Educación para la salud, tipología familiar y el cuidado de la salud bucal del infante

Fernando Herrera-Salas,[1] Isela Lizbeth Arredondo-Velázquez,[2]
Karen Michel Martínez-Aguilar,[3] Tania Fabiola Hernández-Hernández,[4]
Liza Daniela Castro-Ramírez,[5] Leslie Fernanda Aguilar-Pérez[6]

Resumen

El presente trabajo analiza las condiciones de la estructura familiar y las pautas de crianza infantil relativas al cuidado de la salud bucal, bajo la perspectiva de los cambios que caracterizan la actual era de la "mundialización". Partiendo de una serie de viñetas de casos atendidos en distintas áreas de especialidad, se propone una tipología de la familia, cuyos taxones incluyen: la *familia preventiva o previsora*, *familia sobreprotectora*, *familia irresuelta*, *familia perentoria*, y la *familia negligente o indolente*. Se puede considerar que el valor para la práctica clínica odontológica de tal tipología, radica en lo siguiente: a) permite determinar la índole de las expectativas y resistencias del paciente en el contexto de la consulta; b) hace posible una serie de predicciones acerca del cumplimiento y/o adherencia al tratamiento; c) posibilita una orientación acerca del tipo de inversión en educación para la salud que debe efectuar el odontólogo con sus pacientes.

Palabras clave: Odontología, Tipología familiar, Educación para la salud, Adherencia al tratamiento.

Education for Health, Family Typology and the Care of Infant Health

Abstract

The present paper analyzes the conditions of the family structure and the childrearing patterns related to oral health care, under the perspective of the changes that characterize the current era of "globalization". Based on a series of vignettes of cases attended in different areas of specialization, a typology of the family is proposed, whose taxa include: *the preventive or farsighted family*, *overprotective family*, *unresolved family*, *peremptory family*, *and negligent or indolent family*. It can be considered that the value for the dental practice of such a typology lies in the following: a) it allows to determine the nature of the expectations and resistances of the patient in the context of the consultation, b) it makes possible a series of predictions about the compliance and / or adherence to treatment c) makes possible an orientation about the type of investment in health education that the dentist should perform with his or her patients

Keywords: Dentistry, Family Typology, Health Education, Adherence to Treatment.

Recibido: 4 de julio de 2017
Aceptado: 31 de agosto de 2017
Declarado sin conflicto de interés

1 FES UNAM Iztacala. fherresal@gmail.com.
2 FES UNAM Iztacala. isearrvel@hotmail.com.
3 FES UNAM Iztacala. karenmiche@gmail.com.
4 FES UNAM Iztacala. taniaahdz2@gmail.com
5 FES UNAM Iztacala. castroramirezdaniela@gmail.com
6 FES UNAM Iztacala. eslieaguilarprz@gmail.com

Introducción

El momento actual podemos caracterizarlo por un complejo de cambios que ha sido designado como era de la mundialización (Derrida, 2002), y que supone un proceso de integración general que han experimentado los individuos y las organizaciones de todos los países del orbe. Esta condición de globalidad es un resultado, en gran medida, de las nuevas tecnologías de la informática y las telecomunicaciones que observan un salto inusitado, siendo característicos además, el intenso comercio internacional y la expansión de los mercados, así como la tecnificación de momentos cruciales de la existencia; pudiéndose entonces hablar, de acuerdo con la literatura pertinente, de cuatro revoluciones: tecnológica, biotecnológica, económica y sociocultural.

En relación con esta última, podemos decir que tales transformaciones en el contexto sociocultural han impactado en los estilos de vida y las formas de integración social, siendo las unidades domésticas y las prácticas de salud que en ella se practican, uno de los escenarios más importantes. Al respecto Worsley (1979, citado en Rodríguez, 2010), delimita una serie cambios en la estructura familiar de las últimas décadas:

a) La familia se ha convertido en una unidad más aislada, relativamente separada de los parientes en sentido amplio y que funciona como una unidad conyugal o nuclear.
b) La familia ha perdido muchas de sus funciones tradicionales o bien se ha especializado más en funciones particulares, por lo que su disolución o recomposición se ha vuelto una constante.
c) En su estructura interna, las relaciones dentro de la familia se han hecho más igualitarias, tanto en la pareja conyugal como entre padres e hijos.

Resulta significativa esta discontinuidad en la dinámica y disposición de la familia, lo que ha llevado a que se le describa como familia tardomoderna (Burín-Meler, citado en Zazueta, 2013), siguiendo tres aspectos cruciales: a) el corte de los lazos entre los jóvenes y los mayores; b) la inestabilidad de la pareja; y, c) la independencia de las mujeres, que conlleva el derribo de la idea del hogar como nido o refugio y la maternidad o custodia de los hijos como lo su rasgo identitario.

