

Cambios percibidos por usuarios del proyecto ciudad mujer, después de la rehabilitación bucal



Alvarado Migue, Thelma Dinorah

Thelma Dinorah Alvarado Migue

dinora.alvarado@uees.edu.sv

Universidad Evangélica de El Salvador, El Salvador

Resumen: Thelma Dinorah Alvarado Miguel.

Palabras clave: Ciudad Mujer, edéntulas, poblaciones vulneradas, rehabilitación bucal, sistema esto- matognático, El Salvador.

Revista científica Crea Ciencia

Universidad Evangélica de El Salvador, El Salvador

ISSN: 1818-202X

ISSN-e: 1997-0188

Periodicidad: Semestral

vol. 14, núm. 1, 2021

editorial@uees.edu.sv

Recepción: 10 Diciembre 2020

Aprobación: 16 Septiembre 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/627/6273530007/>

DOI: <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v14i1.13207>

El artículo debe ser enviado con una declaración de originalidad, responsabilidad y cesión de derechos de copia del manuscrito, escaneada y firmada por el autor o por uno de los autores cuando la autoría es colectiva (autor designado), haciendo constar que el texto no ha sido publicado anteriormente en formato impreso o electrónico, que no se presentará a ningún otro medio antes de conocer la decisión de la revista Crea Ciencia y que, de ser aceptado para su publicación, los autores transfieren los derechos de copia en todas las formas y medios conocidos. Al término de seis meses de la publicación, el texto puede ser compartido en otra revista citando la primera versión del artículo publicado en Crea Ciencia y consignando su número y volumen. En caso de no ser publicado el artículo, la UEES accede a retornar los derechos enunciados a sus autores.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio, desde el diseño fenomenológico, fue explorar los cambios experimentados por las mujeres, luego de haber recuperado piezas dentales (función masticatoria y estética del rostro) autoestima y relaciones interpersonales, mostrando mejoría en la calidad de vida, narrado por ellas mismas sin ningún tipo de orientación.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que la salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud en general y una buena calidad de vida.. La salud bucal se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de

las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Este es un ejemplo de la importancia de la salud bucal, Palomer refiere que la Encuesta de Calidad de Vida y Salud realizada en Chile en 2006, reveló que:

La mala salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación, entre otras afecciones. Un 37 % de la población mayor de 15 años, es decir, la tercera parte de esta población, declara que su mala salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre..

En El Salvador, el Ministerio de Salud establece que:

La población salvadoreña se caracteriza por una alta prevalencia de patologías bucales, afectando la calidad de vida de las personas que las padecen. Las enfermedades bucales de mayor prevalencia son: la caries dental, las

enfermedades periodontales, la mal oclusión dental, que en un alto porcentaje es consecuencia de la pérdida de piezas dentarias³.

Aunado a lo anterior, la poca cobertura en tratamientos rehabilitadores por parte del Ministerio de Salud, hace que las mujeres del área rural no obtengan una solución favorable a su problema de desdentamiento, en primer lugar, porque las Unidades de Salud no se encuentran cercanas a sus lugares de residencia y; en segundo lugar, ellas no cuentan con los medios económicos para costearse dichos tratamientos en clínicas privadas debido a que tienen un alto costo.

En el Ministerio de Salud, los servicios de salud bucal son prestados a la población salvadoreña a través de 342 consultorios odontológicos: diez están ubicados en hospitales básicos, nueve en hospitales departamentales y tres en hospitales especializados. Actualmente, la razón de odontólogos consultantes de 8 horas, es de 1 por 12,676 habitantes..

Un dato importante que refleja que el Ministerio de Salud de El Salvador, no da cobertura a gran parte de la población es que el total de consultas abarca a 11452,659 habitantes, siendo la población total del país de 61274,563. Únicamente es atendido el 23 % de la población y en un alto porcentaje la atención proporcionada es curativa..

