
3. Tomado de la página principal del Sector Salud del Estado de México. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx>
4. Duncan P. Curanderos, divinidades, santos y doctores. Revista América Indígena 1989; 49 (4):635-660
5. Zolla C, Carrillo AM. Medicina tradicional y enfermedad. Cuadernos de la Casa Chata: México; 1989
6. Nieva RB, Jácome LS. Representaciones Sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. Revista de la federación Odontológica Colombiana 1999: 26-33
7. Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Revista alteridades 1994; 4 (7): 71-83
8. Kenny M., De Miguel JM. La antropología médica en España. Barcelona: Ed. Anagrama; 1980
9. Menéndez EL., Di Pardo RB. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS; 1996
10. Medina MP. Ponencia: Mediaciones en la comprensión de los imaginarios y de las representaciones sociales en educación. Formas de hacer, generaciones, trayectorias e historias de vida. Primer Coloquio Nacional: Representaciones e Imaginarios Sociales en los procesos educativos. CD interactivo. México: 2002
11. Zolla C, Carrillo AM. Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En: Figueroa PJ. Compilado. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México: Colegio de México; 1995: 167-197
12. Hersch MP. Tlazol, ixtlazol y tzipinación de heridas: implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico. Dimensión antropológica 1995; Vol. 3: 27-59

13. Universidad Autónoma de Zacatecas. Portal Universiada 2002. Aprovechamiento y comercialización de la *Jatropha Dioica*. [en línea] 2002. Disponible en: www.universia.net.mx/contenidos/noticias/ventanaabierta/uaz/columnaiyp.html
14. Hernández ZM. Reseña de tesis. Tratamiento homeopático de la estomatitis, herpes, aftas y úlceras. Revista Tópicos de Investigación y Postgrado. [Tesis Maestría]. México: FES Zaragoza; 1996
15. Bagán SJ. Lesiones de la mucosa oral por agentes mecánicos, químicos y físicos. En: Echeverría GJ, Cuenca SE. Directores. El Manual de Odontología. Barcelona: Masson; 1998
16. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. México: Interamericana; 1991
17. Grispan D. Aftas, aftoides y aftosis. En: Enfermedades de la boca. Tomo II. Buenos Aires: Mundi; 1977
18. Greenberg MS. Lesiones ulcerosas, vesiculares y ampollares. En: Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. Editores. Medicina bucal de Burket, Diagnóstico y Tratamiento. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996
19. Salas LM, Rivas GJ. La odontología del pueblo Maya. Revista ADM 2001; 53 (3): 18-26
20. Sanfilippo J. El código de la Cruz-Badiano y la Estomatología. Revista ADM 1991; 48 (6): 45-49
21. Aguilar EC. Antropología odontológica mexicana. Revista ADM 1993; 50(4): 249-255
22. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 3ª ed. España: Panamericana; 2000
23. Cohen WD. Periodoncia. 3ª ed. México: MacGraw Hill Interamericana; 2001
24. Pardias ML, Abiague B, Maoyori V. Tratamiento de la reabsorción radicular con hidroxiapatita, presentación de un caso clínico. (on line). 2002; disponible en: <http://www.grm.sid.cu/virtual/multimed/rm1-00/rmarti1.html>
25. MacPhee T, Cowley G. Fundamentos de Parodoncia. México: Noruega editores; 1989
26. Carranza FA, Sznajder CS. Compendio de Periodoncia. 4ª ed. Argentina: Panamericana; 1996

27. Montoya BC. Actualización en elementos de diagnóstico y clasificación de las Enfermedades Periodontales. Revista de la fundación Juan José Carrazo 2002; 7(16). Disponible en línea:
<http://www.fundacioncarraro.org/revista-2002>
28. Rodríguez FCA. Parodoncia. 6ª ed. México: Mendoza editores; 2000
29. Mendoza RV, Castro LSA, Pozos GAJ. Injerto óseo de periodontitis agresiva; reporte de un caso. Revista ADM 2002; 59 (5): 84-88
30. Aplicaciones del láser en la odontología [en línea] 2003: disponible en:
<http://www.odontosalud.com/servicios/>
31. Hernández Z. La historia de la odontología en el México prehispánico [tesis]. C.C.H. Oriente.;1978
32. Silva M. Revisión histórica de los diferentes herbolarios en odontología. [tesis]. UNAM: F.E.S.Z.; 2000
33. Presman J. El acto médico odontoestomatológico. 2ª ed. Buenos Aires: Mundi;1986
34. Dagnino SJ. Definiciones y Clasificaciones del dolor. Boletín Esc. de Medicina UCC 1994; 23:148-151. Disponible en línea:
http://www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/boletín/html/dolor/3_2.html
35. Beks JW. El manejo del dolor. México: El manual moderno 1987; citado en: Compilador Cortés ME. Material Didáctico: Motivación, dolor y ansiedad en el paciente dental. Módulo Psicología Clínica Integral I y II, 1988.
36. Máximo JG, Nicolasi NL. Semiología en la práctica de la odontología.3ª ed. Santiago Chile: Mc Graw Hill Interamericana; 2000
37. Canalda CS, Bran AE. Endodoncia. Técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona: Masson; 2001
38. IASP. Classification of Chronic Pain. [en línea] 1986: disponible en:
www.iasp.com
39. Woodaill IR. Tratado de higiene dental. 4ª ed. México: Nueva editorial Interamericana. Tomo II; 1992
40. Harty FJ. Endodoncia en la práctica clínica. México: El Manual Moderno; 1984
41. Taylor SJ., Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.; 1996