Este proceso, no obstante, supone una larga transición que va desde la conformación de la familia moderna de carácter monogámico, conyugal y fundada en el amor romántico, hacia una especie de adelgazamiento o apuesta minimalista. En particular en nuestro país, como señalan Gutiérrez, Díaz, y Román (2016), la industrialización, la migración del campo a la ciudad y la transformación del rol de la mujer, fungieron como vectores para impulsar el desarrollo económico y enfrentar los problemas que traerían consigo la Revolución Mexicana y la modernización del país.

En relación a este último vector se puede notar que, al ampliar su horizonte de desarrollo personal, la mujer modificó a su vez la dinámica familiar. De manera específica la custodia y crianza de los hijos queda en entredicho, siendo que actualmente la mujer mexicana ya no se asume bajo el modelo o ideal de feminidad con la maternidad como criterio de identidad, sino que, debido a la separación de la sexualidad de la procreación, los proyectos de superación personal, los ideales de estética corporal, la búsqueda de una mejora del estatus económico, entre otras cuestiones, la mujer adquiere diferentes roles, los cuales van desde la madre totalmente a cargo de la familia hasta la mujer ajena a la maternidad y desligada de las necesidades de sus hijos.

Estos desplazamientos se expresan en el nuevo milenio en una familia reconfigurada y resignificada, la cual –partiendo de la idea de la liquidez de la sociedad propuesta por Bauman (2006)– muestra que los hombres, las mujeres y las relaciones que se crean entre ellos están determinados por su carácter efímero antes que por su permanencia, por una atenuación del compromiso mutuo, y por estar apostados por la mera apetencia antes que por el deseo como forma de intencionalidad perdurable.

Como puede preverse a partir de este escenario, la estructura familiar y los roles que en ella se juegan se ven afectados por esta dinámica del compromiso "light" de la pareja, quienes viven juntos sin necesariamente formalizar la relación, postergan la paternidad manteniéndose como pareja conyugal o, al llegar a procrearlos, se mueven en extremos mostrándose ya sobreprotectores o distantes con los hijos, cuestión que se ve reflejada en la suplencia de las necesidades de la familia ya sea la salud, la educación, el sustento, la vivienda, el esparcimiento, etc.

Perfiles epidemiológicos y el status de la salud oral

Dentro de los factores de transformación anunciados en nuestra contemporaneidad, podemos listar los cambios en los perfiles epidemiológicos y particular-

mente un reordenamiento en el estatus de la salud oral (SIVEPAB, 2014).

Según Ardines (2016), la salud es un *estado* o condición, producto de la interacción de influencias ambientales y estilo de vida de los grupos humanos. De acuerdo con ello, los factores que influyen en el estado de salud son la educación, tipo de empleo, nivel de ingreso económico, ubicación y condiciones de la vivienda, forma de transporte y comunicaciones, vida afectiva y contexto cultural, entre otros. En México, el contexto epidemiológico relativo a los niños y adolescentes refleja perfiles de salud complicados, pues un número creciente de infantes presenta enfermedades crónicas que reflejan una compleja interacción entre el ambiente, el modo de vida y los aspectos genéticos.

En cuanto a la salud bucal y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal. En tanto que las enfermedades bucales, son consideradas uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo.

La atención a la salud y los servicios odontológicos en México son proporcionados tanto por el sector público como por el privado. De acuerdo con el Censo General de Población del 2000, para una población que ascendía a los 97 millones de habitantes, existían en México un total de 89,036 profesionistas con formación odontológica. No obstante, estas cifras no precisan cuántos de estos dentistas se encuentran en contacto efectivo con pacientes y menos aún se determina el porcentaje de la población que realmente accede a una atención odontológica sostenida y sistemática en las distintas edades de su vida.

Para la prestación de los servicios esenciales de salud es necesario contar con una sólida infraestructura, la cual debe incluir: adecuadas instalaciones físicas, personal capacitado y un presupuesto suficiente. En censos de 2003 y 2009 (SIVEPAB, 2014), se hicieron conteos de unidades dentales pertenecientes al sector salud, dando como resultado un total de 5,308 unidades dentales, de las cuales 73% atendían a población no asegurada y 23% a la población asegurada.

De acuerdo con estas cifras, el sector salud en México tiene confianza en que a mayor oferta de servicios de salud oral, más personas se acercarán a consulta odontológica y se encontrarán menos enfermedades bucales; sin embargo, en el momento en que se comparan los datos entre los servicios del sector salud que son ofrecidos en el país y el número de personas que asisten a consulta, se observa que no depende del número de consultorios odontológicos u odontólogos en servicio, sino de distintos factores objetivos y subjetivos, entre los que se han destacado el miedo y la ansiedad que genera el tratamiento odontológico (Lima y Casanova, 2006), la carencia de recursos económicos (Stupiñan, Millner y Téllez, 2006), el tipo de creencias o representaciones sociales (González Puello y Díaz, 2010), los hábitos de higiene y las prácticas de salud culturalmente situadas (Puia, Rodríguez y Squassi, 2011), entre otros.