TABLA 1
Cobertura de servicios odontológicos en establecimientos de salud del MINSAL

Tabla 1. Cobertura de servicios odontológicos en establecimientos de salud del MINSAL

| Población | Total, de consultas | % de cobertura | Tipo de atención | |
|-----------|---------------------|----------------|------------------|----------|
| | | | preventiva | curativa |
| 6,274,563 | 1,452,659 | 23.155 | 41.37% | 58.63% |

Fuente: Datos del 6º. Censo de población Dirección General de Estadística y Censos

Proyecciones al 30 de junio 2011.

Datos del 6º. Censo de población Dirección General de Estadística y Censos Proyecciones al 30 de junio 2011

No existen referencias salvadoreñas sobre la situación de Salud Bucal en el área rural, pero un ejemplo en América Latina es el de las investigaciones realizadas en población adulta mapuche-huilliche, en Isla Huapi (Chile), donde todos los individuos examinados tenían historia de caries. De los que conservaban dientes, el 71.43 % tenía caries sin tratar, con un promedio de 1.25 el 98.43 % de los individuos de la muestra presentaba algún grado de desdentamiento, el 12.5 % eran edéntulos totales. El 100 % de la población necesitaba atención odontológica, operatoria o prótesis. Este estudio proporciona una serie de datos útiles acerca de la prevalencia y severidad de las enfermedades orales en esa población, estableciendo las necesidades de tratamiento..

Sin lugar a dudas, el impacto de la enfermedad bucal no solo afecta el bienestar de las personas, sino también tiene efectos económicos, dado que puede llegar a restringirlas en sus actividades, impide su comunicación, afecta el sueño y pone en peligro la estabilidad psicológica del individuo. Hay evidencia de que algunas mujeres se aíslan del mercado

laboral por problemas dentales como la falta de dientes, mal aliento, entre otros. A otras no las contratan por su aspecto estético, en cuanto a dentadura se refiere. A esto se suma el dolor, sufrimiento emocional y deterioro funcional y de calidad de vida por la precariedad dental, los costos personales son considerables..

La pérdida de piezas dentarias en el ser humano ocasiona diversos inconvenientes que afectan su estado de salud en general, por ejemplo, afecta el habla. Pues con la pérdida de algunos dientes hay palabras que no se pueden pronunciar, también se afecta la función masticatoria y digestiva, debido a que sin dientes los alimentos no son debidamente triturados, los problemas digestivos se agravan a medida que el paciente va sufriendo el desdentamiento progresivo. De ahí la importancia de la rehabilitación protésica en la restauración de la masticación..

Dicho todo lo anterior, se puede determinar cómo la pérdida dentaria afecta a los individuos en diferentes áreas de la vida y en sus actividades cotidianas.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, menciona que en 2011 elaboró el primer informe sobre Desarrollo Humano en El Salvador. En 2014 realizaron una investigación sobre la pobreza en El Salvador en diferentes comunidades, desde la mirada de sus protagonistas e identificaron que las privaciones más sentidas de la población suman ocho dimensiones: vivienda, trabajo, esparcimiento, seguridad, salud, alimentación, educación e ingresos..

El informe refleja que los salvadoreños, desde su propia vivencia, manifiestan que ser pobre es no tener lo básico para sobrevivir, no tener una vivienda (poseen casas de lámina reforzadas con ramas y bolsas plásticas), comer lo mismo todo el tiempo o

«comer salteado» y rebuscarse para conseguir esa alimentación. Respecto a la alimentación un comentario que apareció con frecuencia fue «aunque no coma yo, pero que coman los hijos»..

Para los salvadoreños entrevistados que viven en la pobreza, la vida diaria gira en torno a actividades cotidianas como los oficios de la casa, el trabajo esporádico que algunas veces tienen, recolectar leña, agua y cocinar; esto se debe a que no cuentan con lugares de esparcimiento, y en la zona rural mucho menos. Lamentan no poder conseguir un empleo formal por no poseer un grado académico y rememoran que por los años 80 era más fácil conseguir un empleo, aunque sea con el salario mínimo porque no les pedían un título y que ahora es diferente, no le dan empleo en ningún lugar si no posee un título por lo menos de bachiller..

