

La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura?

María del Pilar Díaz Murillo

Antropóloga, M. Sc. Salud Pública Profesora Asistente. Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Tel. 3681537. E-mail: mpdiazm@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

El artículo llama la atención sobre la necesidad de estudiar la salud oral desde una perspectiva sociocultural, pues hay interpretaciones diversas sobre: la importancia de ella, los tratamientos que se consideran benéficos, el origen de los problemas bucales e incluso sobre el mismo servicio odontológico. La percepción de los legos, mediada por la Cultura, tenderá a hacer actuar a los individuos de una manera particular que muchas veces no coincide con la de los profesionales de la salud.

Palabras claves: Salud oral, percepción de riesgo, morbilidad sentida, Antropología médica, Antropología de la salud, concepción de salud y enfermedad.

ABSTRACT

Oral health: a matter of culture?

This article emphasizes on the need to study oral health from a social and cultural perspective, bearing in mind that its importance, the benefits of treatments, the origin of oral problems and even the oral health services are subject to different interpretations. The perceptions of people, mediated by culture, could make individuals act in particular way which not always agrees with that of health professionals.

Key words: Oral health, perception of risk, perceived morbidity, medical anthropology, anthropology of health, conceptions of health and disease.

En Colombia los problemas odontológicos son las enfermedades más comunes en todos los períodos de la vida desde el segundo año. La prevalencia de individuos con caries dentales fluctúa alrededor del 95% en todos los grupos de edad a partir de los 4 años, según el Estudio Nacional de Salud (1). Esta situación puede reflejar diversos hechos: la gente no le atribuye una importancia considerable

a la salud oral, no hay acciones preventivas y curativas suficientes o exitosas, ausencia de mutuo entendimiento entre odontólogos y potenciales usuarios del servicio odontológico, o una combinación de todas esas circunstancias que agrava el panorama de la salud oral en el país. Todo ello invita a realizar investigaciones que muestren dónde pueden estar las dificultades para el mejoramiento de la salud oral.

Por otra parte, la salud oral es un aspecto poco común dentro las investigaciones sociales, particularmente en las de antropología médica, cuyo énfasis se coloca primordialmente en la conceptualización cultural del cuerpo o sobre concepciones particulares de enfermedad y su estructuración dentro de la sociedad. Por lo contrario, en el área de la antropología física se encuentran estudios sobre la salud oral y las prácticas asociadas a ella. Incluso, en esta área han incursionado algunos odontólogos para describir la condición bucodental de diferentes grupos poblacionales colombianos (2). Pudiera pensarse entonces que la separación que sufrió la práctica odontológica de la medicina se proyectó en los estudios de antropología médica. Por ello, y porque no se suele tener en cuenta en los programas de salud las percepciones diferentes entre legos y expertos sobre un mismo fenómeno, esta reflexión se enfocará sobre la interpretación que hacen de la salud oral personas con experiencias ocupacionales y profesionales diferentes, a partir de un estudio realizado por la autora en Florencia, Caquetá (3).

PERCEPCIONES DIFERENTES

Para aproximarse a aquella interpretación diferencial, se debe observar la salud oral dentro del marco de la morbilidad sentida (lo que la gente explícitamente califica como problema de enfermedad), lo cual necesariamente remite a las percepciones, tanto de salud-enfermedad como de riesgo (probabilidad de que se produzca un daño en la salud). Si no se percibe una situación o un hecho como morboso seguramente tampoco se identificarán los factores asociados a él como posibles causas. Por tanto, la gente no tendría por qué actuar sobre ellos de una manera preventiva. Sin embargo, percepciones diferentes sobre un mismo hecho pueden “chocar” cuando individuos con formas distintas de analizarlo se encuentran, por ejemplo: una persona cualquiera puede no ver la salud oral como una cuestión prioritaria, mientras para

un funcionario de una institución de salud, sí lo es y por tanto considera fundamental abordarla como problema. Veamos un caso real, que contrasta opiniones de informantes sobre el servicio de odontología suministrado a los niños en los Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF):

* **"Les facilita el trabajo a las madres comunitarias.** Se insiste en el hábito de la higiene oral y así se puede tener un control y se pueden convencer a las usuarias" (*Funcionario del antiguo Servicio de Salud del Caquetá*). (Resaltado de la autora).

* Utilizan el servicio de odontología porque **"es un elemento que favorece que la madre usuaria vea el Hogar Comunitario como algo mejor.** Hay Madres Comunitarias que consideran excelente el servicio, otras todavía no le ven la importancia al programa porque no se ve la importancia de prevenir en salud oral: todavía están al nivel de sacar dientes" (*Funcionario del antiguo Servicio de Salud del Caquetá*).