El contexto familiar y el significado de la salud bucal

La práctica de la odontología, como disciplina de la salud, puede considerarse de carácter social ya que adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas y en dicha práctica se reconoce la influencia de factores culturales, políticos y económicos.

Podemos aseverar que el odontólogo de práctica liberal y aún hospitalaria no atiende individuos aislados, sino a personas cuya constelación familiar es o ha sido responsable del valor atribuido a la salud bucal; valoración de la cual no sólo es un portador y un potencial transmisor, sino que él mismo es ya su resultado, es decir, el estado actual de su boca es un producto de la prácticas de salud bucal que esta valoración justifica, garantiza e impulsa habitualmente.

En palabras de Cuesta (1995), la familia es el contexto en que una persona enferma se hospitaliza y se rehabilita. El grado en que la familia asuma o no el diagnóstico de una enfermedad en alguno de sus miembros, afectará su rehabilitación o el curso de la propia enfermedad. Graham (1984) ha identificado la tarea de salud que realiza una familia cotidianamente. clasificándola en cinco áreas de actividad: 1) proporcionar salud, 2) educar sobre la importancia de la salud y la enfermedad, 3) cuidar a los enfermos, 4) mediar en el curso de la asistencia profesional y 5) hacer frente a las crisis.

El discurso científico y su impacto en las prácticas de crianza

Las prácticas de crianza implican la base de la identidad individual, otorgan un sentido de pertene-

cía y un sentimiento de seguridad, por lo que el cuidado de la salud y el valor mismo que el individuo le atribuya a lo largo de su vida se construye en este marco primario de significaciones.

Podemos considerar, entonces, que las prácticas de salud oral se encuentran enmarcadas culturalmente, por lo que responden a tradiciones grupales o familiares, implican creencias bien o mal fundadas bajo la expectativa de garantizar o preservar la salud y adicionalmente; estas prácticas de salud nos permiten revelar la estimación afectiva y autovaloración de los sujetos, según la atención y cuidado que recibe o en la que se inscribe uno u otro integrante de la familia.

De otra parte, podemos notar que los discursos científicos para la preservación de la salud bucal han ido permeando gradualmente los patrones de cuidado familiar en los distintos estratos sociales y en ocasiones llegan a modificar su estilo de vida, creencias y hábitos de higiene. Tales prescripciones odontológicas de orden práctico se mezclan con diversas pretensiones del discurso científico y condicionan las claves de acceso a la salud odontológica. Desde ese lugar encontramos que para diversos autores (Pérez y Muñoz, 2014), tales propósitos pueden ser tipificados del modo siguiente:

- Reflexionar sobre las creencias e ideales, costumbres y rituales, transmitidos de una generación a otra y conocer las costumbres curiosas o extrañas relativas a las prácticas de salud a fin de normalizarlas.
- Dirigir una mirada logocéntrica que, desde una perspectiva civilizadora y de progreso, impulsa la lógica del remplazo de las prácticas consideradas anticuadas o inapropiadas por las modernas, que se asume están fundadas en la ciencia y no en la superstición.
- Determinar los mecanismos de la inclusión del sujeto en una comunidad que sostiene una cultura en salud propia.
- Remover prácticas supuestamente obsoletas pero económicamente accesibles, por prácticas de salud consideradas pertinentes pero no siempre económicamente accesibles, lo que generalmente mezcla intereses disciplinarios con los intereses de grandes corporaciones.

Podemos agregar, que en el caso de la odontología, su influencia en la salud bucal y por tanto en las prácticas de salud correlativas, ha sido más bien tardía y esto se debe a la evolución misma de la odontología como profesión y como disciplina científica. Al respecto cabe mencionar que, a principios del siglo XIX, en México no se contaba con una formación académica odontológica como tal, sino que dicha profesión o mejor dicho esta práctica, se aprendía mediante tutores o personas que realizaban tratamientos dentales en la comunidad, siendo su principal objetivo reparar el daño que presentaban los dientes, por lo que el odontólogo era considerado como un artesano. El giro disciplinario y profesional de la odontología ocurre en el momento en que los problemas dentales fueron definidos, en primer instancia, a partir de dos etiologías de la caries dental; a) la primera, señalada por Paul Ringelman, indicaba que la boca contenía parásitos que provocan de manera progresiva el daño en el diente, y b) la segunda, propuesta por Willoughby Miller en 1879, señalaba que los agentes patógenos en la placa bacteriana producen ácidos dentro del metabolismo de los carbohidratos, etiología vigente hasta la actualidad (Irigoyen y Mosqueda, 2011).