La salud bucal en El Salvador como en otros países de América Latina, presenta serias deficiencias en la red nacional de servicios públicos, como poca cobertura, escaso personal para la cantidad de población que necesita atención bucal, políticas públicas débiles que no priorizan la atención del paciente sano, ni la salud bucal, ya que en general los esfuerzos del Ministerio de Salud se orientan a la medicina general.

Fue hasta el 2009 cuando el Ministerio de Salud, en el marco de la Reforma, impulsó transformaciones al Sistema Nacional Integrado de Salud incorporando la política Nacional de Salud 2009- 2014, que en su estrategia número dieciséis propone: Establecer en el marco de la atención primaria de salud integral, un sistema participativo que integre programas y acciones de corto, mediano y largo plazo para la promoción de la salud bucal, así como la prevención y la atención de la morbilidad estomatológica a escala nacional..

Por la precariedad de las familias salvadoreñas, sobre todo del área rural, la salud bucal es un área de la salud general menos considerada como urgente, ya que las personas en extrema pobreza tienden a valorar más el acceso a la alimentación y agua potable que el cuidado de la salud en general, y menos importante es aún la salud bucal. De la misma manera, la cultura y los mitos que las personas del área rural llevan muy arraigados, como, por ejemplo, el creer que con cada hijo que tenga, se le va a caer una muela, entre otros, son también determinantes que no contribuyen a valorar la importancia de la salud bucodental..

METODOLOGÍA

El anteproyecto se presentó al Comité de Ética de la UEES y recibió la aprobación para que el estudio se llevara a cabo. Se hizo una recolección de datos con un alcance descriptivo que permitió detallar situaciones y eventos: cómo fue y cómo se manifestó el fenómeno y se buscó especificar propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Además, el diseño fue transversal, por la ocurrencia de los acontecimientos en el tiempo, los datos se recolectaron en un solo momento..

La población estuvo compuesta por usuarias del programa Ciudad Mujer, las unidades de análisis fueron cada una de las mujeres que constituyeron la población y los sujetos de estudio fueron una muestra no probabilística, a conveniencia de la investigadora de 10 pacientes usuarias de dicho Programa. El enfoque cualitativo y diseño fenomenológico de la investigación permitieron captar los cambios operados en las participantes, al haber recuperado las piezas dentales

Participaron las pacientes que cumplieron con el siguiente perfil: pertenecientes a cualquiera de las sedes de Ciudad Mujer, haber recibido tratamiento dental en la UEES, edades comprendidas entre 25 y 40 años y que vivieran en la zona rural.

Se eligió un rango etario entre 25 y 40 años, se quiso determinar si las pacientes encontraron trabajo después de ser rehabilitadas. Se seleccionaron mujeres que vivan en la zona rural, debido a que, por diferentes razones, son ellas las que

presentan mayores dificultades y limitaciones para recibir tratamientos dentales. Se citaron cinco pacientes en cada sede y se entrevistaron a todas, en algunos casos llegaron tres o cuatro.

La técnica que se utilizó para recolectar toda la información fue la entrevista, se realizó una entrevista semiestructurada, con características de flexible y dinámica¹⁰. La entrevistadora permitió que las participantes se expresaran con libertad con respecto a todos los temas de la lista y registró sus respuestas. En lugar de hacer directamente preguntas tomadas de un cuestionario, la investigadora procedió a un interrogatorio partiendo de un guion de tópicos o un conjunto de preguntas generales que le sirvieron de guía para obtener la información requerida.

La recopilación de la información se hizo de fuentes primarias. Para llevar a cabo la entrevista se realizaron tres visitas, una a cada una de las siguientes sedes: San Miguel, Morazán y San Martín. Posteriormente, se realizó el análisis y la interpretación de los resultados significados para la compresión del fenómeno en estudio.

La entrevista semiestructurada presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar y reducir formalismos¹¹.