* "Hubo una mamá muy descuidada con los niños. A la niña en el Hogar le hicieron tratamiento. **La mamá dijo que si la niña moría era culpa de la extracción de la muela.** Hay madres muy descuidadas: le dan un cepillo al niño, se cepillan; pero no están pendientes si se cepillaron bien o mal. Los niños lo que hacen, a veces, es comerse la crema dental" (*Madre comunitaria de uno de los hogares de ICBF*).

* Se pidió a las usuarias que llevaran los niños a la jornada de odontología. "No quisieron porque les sacan las muelas o les duele. **A un niño no lo volvieron a mandar porque dijo que le sacaban las muelas. Entonces la mamá no lo volvió a mandar**" (*Madre comunitaria*).

Se advierte en las citas anteriores una interpretación diferente, incluso opuesta, entre expertos (funcionarios de salud) y usuarios. Cada uno hace un razonamiento distinto sobre el servicio de odontología, que estructura de manera particular el conocimiento que cada quien posee, a la luz de la cultura dentro de la cual se ha formado, y que le

permite tanto opinar como tomar una decisión pensada, que sopesa riesgos y beneficios partiendo de la bondad percibida que le asignen al hecho analizado: servicio odontológico (4). Es factible plantear que hay valoraciones negativas del servicio de odontología que pueden afectar la aceptación y éxito del mismo. Ellas están imbuidas en lo socio-cultural y permiten resaltar su importancia como una realidad y no como una distorsión de ella (5). A esto se agrega que el servicio de salud oral se podría constituir en un obstáculo para la labor de las Madres Comunitarias, pues el reclamo de las usuarias de los Hogares recae sobre ellas: se generan conflictos interpersonales. Además, algunas al no enviar a sus pequeños afectan la cuota de 15 niños que cada Hogar Comunitario debe tener para seguir funcionando normalmente.

¿MORBILIDAD SENTIDA?

Cuando se pregunta a las madres de menores de 5 años sobre la salud oral, usualmente reconocen su importancia (3). Sin embargo, no se refieren de manera directa a la salud oral cuando indican los problemas de salud más sentidos de sus hijos, por lo general diarreas, infecciones respiratorias y afecciones de la piel.

Las maestras de escuela también señalaron que las madres no dan mayor importancia a la salud oral de los menores de 5 años:

* "Hay padres que dicen que como son dientes de leche... no hay que cuidarlos".

* La gente es muy descuidada con la salud oral de los pequeños: no le revisan la boca, ni la dentadura, porque no le dan trascendencia. "A veces los niños no vienen a clase por dolor de muela o inflamación en la boca".

* "Hay muchas caries, pero no le ponemos cuidado porque... más de observar no se puede hacer más, porque no hay presupuesto para ello y no hay una entidad que se preocupe para llevar ese programa (de salud oral) a las escuelas o al barrio".

Sobre el programa de odontología las madres anotaron que allí aseaban a los niños y su uso les permitía tener una buena dentadura. Sin embargo, funcionarios del entonces Servicio de Salud del Caquetá señalaron que el programa de odontología no parecía contar con mucha acogida, por falta de interés y motivación de los padres e insuficiencia de recurso humano. El primer punto se refuerza al recordar que la atención odontológica es gratuita para quienes asisten cumplidamente a las citas del programa de Crecimiento y Desarrollo. Según un entrevistado, odontología es el programa que menos usan las madres y otro indicó que los niños le tienen miedo al odontólogo, lo cual puede constituir un obstáculo considerable en la aceptación de dicho servicio. Veamos algunas opiniones de varios funcionarios del Servicio de Salud:

* "No prestan atención: no piensan la importancia de los dientes y no son conscientes de la importancia del cepillado. Poco valoran al odontólogo y no llevan los niños".

* "No conocen los riesgos porque no tienen educación sanitaria; no se les ha dado".

* "A los dos años están llenos de caries o se les han partido los dientes por falta de hábitos higiénicos".

* "Existe la mentalidad de que como son los dientes de leche y se van a caer... no importa. Además, la nutrición y los hábitos higiénicos no son adecuados".

* "Las higienistas dicen que la mayor parte de la gente se descuida mucho, a pesar de los programas. Se les daba un estuche, al año se les pedía el cepillo y se encontraba nuevo. Además, hay poco personal para cubrir la población".

* La no relevancia atribuida a la salud oral es "por la cultura de la gente: es muy baja y no le da importancia a esas cosas".

Se advierte entonces una tendencia entre algunas maestras y funcionarios del servicio a culpabilizar a la gente: es ésta quien no cam-

bia, bien por falta de educación, de higiene o por descuido en general. No se señala la posibilidad de que algo pueda estar sucediendo con la forma en que se desarrolla el programa de salud oral.

