



Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación

Rosa María Díaz Romero,*
Martha Carrillo Cárdenas,**
José Fernando Terrazas Ríos,***
Carlos Edgar Canales
Martínez***

* Cirujano Dentista. Investigadora. Instituto Nacional de Perinatología.

** Cirujano Dentista. Docente. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

*** Odontólogo en Servicio Social. Instituto Nacional de Perinatología.

Resumen

Las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud en la República Mexicana, donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes. Sin embargo, existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario. Se realizaron mil encuestas en D.F. y Edo. de México; se utilizó un instrumento validado previamente por los autores y aplicado por los alumnos de la UAM Xochimilco. **Objetivos:** a) Conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación. b) Recabar opinión de mujeres acerca de la atención odontológica durante el embarazo. c) Describir las objeciones que argumentan las mujeres para acudir al tratamiento odontológico. d) Conocer la porción de mujeres que durante la gestación han solicitado atención odontológica. e) Evaluar la correlación existente de las respuestas obtenidas por edad y escolaridad. Las conclusiones obtenidas nos orientan a: Fortalecer programas educativos a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico sobre la temática de la odontología en el ámbito perinatal y generar apoyos para la educación en salud a nivel privado y en los diferentes niveles de atención a la salud.

Palabras clave: Salud pública, atención dental en embarazo.

Abstract

*The supportive and educative strategies that are supposed to maintain oral health, have become part of health politics in Mexico and pregnant women are now taken into consideration. Nevertheless the course of time has shown that in our culture, the dental care of pregnant women has been put aside by different thoughts and practices. The uncomfortable way of treatment and the fear that surrounds it, have caused a decrease in dental attention, in spite of this being a first priority group by the Health Society (Secretaria de Salud). One thousand surveys were performed by the students of Universidad Autonoma Metropolitana (UAM) in Mexico City and the State of Mexico; special methods were used, with prior evaluation by the authors. **Objectives:** a) Knowing the attitude of the pregnant women towards the dental treatment. b) Collecting opinions on dental treatment among pregnant women. c) Describing the reasons given by the pregnant women for not following dental treatment. d) Knowing the fraction of women who ask for dental care during the pregnancy. e) Evaluate the correlation between the answers of these questions and the age and education of the patients. The conclusions of this investigation are: to strengthen the education programs on a massive level, unify criteria of perinatal dentistry and create support for health education at a private level as well as other letters of attention in health.*

Key words: Public health, dental attention in pregnancy.



Antecedentes

El abordaje de los problemas de salud debe hacerse desde la perspectiva de una constante interacción, de un encuentro como señala Frenk,¹ en el que confluyen lo biológico, lo social, el individuo, la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción.

Las enfermedades bucales con más alta frecuencia en cualquier sociedad son la caries y las parodontopatías.² La necesidad de prevenirlas y promover la atención oportuna cuando se presenten ha sido motivo de múltiples acciones.³

Por su magnitud, las enfermedades de la cavidad oral constituyen un problema de salud pública, que depende en gran parte del comportamiento de los individuos y de la aplicación de medidas preventivas y curativas; a pesar de las acciones, de las campañas publicitarias y las políticas de salud no se ha logrado alcanzar un impacto total en la población, que se refleje en las tasas de morbilidad reportadas por las instituciones de salud.

Las causas o condicionantes que explican esta pobre respuesta por parte del público son indicadores que tienen prioridad en el momento actual, para buscar las mejores estrategias, la unificación de las acciones, la optimización de recursos y la eficacia de los programas.

El número de las publicaciones científicas que al respecto existen es una muestra de los intentos que han realizado los investigadores interesados en el tema, en donde abordan una variedad de tópicos que van desde la utilización de técnicas didácticas y programas educativos, hasta el seguimiento del individuo en el cuidado de la salud bucal; a pesar de estos esfuerzos ha habido un vacío importante de análisis en el campo de las ciencias sociales enfocadas a los aspectos odontológicos, en especial en el ámbito perinatal.⁴

Heman W.,⁵ en E.U.A. y la autora del presente⁶ en México han señalado que las actitudes y conductas de la población ante el proceso salud-enfermedad son influidas por la cultura médica existente, en la que se incluye la postura del médico; Fredison,⁷ en su ensayo sobre la construcción popular de la enfermedad, señala que un aspecto importante en la actitud y conducta ante el proceso salud-enfermedad del individuo radica en el significado que la persona le otorgue a la enfermedad.