La definición tardía de la odontología como profesión, va de la mano con el rezago de la salud dental como asunto público, lo cual también obedece a factores contextuales, pues la salud bucal viene siendo considerada como un problema marginal respecto de la salud en general, lo cual aún se sigue reflejando en las políticas gubernamentales.

Del mismo modo, podemos hacer notar que el ejercicio de la odontología como práctica liberal bajo un modelo de atención individualizado y remedial, llevó a desestimar la dimensión social y la importancia del contexto cultural y familiar en la institución del cuidado de la salud dental. Es decir, se trata de la consideración –al evaluar de manera integral la salud bucal– de tomar en cuenta diversos factores como las prácticas alimentarias, los estándares de higiene bucal, la edad y trastornos sistémicos, y la composición y dinámica familiar, a fin de impulsar estrategias preventivas antes que puramente restauradoras.

Reporte de casos

A continuación presentamos una serie de viñetas de casos paradigmáticos, en virtud de que nuestra estrategia metodológica de base, para fundar la tipología que es la propuesta central de este trabajo, implica una investigación de corte casuístico (N = 1), en donde *el caso* una vez establecido, funge como un marco empírico que permite una serie de deducciones o inferencias acerca del comportamiento regular y la evolución de la problemática o padecimiento allí exhibido. Tales viñetas, entonces, a la vez que ilustran las aseveraciones, les otorgan una eficacia práctica.

Viñetas de casos paradigmáticos

Reseña del caso: *Familia preventiva o previsora*

Elementos fijos: Paciente: femenino de 5 años de edad. Cursa el tercer año de educación preescolar.
Modalidad: Revisión.
Elementos variables: Antecedentes patológicos: paciente con higiene bucal excelente de primera dentición, sin presencia de caries, su aspecto físico es muy cuidado.
Motivo de consulta: Solicitud de revisión dental.
Descripción:

La paciente acude a consulta con su madre y solicita el servicio odontológico a fin de descartar algún padecimiento actual o futuro. De inicio se realiza la inspección clínica de rutina, la cual muestra higiene bucal adecuada, ausencia de caries y las características para el desarrollo de una excelente oclusión.

Se determina que la paciente se encuentra en excelentes condiciones de salud bucal. Sin embargo, se recomienda realizar una profilaxis y la aplicación de flúor de manera preventiva con una periodicidad semestral; además, el odontólogo supervisa la técnica de cepillado y cuestiona sobre las medidas de higiene y alimentación que se realizan en el hogar. Una vez evaluada y formuladas las recomendaciones a la madre, ella accede y se inicia el tratamiento preventivo a lo largo de 4 años de manera ininterrumpida.

A la edad de 9 años se recomienda incluir la aplicación de selladores de fosetas y fisuras para evitar aparición de caries en los dientes de la segunda dentición, la madre aprueba también a este tratamiento. Tanto la madre como la paciente asistían puntualmente a las citas señaladas y tomaban en cuenta las recomendaciones hechas por el clínico para darle continuidad al tratamiento. Finalmente, se puede subrayar que dentro de las prácticas alimentarias la madre había decidido descartar el consumo excesivo de azúcares y carbohidratos.

Comentario:

Este caso nos muestra que el patrón de cuidado bucal se transmite en el contexto de las prácticas de crianza; aquí la transmisión directa es de madre a hija, al tratarse de una familia en donde el proveedor es el padre y la madre se dedica a la crianza de los hijos. Podemos considerar que este tipo de pacientes también marcan en el odontólogo la lógica de prevención como una primera preocupación y lo alejan de una rutinaria odontología restauradora, que atiende a los pacientes una vez que el problema se ha manifestado.

Reseña del caso: *Familia sobreprotectora*

Elementos fijos: Paciente masculino de 12 años de edad. Cursa el primer año de educación secundaria.
Modalidad: Tratamiento preventivo.
Elementos variables
Antecedentes patológicos: Paciente con higiene excelente en dentición mixta, sin presencia de caries, de aspecto físico muy pulcro.
Motivo de consulta: Solicitud de revisión, de acuerdo con el reporte de la madre "quizá tiene caries".
Descripción

El paciente acude a consulta en compañía de su madre, la cual refiere que "al niño tienen que revisarle los dientes". De inició se realizó la revisión clínica, la cual mostró que el paciente tenía segunda dentición, excelente relación intermaxilar y no había caries. De acuerdo con las características señaladas, se determina que el paciente está en excelentes condiciones de salud bucal. Al corroborar este diagnóstico, se indica al paciente que no requiere tratamiento odontológico. La madre del paciente cuestiona la decisión del dentista, sin embargo, termina por aceptar esta decisión y se retiran del consultorio.