Las parteras son agentes populares de salud que no sólo se encargan de recibir el niño al nacer, sino de velar por la salud de la madre antes y después del parto, así como de atender a los pequeños en caso de enfermedad. Al preguntar a dos de ellas sobre la morbilidad más frecuente en los niños menores de 5 años, tampoco refirieron enfermedades orales como prioritarias. Sin embargo, una de ellas, al mencionar diferentes tipos de diarreas que los niños pueden presentar, identificó una relacionada con la presencia de placas en la boca:

“Les sale infección. **Esa infección es en forma de granos encanados dentro de la boca, los labios y la lengua.** Le salen placas. Y **cuando la madre se descuida,** no le hace remedios a tiempo o no lleva al bebé a un médico o a un puesto de droguería, pues **al niño le puede dar daño de estómago. Es tan grave la infección que infecta al organismo, y de ahí emana que el niño siga con daño de estómago y de ahí, le puede causar la muerte.** Se distingue esa diarrea de otras porque es un estiércol muy fétido. Lo que defeca un niño lo defeca de varias clases: a veces verde, a veces amarillo, a veces baba. Eso es mortal. La novedad de esa clase es que, si los padres no acuden a un médico rápido, el niño puede fallecer”.

Nótese que en la estructuración de la idea de la partera, la falta de cuidado por parte de la madre ante la infección oral es lo que puede permitir el agravamiento de la situación y la presencia de un tipo de diarrea que puede ser mortal.

Al preguntarle explícitamente a la misma partera sobre el cuidado de la boca dijo:

“Eso es muy aconsejable para uno decirle a la madre. Yo miro varios niños con la boquita toda hinchadita, toda sufrida, martirizada por esos dienteitos malos. Yo les digo a las mamás: vayan, lleven el niño a donde el médico, para que de cualquier manera le quiten ese sufrimiento a esa criaturita. Eso es mucho sufrir: esos dientes de esa ma-

nera. Llévelo, háganle extraer esas muelitas, esos dientecitos y pues, es aconsejable el aseo. Algunas personas ponen cuidado y llevan los niños donde el médico, a hacerles extraer esos dientecitos. A veces unos los llevan al odontólogo y otros al mecánico dental”.

Nótese que ella aludió persistentemente al médico y no al odontólogo para atender la salud oral, lo cual puede indicar que no hay una clara comprensión sobre el papel del segundo.

La salud oral de los niños, para el común de la gente, pareciera no tener relevancia, idea posiblemente relacionada con el hecho de que los pequeños cambian de dientes: son recuperables hasta cierto punto. Por otro lado, como ya se dijo, el servicio de odontología cuenta con resistencia por parte de las madres y los niños, tanto por el temor a los efectos percibidos del servicio como al odontólogo, muchas veces ligado a la sensación de dolor, y a experiencias previas negativas de los usuarios, quienes las generalizan a todo servicio odontológico. Ante este panorama ¿cómo promocionar la salud oral?

¿QUIÉN INTERPRETA Y CÓMO?

Muchas actitudes son juzgadas a la luz del sentido común, que se supone hace razonar de una manera específica que catalogamos como lógica. Pero ¿funcionará dicha lógica de manera igual para todos cuando analizamos a partir de referentes diferentes como la cultura? Me inclino a pensar que no. Hace algún tiempo dentro de un trabajo académico de una Facultad de Odontología, en un barrio marginado de Bogotá, se encontró que la gente efectivamente tenía cepillo de dientes, sólo que al profundizar en el asunto se descubrió que, a veces, había un sólo cepillo de dientes para toda una familia. En este caso ¿qué es más peligroso, tener el cepillo o no tenerlo?

Una maestra comentó que algunas madres creen que el cepillado hace daño y que el flúor es perjudicial porque causa diarreas (3). Notó también que los hijos de estas señoras son los que tienen la dentadura más mala. Sin embargo, eso no sucede únicamente en Florencia. Según Camilo Duque (Comunicación personal, 1998) durante un trabajo comunitario en los barrios La Flora y La Esperanza de Bogotá, una

Madre Comunitaria de los Hogares de ICBF, relató que la crema dental para 15 niños sólo duraba 8 días porque a los niños les encantaba su sabor y por eso les gustaba cepillarse. De hecho, sólo se cepillaban cuando tenían crema. De acuerdo a la interpretación de esta Madre Comunitaria tal hecho constituía un peligro porque la crema tenía flúor, el cual consideraba un veneno y producía diarrea. Se nota como el sabor logra capturar consumidores, pero a su vez se constituye en un riesgo percibido para los niños que se la comen atraídos por su sabor.