Las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud en la República Mexicana, en donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes, como una población que amerita atención especial.⁸ Sin embargo, y a pesar de esta premisa indiscutible, el curso de los tiempos ha demostrado que en nuestra cultura, en el grupo de embarazadas, existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a

su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja, a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario.^{9,10}

Se ha mencionado con frecuencia la "descalcificación" que sufren los dientes maternos, se habla de que "el bebé le roba calcio a los dientes de la mamá", del daño que producen las radiaciones dentales y lo nocivo de los medicamentos que utiliza el odontólogo como es el caso de los anestésicos. Hasta el momento se acepta que:

1. El embarazo no descalcifica los dientes.¹¹⁻¹³
2. La dosis de radiación dental que se emplea no causa daño (para mayor seguridad y tranquilidad de las mujeres se utiliza mandil de plomo).¹⁴
3. Los medicamentos (penicilina y paracetamol) y anestésicos (lidocaína) que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal.¹⁵⁻¹⁷

Estas aseveraciones las hemos escuchado con frecuencia en nuestras pacientes, en la consulta habitual en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Para describir su frecuencia en la población general se procedió a realizar una encuesta en mujeres del área metropolitana.

Los objetivos de esta investigación fueron:

- a) Conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación.
- b) Recabar opinión de mujeres acerca de la atención odontológica durante el embarazo.
- c) Describir las objeciones que argumentan las mujeres para acudir al tratamiento odontológico.
- d) Conocer la proporción de mujeres que durante la gestación han solicitado atención odontológica.
- e) Evaluar la correlación existente de las respuestas obtenidas por edad y escolaridad.

Material y métodos

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, en el Distrito Federal y Estado de México incluyó a 1,000 mujeres. El instrumento empleado fue validado previamente por los autores¹⁸ y aplicado por alumnos de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco en la Ciudad de México; los cuales fueron previamente estandarizados en la aplicación del mismo y en la resolución de eventuales dudas, los alumnos fueron supervisados por dos odontólogas (RMDR, MCC), el cuestionario empleado contiene tres dominios:

- 1) Morbilidad bucal que coincide con el embarazo.
- 2) Conducta hacia el tratamiento dental.
- 3) Demanda de Servicio Odontológico.

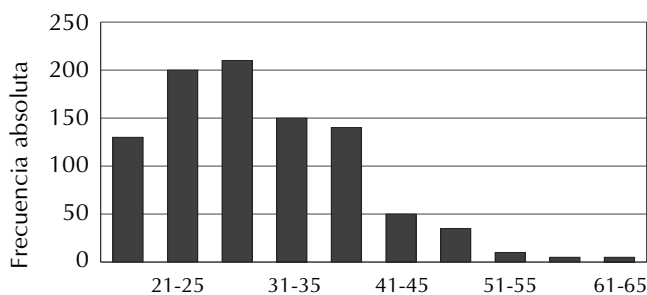


Figura 1. Mujeres entrevistadas de acuerdo a su edad.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres entre 14 y 65 años.
- Que hayan estado embarazadas.
- Que aceptaran contestar la encuesta.

Como criterios de eliminación:

- Aquellos instrumentos que estuviesen respondidos en forma incompleta.

El procesamiento de los datos se realizó con los paquetes estadísticos Epi-info 96 y SPSS versión 8, se utilizaron medidas de frecuencia y tendencia central para la descripción de resultados y de diferencia de proporciones, con un nivel de significancia < 0.005 .

Resultados

Se aplicaron 1,000 encuestas, y se analizaron 958 que contenían todos los datos solicitados.