Luego de una semana el paciente y su madre acuden nuevamente a consulta, esta vez llevan consigo una radiografía panorámica argumentando que habían decidido tomar ese estudio porque pensaban que sí había un padecimiento por atender. El dentista acepta revisar la radiografía y les corrobora el diagnóstico inicial; no obstante, la madre del paciente le pide al dentista que le realice una limpieza "aprovechando que están en el consultorio", se le realiza el pulimento de los órganos dentarios al infante.

Al término del procedimiento la madre del paciente le dice al dentista que estuvo buscando en Google tratamientos dentales y que quiere que a su hijo le pongan unas resinas para evitar que aparezca caries, el clínico le aclara a la madre que ese tratamiento no era imperioso para su hijo.

La madre siempre asistía al consultorio con un arreglo personal esmerado, al igual que el niño; además acostumbraba alardear que ella estaba al día en los avances odontológicos "por si acaso". Durante el transcurso de un año la madre acordó tres citas para revisar a su hijo, y a pesar que en todas se le indicaba que no había que realizar ningún tratamiento, después de tan reiterada insistencia por asistir a consulta y recibir negativas de tratamiento; el paciente y su madre decidieron cambiar de odontólogo.

Comentario:

La demanda del paciente de una atención no pertinente reta la ética del odontólogo queriéndolo reducir a una posición puramente utilitarista en donde se espera preste sus servicios bajo la expectativa de una remuneración y no sobre la base de una consideración terapéutica.

Reseña del caso: *Familia irresuelta*

Elementos fijos: Paciente masculino de 10 años de edad. Cursa el quinto año de educación básica.
Modalidad: Tratamiento.
Elementos variables
Antecedentes patológicos: Paciente con higiene regular sin presencia de caries, respirador bucal, alteración de la relación maxilar, proyección anterior de incisivos centrales superiores, con sobre mordida horizontal y vertical.
Motivo de consulta: Paciente que requiere tratamiento ortopédico, de acuerdo con el reporte de la madre "tiene los dientes hacia adelante".
Descripción

El paciente acude a consulta en compañía de su madre, la cual refiere que el niño "tiene los dientes chuecos y hacia adelante". La revisión clínica mostró que el paciente estaba libre de caries, sin embargo, al realizar el análisis funcional se detecta que respira por la boca, tiene hábito de proyección lingual por lo que el maxilar superior presenta una posición adelantada y se presenta sobre mordida horizontal y vertical aumentada. De acuerdo con las característica señaladas, se indica el estudio ortodóncico completo para confirmar o descartar el diagnóstico de presunción. Posteriormente, al corroborar el diagnóstico, se indica tratamiento ortopédico con aparatología removible y se advierte a la madre que de no llevarlo a cabo, las condiciones pueden empeorar al grado de necesitar cirugía ortognática.

La madre del paciente acepta el tratamiento, el cual consistía en usar el aparato 24 horas al día, y asistir a revisión cada quince días. El paciente inicia el tratamiento siguiendo de inicio todas las indicaciones del odontólogo; sin embargo, al paso de los meses el paciente deja de usar el aparato de manera constante, y empiezan a cancelar las citas subsecuentes debido a sus actividades deportivas; la madre decía "No podemos asistir a la consulta porque el niño tiene entrenamiento de futbol". La madre siempre asistía muy arreglada al consultorio, mientras que los niños observaban cierto descuido en su aspecto personal. La madre además acostumbraba alardear de los logros artísticos y deportivos de sus hijos, además de enfatizar la importancia de su apariencia estética, diciendo: "Tienen que verse bien, como van a estar así con los dientes chuecos". Adicionalmente, la madre reportaba que el padre de los niños era quién resultaba más insistente para que tuvieran un cuidado óptimo en su salud bucal.

Comentario:

Se pueden notar las preferencias disímbolas entre padres, pues mientras que en la madre predominan la preocupación estética y el estatus social, el padre exhibe un mayor interés por el estado de la salud bucal.

El momento en que el niño es llevado a consulta resulta significativo, es decir, revela la sensibilidad de los padres al estado de salud del infante (ambas funcional y estética) y una higiene bucal en el infante bajo estándares de calidad. No obstante y pese a la progresión del plan de tratamiento, se va debilitando esta preocupación y se anteponen las actividades deportivas y artísticas al proceso protésico ya inaugurado.

Reseña del caso: *Familia perentoria*

Elementos fijos: Paciente masculino de 25 años de edad. Profesor de idiomas, artista.
Modalidad: Tratamiento.
Elementos variables
Antecedentes patológicos: Paciente con mala higiene, presencia de caries severa en un molar.
Motivo de consulta: Paciente refiere que necesita que le revisen una muela.
Descripción

El paciente acude a consulta debido a que refiere tener molestias en una muela. De inicio se le realizó la revisión clínica, la cual mostró que el paciente presentaba una caries extensa en el primer molar inferior izquierdo. De acuerdo con las características señaladas, se indica la toma de una radiografía periapical para descartar daño pulpar y así confirmar o descartar una lesión crónica. Posteriormente, se corrobora el diagnóstico y se indica la eliminación de caries y realizar tratamiento de conductos, una vez terminada esta parte, se realizaría la reconstrucción del diente para colocar una corona total.