Al averiguar en Jardín Infantil del barrio Ricaurte de Bogotá, sobre la percepción de los niños respecto a la caída de los dientes, se encontró que un pequeño no manifestó temor a perderlos ya que su abuelita se los sacaba todas las noches, los lavaba y los dejaba en un vaso con agua (Camilo Duque, comunicación personal, 1998). Aquí se advierte que el niño no separa una prótesis artificial del resto del cuerpo real: para él la caja de dientes parece hacer parte natural de la boca. Bajo esta percepción no le preocupa perder sus dientes

Por otra parte, es común que alguna gente de acuerdo a prácticas que adquiere en la familia, o a sugerencias de amigos, decida sobre lo que considera un tratamiento adecuado para sus problemas de salud oral. En una exploración en Bogotá sobre prácticas de cuidado oral se preguntó a un grupo de personas qué hacían cuando les dolía un diente y quién les había sugerido el tratamiento. Se identificaron prácticas que a la luz del enfoque de un funcionario de salud podrían ser catalogadas como riesgosas: echarse esmalte de uñas sobre el diente o hacer buches con aguardiente (sugerido y visto como eficaz por la madre de un encuestado); echarse líquido de batería (aconsejado por un abuelo y catalogado como exitoso); aplicarse perfume fino de mujer sobre el diente (sugerido por la esposa e interpretado como remedio eficaz); tomar dolex y una gota de gasolina (recetado por el “Indio Amazónico” y calificado de eficaz) y “comer avena para que vuelva a crecer el diente que se dañó” (aconsejado por unos amigos y visto como poco efectivo).

Se puede concluir que prácticas y elementos hechos con una finalidad específica son reinterpretados, se les asignan nuevos significados

y de acuerdo a ella la gente los acepta o rechaza con justificaciones perfectamente estructuradas dentro de su manera de ver el mundo.

LA LOGICA DE LA PERCEPCION

La percepción sobre la salud oral aparece mediada por la cultura a la que pertenezca el receptor. De allí se desprenderán las actitudes que cada quien considere pertinentes para interpretar como relevante o no el cuidado bucodental, los tratamientos que se habrán de proveer, las personas a quien acudir para solicitar ayuda, los deberes de cada quien al respecto y la evaluación que se haga del servicio profesional o empírico que se haya decidido emplear.

A partir de la información utilizada se podría plantear que la salud oral no es percibida realmente como un problema sentido, particularmente en los niños que no han cambiado de dentadura. Más bien parece apreciársele como algo secundario, que no requiere mayor atención y únicamente merece preocupación cuando ya es algo serio. Esta actitud puede influir para que no se presente prevención a nivel bucodental por parte de la gente.

Es importante para quienes realizan programas de salud oral en distintas poblaciones, recoger y analizar sistemáticamente las percepciones que los potenciales y reales usuarios de los servicios de odontología tienen respecto a la salud oral, la importancia del cuidado buco-dental en comparación con el resto del cuerpo y las interpretaciones que envuelven a elementos involucrados en la higiene oral, como la crema, la seda y el cepillo dental. El desconocer la opinión del común de la gente impide entender posibles obstáculos para el desarrollo de los programas e, incluso, podría afectar tanto las relaciones de funcionarios y habitantes como el uso y aceptación de ciertas instituciones que velan por la salud general de las poblaciones. Se trata de evitar lo que Shader-Frechette denominó “la falacia de echar en el olvido a la gente común” (6), que desconoce el riesgo percibido como un componente válido en la evaluación de riesgos. Este último es fundamental tanto en la prevención de la enfermedad como en la promoción de la salud.

Agradecimientos: Al CIID - Canadá, UNAMAZ (Asociación de Universidades de la Amazonía) y Universidad de los Andes por el apoyo financiero y la administración de los fondos.

REFERENCIAS

1. MINSALUD-Departamento Nacional de Planeación. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomo I. Bogotá; 1990
2. Herazo B. Antropología y epidemiología bucodental colombiana. 1a. Edición. Bogotá: ECOE Ediciones; 1992.
3. Díaz MP. Evaluación cualitativa de servicios de salud dirigidos a menores de 5 años. Su relación con el medio ambiente en Florencia, Caquetá. Bogotá: CIID-Canadá, UNAMAZ (Asociación de Universidades de la Amazonía) y Universidad de los Andes; 1995.
4. Kasperon R. Public Perceptions of risk and their implications for risk communication and management. In: Environmental Health Risks: Assessment and Management. Canada: University of Waterloo Press; 1987.
5. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. 1a. Edición. Barcelona, España: Paidós Studio; 1996.
6. Shader-Frechette K. Producer risk, consumer risk, and assessing technological impacts. Impact Assessment Bulletin. 1988; 6 (3-4): 155-164.