El intervalo de edad de las mujeres encuestadas osciló entre 16 y 65 años (*Figura 1*), el promedio de edad fue de 34 años, como se podrá observar fue disminuyendo la frecuencia de mujeres entrevistadas en los grupos de edad de más de cuarenta años, lo que nos ubica en que las opiniones aquí vertidas son de mujeres jóvenes; el lugar de nacimiento del 86% de las participantes fue el D.F., 10% del Estado de México, 4% del interior de la República. El 80% eran unidas con pareja, 10% divorciadas, 5% madres solteras, 5% viudas. El promedio de hijos fue de 3.

La distribución según la escolaridad se observa en el *cuadro I*, llama la atención que fuese en los grupos extremos de la distribución, es decir en las mujeres con primaria exclusivamente y en las que tenían licenciatura, donde se ubicaron los puntajes más altos. Por lo cual tanto por edad, como por escolaridad estamos ante una población que no tiene una distribución normal.

Al aplicar coeficiente de Cronbach al instrumento empleado, obtuvimos un alpha de .8521 lo que nos habla de una alta homogeneidad de los items.

Cuadro I. Escolaridad de mujeres del D.F. y del Estado de México.

Escolaridad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Primaria	268	28.00
Secundaria	134	14.00
Carrera técnica	134	14.00
Bachillerato	182	19.00
Licenciatura	240	25.00

Los resultados obtenidos en el 1er. dominio con relación a las anomalías dentales y/o patologías que coinciden en el embarazo, revelaron que el 43 % de las mujeres, considera que la descalcificación es el problema que más frecuentemente se presenta en los dientes de la embarazada, y que aunado al 17 % que señala la pérdida de los dientes, como problema acumula el 60% de la muestra en este concepto; confirmando la tendencia, del 61%, que respondió que el embarazo causa más caries y que la justificación de que se presente ésta es la descalcificación (*Cuadro II*).

Es interesante observar que el 30% de las mujeres, consideran necesaria la consulta con el odontólogo, y que el 28% condicionan la consulta a la existencia de problemas dentales. El 24% de las mujeres opinó que se debe visitar al odontólogo para regular la pérdida de calcio y el 14 % consideran que no debe visitar al cirujano dentista porque hace daño al bebé.

Nos llamó la atención que 12% de las mujeres refirieran que no las han atendido en el consultorio dental, cuando demandaron el servicio porque "hace daño", al cuestionar quién les había comentado esta situación, refirieron que fue su dentista. Sólo un 12% refirió que el daño estaba causado por el anestésico local (*Cuadro III*).

Con relación a la demanda de servicio, el 18% respondió que una mujer a la que le duele un diente, debe de consultar a su ginecólogo, lo cual refleja que la confianza para la resolución de todos sus problemas de salud, durante el embarazo, se deposita en el médico tratante.

La pregunta acerca de las enfermedades en los tejidos blandos fue ¿Cuál era la causa, si a la mujer que espera bebé le sucede algo en las encías? Un 40% contestó que no sucedía nada, que dependía de la alimentación, 21% que sangran y duelen por falta de calcio, 17% que sangran por falta de higiene, 12% contestaron que sí se padecen cambios, sin especificar cuáles, y 6 % no contestaron.

Se cuestionó sobre las conductas ante el tratamiento dental, si "hipotéticamente" en ese momento estuviesen embarazadas (*Cuadro IV*).

En esta situación no encontramos concordancia con las respuestas en el sentido de que, casi el 60% de las mujeres, habían contestado que no genera ningún problema consultar al odontólogo cuando se está embarazada, sin embargo, aquí el porcentaje a esta pregunta se redujo al 22%; y el 38% de las encuestadas señalan que se informa-

Cuadro II. Opiniones de las mujeres entrevistadas con relación a la morbilidad bucal que coincide con el embarazo.