Se le da la indicación al paciente de que el tratamiento debe realizarse de inmediato debido a las condiciones que presenta el molar, sin embargo, él argumenta que el costo de la endodoncia es muy elevado y que "realizando meditaciones el tratamiento puede evitarse" ya que no tiene síntomas y "no se ve tan severo el problema".

El paciente se ausenta durante meses y llama para pedir un descuento en el tratamiento, él argumenta que debe revisar diversos presupuestos y elegir el que sea más cómodo para su bolsillo; esta situación se repite varias veces. Después de muchas llamadas e intentos para reducir el costo sin resultados, el paciente regresa a consulta porque tiene dolor y no le queda otra opción, pues otros odontólogos también se rehusaron a reducir el costo. A regañadientes inicia el tratamiento de conductos el cual se termina en una sola cita.

Después de esto, el paciente sugería apresurar el procedimiento, sin embargo, por causas ajenas al dentista, se pospone la siguiente fase del tratamiento durante dos semanas; el día de la cita subsecuente, el paciente informa al dentista que siente "algo raro en su muela", a la revisión el clínico observa que hay una fractura extensa en el molar que pone en riesgo la continuidad del tratamiento; después de informar al paciente ésta situación, él intenta res-

ponsabilizar al dentista de lo sucedido y se niega a pagar cualquier otro tratamiento que se derivara de la condición actual; se le explicó en diversas ocasiones que aún había forma de evitar que el diente fuera extraído pero el costo se incrementaría, a lo que él argumentaba que no era justo que por culpa del dentista él tuviera que pagar más por el tratamiento. Después de mucha insistencia por parte del odontólogo para realizar el nuevo tratamiento el paciente acepta pagar y se completa el tratamiento indicado. Él paciente decía que los recursos terapéuticos como yoga y meditación que realizaba, ayudaron durante poco tiempo a la sanación del dolor.

Es importante decir que durante todo el tratamiento el paciente dejó de asistir en varias ocasiones, argumentando que no tenía los recursos económicos para continuar e insistía en obtener descuentos adicionales.

Análisis del caso

Se puede apreciar que los hábitos de higiene y las prácticas de salud consolidadas dentro del grupo familiar pueden producir patrones que permanecen a lo largo de toda la vida, siendo el caso de este paciente en que la postergación de la atención odontológica y la negativa a invertir en su salud, resultan ejemplificadores del tipo de familias perentorias. Otra característica del paciente es que, en virtud de que el tratamiento odontológico le representa un gasto y no una inversión en su salud, busca abaratar los costos acudiendo con otros dentistas y usa la información para presionar a la odontóloga en funciones.

Adicionalmente, el manejo de recursos alternativos para el manejo del dolor, revela un pensamiento sincrético en donde se mezclan elementos de la cultura occidental con la oriental, bajo un uso supersticioso de tales recursos.

Reseña del caso: *Familia negligente o indolente*

Elementos fijos: Paciente masculino de 8 años de edad. Cursa el tercer año de educación básica.

Modalidad: Tratamiento.

Elementos variables:

Antecedentes patológicos: Paciente con higiene regular, presencia de caries extensas en molares de la primera dentición.

Motivo de consulta: Paciente que todas las noches despierta llorando porque le duele la muela.

Descripción:

El paciente acude a consulta en compañía de su abuela, la cual refiere que el niño tiene varios meses con el dolor en la muela, tanto que a diario los despierta en la madrugada. De inicio se le realizó una revisión clínica la cual mostró que el paciente presentaba una higiene deficiente, una dentición mixta y caries, los dos primeros molares inferiores de la primera dentición tienen sólo una porción de la corona y uno de los molares presenta infección con presencia de fistula, los dos primeros molares superiores de la primera dentición presentan caries de primer grado. De acuerdo con las característica señaladas, se indica tomar radiografías periapicales de los primeros molares inferiores para corroborar el diagnóstico presuntivo. Posteriormente, al confirmar el diagnóstico, se indica como tratamiento para el primer molar inferior del lado derecho realizar la pulpectomía y la colocación de una corona acero-cromo, para el caso del primer molar inferior izquierdo se indica la extracción del diente ya que presenta una infección severa con varios meses de evolución; posteriormente, se debe colocar un mantenedor de espacio; para los primeros molares superiores de ambos lados se colocará una amalgama.

La abuela del paciente acepta el siguiente tratamiento: para el primer molar inferior derecho –que era el que presentaba dolor– eliminar caries e iniciar la pulpectomía; para quitar la sensación dolorosa, mandar un antibiótico y continuar con sesiones para avanzar en el tratamiento cada semana; para el primer molar inferior izquierdo se debía realizar la extracción y en esa misma cita colocar el mantenedor de espacio; para los molares superiores se eliminará caries y se colocarán amalgamas en cada uno de los molares.