42. Mayan JM. Una introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de entrenamiento para Estudiantes y profesionales. 2001, disponible en: www.ualberta.ca
43. Pickard HM. Manual de operatoria dental. México: El Manual Moderno; 1987
44. Beers MH, Berkow R. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. 10ª ed. Madrid: Merck & Co ;1999
45. Moreno BL. Razón y pensamiento. Revista América indígena 2002; 25-28
46. Sepúlveda JD. Definición y clasificación del dolor. Boletín de la escuela de medicina de la Universidad Católica de Chile [en línea], 1994; 23: 148-151. Disponible en: www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html
47. Galego FP, Garcia QA, Gude SF, Garcia GA. Tramadol en el tratamiento de dolor de origen dentario en un servicio de urgencias en el hospital de emergencias [en línea], 1996; 8 (6): 12-16. Disponible en: www.semes.org/web.institucional/emergencias/revista/vol08.6/12-16.pdf
48. Jaén FR. Dolor dental de origen no odontogénico. Revista Odontológica, Colombiana 1994; 19 (1); 32-36
49. Hernández ZM. Tratamiento homeopático de la Estomatitis, herpes, aftas y úlceras. [Tesis de Especialidad Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía]. México: I.P.N.; 1996
50. Genco RJ, Goldman HM, Cohen WD. Periodoncia. México: Mc Graw Hill; 1993
51. Wilson TG, Kornman KS. Fundamentals of Periodontics. USA: Quintessence; 1999
52. Censo poblacional 2003, disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/enciclo/mexico/mpios/15083a.htm>, <http://salud.edomexico.gob.mx>
53. Mendoza NV, Romo PR, Sánchez M, Hernández ZMS. Investigación, Introducción a la metodología. México: UNAM. F.E.S.Z. Sistema de universidad abierta; 2002
54. Murray D. Donde no hay dentista. México: Prodissep A.C.; 1989

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

GUIA DE ENTREVISTA.

1. Le hace falta algún diente en su boca, ¿Por qué razón?
2. ¿Cómo se imagina que estarán pegados los dientes en su boca?
3. ¿Qué se imagina que pasara para que los dientes para que se aflojen?
4. ¿Qué se le ocurre pensar al verlos flojos, qué siente al verlos así?
5. ¿Qué es lo primero que hace al ver que tiene algún diente flojo?
6. ¿Usted conoce alguna forma para remediar el padecimiento de los dientes flojos? Sí es así ¿cómo se ha enterado?
7. ¿Ha ido con el dentista por este motivo? ¿Qué explicación le ha ofrecido al respecto?
8. ¿Conoce usted al interior de su familia o en personas cercanas a usted con este problema de movilidad de dientes?
9. ¿Alguna vez ha tenido dolor en algún diente?
10. Cuénteme ¿cómo es el dolor, qué tipo de dolor presenta?
11. Si le dolió otra parte en su boca ¿por qué cree usted que le duela otro lado, estará conectado?
12. ¿Qué se imagina que le pasara al diente para que duela así?
13. ¿Qué es lo primero que hace cuando le duele un diente?
14. ¿Conoce usted si al interior de su familia o en personas cercanas a usted han padecido este mismo problema de dolor de dientes?
15. ¿Ha ido con el dentista por este motivo? ¿Qué explicación le ha ofrecido a este respecto?
16. ¿Alguna vez ha padecido la presencia de un fuego en alguna parte de la boca?

17. ¿Alguna vez ha presentado una sensación de cosquilleo antes de la aparición de un fuego?
18. ¿Cómo cuanto tiempo le ha durado esa sensación de cosquilleo por un fuego?
19. ¿Dónde se han presentado: paladar, debajo de la lengua, en la "carnita", en las encías, en el labio por dentro o por fuera, sobre la lengua?
20. ¿Le ocurre con frecuencia la presencia de fuegos?
21. ¿La presencia de estos fuegos en la boca le causan algún malestar y cómo se siente ante esto?
22. ¿Qué hace para disminuir o eliminar las molestias que esto le provoca?
23. ¿Cómo son las "vejiguitas"; tienen agua por dentro, le arden, le sangran?
24. ¿Se ha imaginado usted por qué le salen estas "vejiguitas"?
25. ¿Conoce usted al interior de su familia o en personas cercanas este mismo problema?
26. ¿Alguna vez ha ido al dentista o al médico por este motivo y qué explicación le ha ofrecido al respecto?