Pregunta	Opiniones	Frecuencia relativa (%)
¿Qué problemas dentales ocasiona el embarazo?	Descalcificación	43
	Caries y caída de dientes	17
	Dolor de muelas	12
	No hay problemas asociados	12
	Dolor de encías por infección	6.0
	No sé	10
¿Cree usted que el embarazo produzca más caries?	Sí	61
	No	25
	No sé	13
	No contestaron	1
En caso de que su respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿cuál es la razón?	Por descalcificación	60
	Por mala alimentación	16
	No sé	16
	No contestaron	8

Cuadro III. Conductas hacia el tratamiento dental.

Pregunta	Opiniones	Frecuencia relativa (%)
¿Durante el embarazo se debe consultar al odontólogo?	Sí	30
	Sí, si hay problemas	28
	Sí, para regular la pérdida de calcio	24
	No, porque le hace daño al bebé	8
	No	6
	No contestaron	4
Cuando ha estado embarazada ha solicitado atención odontológica, ¿quién la ha atendido?	Odontólogo	33
	No tuve molestias	31
	No me han atendido porque hace daño	12
	No, por el peligro de la anestesia	12
	No contestaron	12
Si una mujer embarazada le pregunta ¿qué debe hacer con un diente que le duele?, ¿usted que le contestaría?	Que consulte al odontólogo	65
	Que consulte al ginecólogo	18
	No sabría, qué contestar	7
	Que se atienda después de los tres meses	5
	No contestaron	5

rían primero si los procedimientos no le causarían daño, lo cual se interpreta como falta de confianza en el diagnóstico emitido por el cirujano dentista, tendencia que se reafirma en la respuesta obtenida con relación a si los tratamientos dentales causan daño, en donde el 64 % no está segura de la inocuidad de los mismos.

Cabe mencionar que en esta investigación encontramos correlación directa entre las actitudes en contra del tratamiento dental en el embarazo con los niveles de escolaridad inferiores y con los grupos etarios mayores de 35 años $p > 0.005$.

Discusión

En el secreto mundo de los dientes, Gutierré Tibón¹⁹ señala que en la historia de la humanidad se han entre-

mezclado ritos, magia, tradiciones en donde la pérdida o lesión de un diente significa el debilitamiento, ya sea física o psicológicamente hablando.

Cohen²⁰ menciona con relación al embarazo, "La gestación es una etapa importante en la vida de la mujer, considerada desde tiempo inmemorial como la culminación del desarrollo psicosexual femenino", la que constituye una prueba de esfuerzo metabólico que, por lo que representa en la vida de una mujer, ha sido rodeada de una serie de tabúes; con estas dos vertientes es fácil entender el por qué, alrededor de la *cavidad bucal de la embarazada*, se haya generado una serie de creencias que generación tras generación se han transmitido.²¹ Ya que el conocimiento popular se ve influenciado por una serie de factores socioculturales que, ligados al proceso salud enfermedad bucal en el embarazo, determina las conduc-

Cuadro IV. Opiniones de las mujeres entrevistadas.

Pregunta	Opiniones	Frecuencia
Si estuviera esperando bebé y el odontólogo le dice que tiene que tomarle una radiografía de sus dientes, ¿usted que le contestaría?	Primero me informo si no hace daño y luego decido	38
	No hay problema, los dientes no tienen que ver con el embarazo	22
	No, porque produce daño al bebé	20
	Acepto, él sabe lo que hace	16
	No sabría qué hacer	2
	No contestaron	2
¿Qué opina, si una mujer gestante necesita que le saquen una muela y está embarazada?	No sé	40
	No hay peligro	25
	Sí hay peligro	20
	Después de los tres meses, sí se puede	10
	No contestaron	5
¿Qué opina de los tratamientos dentales?	No estoy segura de que no causen daño	64
	Hacen daño por las radiografías y la anestesia	20
	Afectan por los medicamentos	8
	Sí afectan al bebé	7
	No contestaron	1

tas en las actitudes en la demanda de servicio odontológico.

Sin embargo, la existencia de estas creencias, y actitudes en la población de mujeres gestantes determina en este caso las posturas ante la demanda de servicios por la oportuna salud bucal. En este sentido, la familia y las redes sociales del individuo juegan un papel fundamental en la toma de decisiones respecto a quién acudir y en qué casos, qué tratamiento seguir, en situaciones de enfermedad.