El paciente inicia y finaliza el tratamiento siguiendo todas las indicaciones del odontólogo. Cabe mencionar que a todas las citas subsecuentes el niño acudió acompañado de su abuela, ya que ella fue quien se hizo cargo de llevar al niño a todas las consultas, cubrir por completo los gastos del tratamiento.

Durante las consultas la abuela decía que ella había decidido llevar al niño a consulta porque a la madre del menor no le importaba que el niño despertara todas la noche llorando y pidiendo una pastilla a causa de que le dolía la muela. Esa situación se prolongó por más de un mes, hasta que la abuela decidió acudir con su nieto al odontólogo ya que ella refiere que "sentía feo verlo llorar cada día" y además no los dejaba dormir. Al preguntar a la abuela si ella tuvo atención odontológica cuando era pequeña, refiere que durante su infancia ella y sus hermanos jamás acudieron al dentista ya que en su casa apenas tenían para comprarles un cepillo de dientes, por lo que la manera que tenían para prevenir el dolor dental, era la higiene.

Comentario:

Es importante notar el entramado que forman el padecimiento odontológico con la problemática familiar (el desapego materno y la suplencia de la abuela del rol materno). La salud bucal de la abuela se presume sea buena, sin embargo, el niño presenta trastornos en su salud bucal de manera temprana, lo que revela que las prácticas de salud en la familia, en subsiguientes generaciones, se han ido degradando.

La presencia del dolor dental acarrea actitudes diferentes: la indiferencia por parte de la madre y la compasión por parte de la abuela, lo curioso es que el niño pide específicamente "la pastilla" y se ve que a través de ese tipo de medidas paliativas se iba sorteando el problema.

Tipología familiar de cinco taxones y orden jerárquico

Los casos paradigmáticos así descritos, nos permiten formular lo que desde nuestra perspectiva constituye un instrumento analítico para la evaluación de las condiciones que guarda el estado de la salud en el contexto familiar y el cual se refiere a una *tipología* basada en la articulación de tres elementos esenciales: a) el concepto de salud dental y el valor relativo que le atribuyen los integrantes de la familia como orientador de las prácticas de cuidado e higiene; b) el acceso real y el interés en acudir a la consulta odontológica, además de su permanencia y constancia; c) el grado de cumplimiento o adherencia al tratamiento odontológico.

La tipología supone cinco taxones, los cuales presentamos en orden jerárquico, es decir, van del nivel más incipiente o estado más bajo en que se puede encontrar la preocupación por la salud odontológica y avanza a un nivel en el que la comprensión y valoración de la salud odontológica aparecen como el ideal a alcanzar por toda iniciativa de educación para la salud (Tabla 1).

Conclusiones

Podemos considerar que en la actualidad en nuestras sociedades de consumo, la atención odontológica "al alcance de todos" aparece como una utopía inalcanzable y aparentemente incosteable para el Estado, pues no sólo ha ocurrido que el mayor desarrollo tecnológico y el abaratamiento de la atención odontológica no vayan aparejados, sino que por el contrario, la incorporación de recursos tecnológicos innovadores se ha asociado con el estatus del servicio

Tabla 1. Tipología de la familia de pertinencia odontológica

Tipo de familia	Características definitorias
Familia preventiva-previsora	• Su concepto y valoración de la salud odontológica se encuentra bien fundamentado y constituye una guía para orientar sus hábitos de higiene bucal bajo estándares de calidad. • Sigue un plan de atención que implica visitas sistemáticas al consultorio dental a fin de mantener la salud bucal, así como prever o evitar cualquier padecimiento. • En relación al tratamiento prescrito, muestra su adhesión al mismo siendo consciente de los motivos o razones que le sustentan y concibe su salud como un bien en sí mismo.
Familia sobre-protectora	• Busca un padecimiento donde no lo hay o lleva a consulta al infante ante la menor sospecha o atisbo de alguna irregularidad. • Exagera el cuidado o el esmero en los cuidados, al grado de que genera resistencias en el infante, quien percibe que se restringe su independencia o se invade su privacidad. • Con el acceso creciente a la información a través de los *mass media* e Internet, ellos se muestran o se asumen sobre informados, sapiencias que utilizan para contra argumentar al experto o especialista.
Familia irresuelta	• Llevan al infante a consulta si se presenta algún padecimiento bucal, pero cuando el cuadro mejora, deja de atenderse o se hace con marcada irregularidad. • Supone un "paciente escéptico" quien "una vez solucionado el problema se olvida de su boca, falta a las citas, no termina su tratamiento y duda de lo que se le sugiere". • Prefiere hacer otras actividades que le aportan un monto mayor de satisfacción o felicidad evadiendo la atención odontológica, la cual generalmente está asociada con el dolor o la incomodidad.
Familia perentoria	• Difiere o posterga la atención, al punto del agravamiento del problema y la inevitabilidad de la atención, lo cual ahora supondrá medidas más extremas para restablecer la salud. • Prefieren adquirir otro tipo de satisfactores aún los superfluos, en lugar de invertir en su salud dental. • Antes que soluciones profesionales se buscan paliativos o alternativas remediales por resultar más asequibles. • Evita al máximo la visita al odontólogo, a quien percibe como un personaje aversivo y hostil.
Familia negligente o indolente	• No le preocupa, ni asume la necesidad de la atención odontológica de los integrantes de la familia aun cuando muestren dolor o su queja sea constante. • Dada su escasa valoración de la salud bucal o posibles carencias económicas, atienden otras prioridades antes que la atención odontológica, de la que usualmente se prescinde. • El padecimiento odontológico se puede entrelazar con la problemática o conflictiva familiar de modo característico.