**Nota: Esto es una guía de entrevista pre-estructurada, en los casos en que las preguntas arrojen testimonios de interés se considerara la pertinencia de ahondar o profundizar en ese dato; atendiendo de igual forma a los testimonios que no representen una experiencia de importancia en la persona con respecto a los padecimientos de los que daremos cuenta.



DIRECTORA DE TESIS Y PARTE DEL EQUIPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



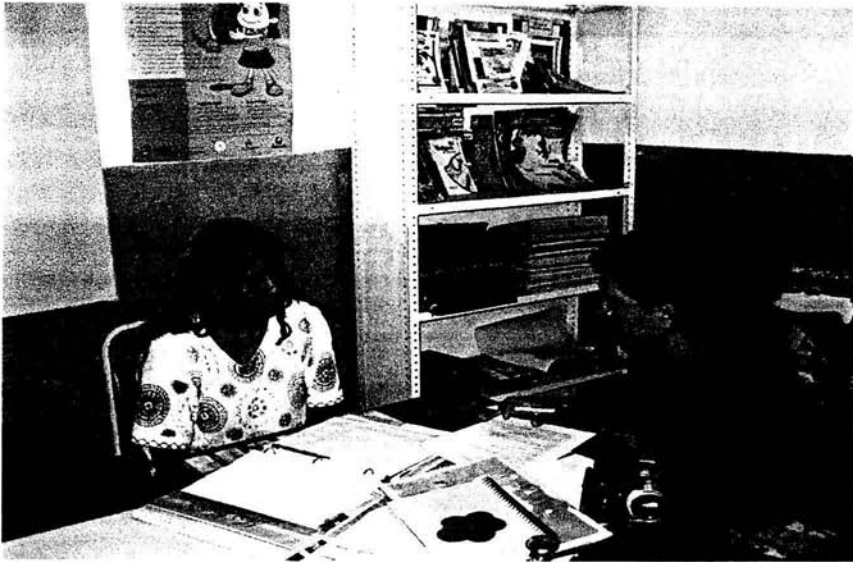
PARTE DEL EQUIPO DE PROMOTORAS DE SALUD BUCODENTAL, INFORMANTES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



REALIZACIÓN DE GUÍA INTRODUCTORIA POR LAS INFORMANTES



SESIÓN DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD CON EL EQUIPO DE TRABAJO DE LAS PROMOTORAS VOLUNTARIAS DE SALUD DEL PREESCOLAR "JUAN RULFO"



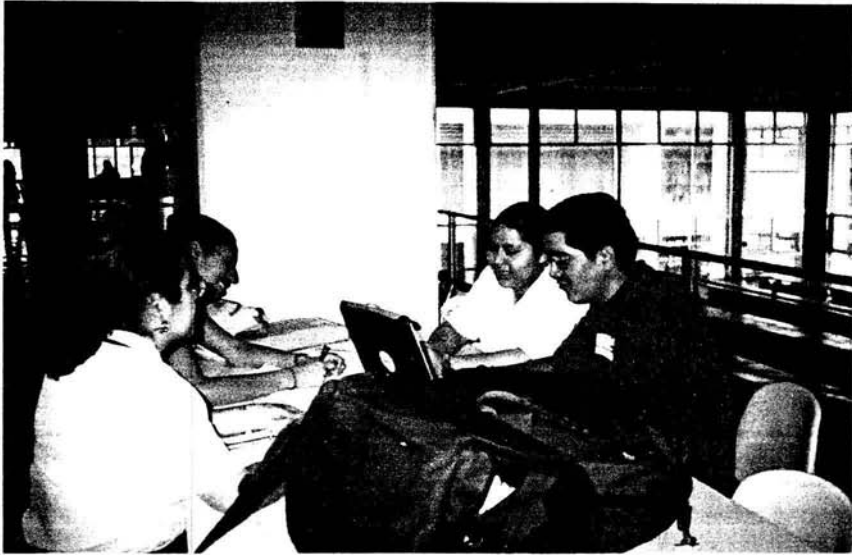
REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A UNA INTEGRANTE DEL GRUPO DE PROMOTORAS DE SALUD BUCODENTAL DEL PREESCOLAR "JUAN RULFO"



REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD CON UNA DE NUESTRAS INFORMANTES.



ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A UNA INTEGRANTE DEL GRUPO DE PROMOTORAS DE SALUD BUCODENTAL DEL PREESCOLAR "JUAN RULFO"



RECOPIACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS



EQUIPO DE TRABAJO EJECUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.