En términos generales se plantea que el proceso de buscar ayuda no está directamente relacionado con la presencia objetiva de síntomas ni de su seriedad, sino que entre el nivel de salud y la utilización de servicios, median una serie de factores de índole diversa, los cuales al interactuar producen diversos patrones de decisión, búsqueda y uso de los recursos de atención a la salud.

Este planteamiento parte del hecho de que los patrones de uso de servicios no son el reflejo de los patrones de morbi-mortalidad, aun cuando los individuos están expuestos diferencialmente a una serie de factores. De hecho se pueden encontrar diversos casos; por ejemplo, cuando no se alteran los niveles de salud y sí se altera la utilización de servicios; cuando se alteran los niveles de salud y no se altera la utilización; cuando no se alteran ni el nivel de salud ni la utilización y cuando ambos se alteran.

Cabe mencionar que la consulta odontológica "per se" conlleva una serie de aspectos que tensan al paciente: ruido de la pieza de mano, del aspirador de secreciones, la presencia del personal de "bata blanca", el dolor explícito o implícito aprendido o transmitido de las manio-

bras que realiza el odontólogo juegan un papel importante en esta demanda de servicios.

Mechanic,²² partiendo de que el carácter de los síntomas mismos (intensidad, tipo de malestar que causan, persistencia, etcétera) son el factor determinante, propone diez variables que afectan la respuesta a la enfermedad, tanto por parte del sujeto como de los demás.

- 1) Relevancia de los síntomas: visibilidad, identificación, relevancia perceptual de signos y síntomas.
- 2) Seriedad percibida: grado en que los síntomas se perciben como serios.
- 3) Grado de interferencia con las actividades familiares, de trabajo, sociales, etcétera.
- 4) Frecuencia de aparición y persistencia de su recurrencia.
- 5) Tolerancia de los demás hacia la enfermedad de la persona.
- 6) La etapa en que los síntomas son percibidos, la información disponible, conocimiento y supuestos culturales del que evalúa.
- 7) Negación de los síntomas.
- 8) Necesidades competitivas.
- 9) Interpretaciones alternativas/competitivas.
- 10) Disponibilidad y accesibilidad del tratamiento.

Esto abarca tanto los costos psicológicos como los monetarios; se incluyen no sólo la distancia física y el costo del tiempo, el dinero y el esfuerzo. Sí el usuario no entiende los términos y siente que no es comprendido, habrá una tendencia a buscar la atención de quien com-

parte sus conocimientos y supuestos, motivo que puede orientarlo a buscar los servicios de la medicina tradicional. Esta calidad del servicio percibida actúa simultáneamente con los demás factores de la calidad del servicio, provocando de la utilización de éste.

Todo el proceso de búsqueda de ayuda involucra una red de consultantes potenciales, desde los informales de la familia nuclear, personas más distantes y con autoridad, hasta el nivel del "profesionista"; esta red de consultantes que son parte de la estructura que conforman los individuos. De ahí que, como lo vimos en las opiniones estas 958 mujeres que sin distinguir de edad y escolaridad determinan como "casi" hechos incuestionables la descalcificación y pérdida de dientes en la gestación, donde es recomendable no acudir a servicio odontológico por los daños que trae para el bebé. Es fácil por un lado, la negación eventual de la atención médica por falta de capacitación de algunos profesionistas de la salud bucal y si además agregamos los costos que se generan de la atención odontológica es fácil de entender la baja demanda que existe en este grupo de pacientes en los servicios médicos de salud pública.

Ahora bien, ¿cuál podría ser la propuesta para mejorar las actitudes hacia el tratamiento odontológico en el embarazo?