profesional y, por tanto, con la idea de que su impacto en la calidad del servicio implique mayores costos y se busquen mayores beneficios.

En este contexto, se puede considerar que las acciones restauradoras para el manejo de la salud oral en el contexto odontológico sigan resultando más rentables y atractivas que las prácticas preventivas, que anticipan el padecimiento e incluso lo evitan, pero resultan económicamente menos sugerentes.

Si bien no se trata de promover aquí el ejercicio de la profesión en el contexto odontológico como práctica altruista, sí se ha tratado de resaltar la educación para la salud y las estrategias preventivas sobre la base de una mayor valoración de la salud bucal. Sólo bajo el impulso de una ponderación de la importancia de la salud bucal como base de una salud integral, las personas dejarán de ver la consulta dental como un gasto, para considerarlo como una inversión en salud. El odontólogo requiere privilegiar las estrategias preventivas antes que las paliativas o restauradoras para instaurar una verdadera cultura de la salud bucal, y considerar el contexto familiar como un escenario privilegiado para la construcción de un paciente previsor y adherido a las prácticas de salud dental de manera continuada a lo largo de su existencia.

Referencias

ARDINES, P. (2016). E*l trabajo multidisciplinario, nuevo enfoque para la resolución de los problemas y para la realización de los programas en el área de la salud*. Disponible en: http://www.posgrado.unam.mx/sites/default/files/2016/04/1114.pdf

BAUMAN, Zygmunt (2006). A*mor Líquido, acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.

GIDDENS, A. (1998). L*a transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

GONZÁLEZ M. F., PUELLO R. E., DÍAZ C.A. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y enfermedad oral en familias de La Boquilla Cartagena, Colombia. *RevClinMedFam*. Vol. 3, No.1 Cuenca, Feb. 2010.

GUTIÉRREZ, R., DÍAZ, K., ROMÁN, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. C*iencia Ergo Sum*, 23 (3).

ILLOUZ E. (2012). P*orque duele el amor. Una explicación sociológica*. Madrid: Katz.

IRIGOYEN, M. & MOSQUEDA, A. (2011) Salud y epidemias de la región bucal. En: CHAPELA MENDOZA, M.C., CONTRERAS GARFIAS. M. E. (Coords.). L*a salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 145-166.

LIMA A.M. y CASANOVA R. Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. R*ev. Hum. Med*. v.6. n.1 Ciudad de Camagüey, ene.-abr. 2006.

PUIA, S.; RODRÍGUEZ, P.; SQUASSI, A. (2011). Prácticas odontológicas solidarias en poblaciones vulnerable. E*ncrucijadas*, no. 51. Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://repositoriouba.sisbi.uba.ar.

RODRÍGUEZ SALAZAR, Tania; (2012). El amor en las ciencias sociales: cuatro visiones teóricas. C*ulturales*, VIII, Enero-Junio, 155-180.

RODRÍGUEZ, R. (2010). Juventud, familia y posmodernidad: (des)estructuración familiar en la sociedad contemporánea F*ermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 20 (57), 39-55.

RODRÍGUEZ, Y. (2007). La enseñanza dental en México en el siglo XIX. R*evista* ADM Vol. LXIV, No. 6, 259-26.

STUPIÑAN, D.S., MILLNER, T. y TELLEZ M. (2006). L*a salud oral de los niños de bajos ingresos*. Pan American Health Asociation. Disponible en *new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH-PRAT_mar2009.pd*

ZAZUETA, E. (2008). Las transformaciones sociales de la familia: una mirada de género. R*evista Universidad de Sonora* (23) 13-17.

ZAZUETA, L.E. y SANDOVAL, G. S. (2013). Concepciones de género y conflictos de pareja. C*ulturales*, II, (1), n. 2, julio-diciembre de 2013. 91-118.