Actuar en varias vertientes:

- Fortalecer los programas educativos a nivel masivo, así como resaltar la importancia que tiene la salud bucal en la vida de los seres humanos. Ésta es una labor que por un lado es responsabilidad del Sector Salud, de la Secretaría de Educación Pública, de las Instituciones de Educación Superior Odontológica, del sector privado Fabricantes de Productos Odontológicos y de las Asociaciones Colegiadas.
- Para poder convencer a la paciente es necesario que el personal odontológico unifique criterios, para que conociendo a profundidad la temática de la odontología en el ámbito perinatal se pueda actuar con seguridad y firmeza ante los cuestionamientos y dudas que puedan presentar las mujeres embarazadas y/o sus redes sociales de apoyo.
- Otra vertiente conjunta de trabajo la constituye la educación para la salud, la cual no debe de ser exclusiva del sector público de primer nivel de atención, si no obligatoria en todos los niveles, ya sea público o privado, llámese hospital de segundo nivel, institutos nacionales, centros hospitalarios altamente especializados, dado que sólo con la constante retroalimentación con el público en relación a los aspectos preventivos y atención oportuna de las enfermedades bucales se podrá influir en algunas de las tradiciones, normas y actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación.

Bibliografía

1. Frenk J. *La salud de la población*. Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica 1993.
2. Organización Mundial de la Salud. *Educación sanitaria e higiene dental*. Ginebra. OMS 1970.
3. Shrout K, Corner W et al. Treating pregnant dental patient. Four basic rules addressed. *JADA* 1992; 123: 75-80.
4. Díaz Romero, Martínez Sánchez. Educación para la salud dental durante el embarazo. *Salud Pública Mex* 1989; 39: 530-535.
5. Heman W. Current dental management of the pregnant patient. *Clinical Dentistry* 1993; 31: 530-535.
6. Díaz Romero, Martínez-Sánchez. Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Opinión médica. *Ginecología y Obstetricia de México* 1998; 66: 507-511.
7. Fredison E. La construcción popular de la enfermedad. En: *La profesión médica*. Barcelona: Península, 1978; Cap XIII: 279-300.
8. Norma Oficial Mexicana. Secretaría de Salud. 1999. *Diario Oficial de la Federación*.
9. Comunicación personal, Servicios de Salud Pública de México 1999.
10. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. *Diario Oficial de la Federación*. Órgano de Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo DXLIV, No. 14. México 21 de enero de 1999.
11. Díaz Romero, Heredia M, Maya A. Metabolismo fosfocálcico: Su relación con el embarazo. *Práctica Odontológica* 1991; 12(12): 25-27.
12. Gómez C, Verdín R, Ovalle Castro. Uso racional de anestésicos locales en el embarazo. *Revista Odontológica* 1994; 15(11): 9-11.
13. Santibañez Freg, Herrera Basto, Fernandez Ortega. Frecuencia de caries y enfermedad periodontal en embarazadas. *Rev Fac Med UNAM* 1998; 41(4).
14. Díaz Romero, Berlanga E, Orcasas A, Gutiérrez O. Radiación dental durante el embarazo. *ADM* 1987; XLIV(2): 60-61.
15. Díaz Romero. Empleo de medicamentos durante el tratamiento estomatológico en la embarazada. *Práctica Odontológica* 1987; 8(8): 62-64.
16. Díaz Romero, De la Luna O, Arcos J, Terrazas N. Anestesia Odontológica. *Reproducción Humana* 1987; 1(4): 140-145.
17. Castellanos S, Díaz G et al. *Medicina en Odontología*. Manejo de pacientes con enfermedades sistémicas. Editorial Manual Moderno 1996, Capítulo 2.
18. Díaz Romero, Martínez S. ¿Educación los odontólogos a su población? *ADM* 1998; XLV(5): 317-320.
19. Gutierré Tibón. *El secreto mundo de los dientes*. México: Editorial Posada, 1975.
20. Cohen J, Kahn J. Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología. España: Editorial Argos-Vergara S.A. 1973.
21. Dibernardi C, Catapano F. Gravidanza e anestesia locale in odontostomatología. *Min Stom* 1986; 35: 11.
22. Mechanic D, *Medical Sociology* (1978) New York: the tree press.

Reimpresos:

Rosa María Díaz Romero
INPER, Montes Urales 800. Lomas Virreyes
C.P. 11000 México, D.F.