El instrumento para la entrevista consistió en un guion de doce preguntas que se elaboró a partir de una matriz de coherencia con los objetivos específicos y las categorías derivadas de cada uno. Posteriormente, se sometió a una validación de tres jueces elegidos por su conocimiento: una psicóloga y dos odontólogas generales familiarizadas con la población. Luego de esta validación se realizó una prueba piloto con una usuaria de la Facultad de Odontología de la Universidad Evangélica de El Salvador en condiciones similares a las del grupo de participantes que formarían parte del estudio, a partir de la prueba piloto se modificaron palabras o estructura de las preguntas para hacerlas más claras y pertinentes a la experiencia y comprensión de las participantes. Estas preguntas debieron ser flexibles para matizarlas con otras que fueron de interés para la entrevistada o que se consideraron importantes, con el fin de aprovechar la riqueza de la información sin ceñirse a un formato rígido de preguntas y al mismo tiempo incluir datos que para la entrevistada eran importantes, aunque no hubiesen sido contemplados antes.

Este guion de doce preguntas se ordenó en una secuencia sin variar, pero complementada con algunas preguntas espontáneas en algunas entrevistas. La entrevista de menor duración fue de 20 minutos y la de

mayor duración fue de 50 minutos. Cada una de las entrevistas fue grabada con el consentimiento de cada participante para ser

transcrita en un formato específico de carácter anónimo, pero que permitió identificar las frases de cada una de las entrevistadas, en un procedimiento denominado codificación abierta a partir de la metodología de la teoría fundamentada¹².

La decisión de participar en la investigación se hizo a través de un consentimiento informado, firmaron voluntariamente. En el consentimiento informado se explicó a las pacientes el tema y objetivo de la investigación, procedimiento de recolección de la información. También se dejó claro que la participación era voluntaria, se podían retirar en el momento que lo deseara, y que el tiempo de duración de la entrevista sería entre cuarenta y cinco minutos a una hora aproximadamente. Además, se les proporcionó el nombre y número de teléfono de la persona a quien podían dirigirse si tenían alguna duda o consulta. Si alguna de las pacientes no sabía leer, escribir o firmar se solicitaría que la acompañara un familiar que sí pudiera leer y escribir.

Aunque el estudio fue cualitativo y no se realizaría con el total de las participantes, se les aclaró que los resultados de la investigación serían confidenciales y en ningún momento se darían a conocer sus nombres, su participación sería anónima, por lo que se utilizaría un código para registrar la información obtenida a través de las entrevistas.

RESULTADOS

El análisis cualitativo de la entrevista se hizo con base en cinco categorías:

TABLA 2
Caracterización de la información de acuerdo a seis categorías

Tabla 2. Caracterización de la información de acuerdo a seis categorías

| Categoría 1 | Categoría 2 | Categoría 3 | Categoría 4 | Categoría 5 | Categoría 6 |
|------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--|
| Historia de pérdida dentaria | Factores que impedían su tratamiento | Efecto emocional a nivel personal ante la pérdida dentaria | Efecto emocional a nivel familiar ante la pérdida dentaria | Efecto emocional a nivel laboral ante la pérdida dentaria | Cambios en las vidas después de haber sido rehabilitadas bucalmente. |

Elaboración propia.

| Estas subcategorías fueron resultado del procesamiento de datos post entrevista | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| ¿Desde hace cuánto tiempo perdió sus dientes? | ¿Qué factores impidían que recibiera tratamiento dental? | ¿Cómo se sentía al verse sin sus piezas dentarias? | ¿Qué decían sus parientes cercanos al verla sin piezas dentarias? | ¿No tener piezas dentarias le afectaba en su trabajo? ¿Cómo? | ¿Ahora que tiene todos sus dientes, al conversar con sus amigas o vecinas que diferencias experimenta? |
| ¿Cuál fue la causa de la pérdida de las piezas dentarias? | ¿Porque razón no había buscado al odontólogo para ponerse las piezas dentarias faltantes? | ¿Cree que los dientes son importantes para una buena imagen del rostro? | | Trato de buscar trabajo, aun cuando no había sido rehabilitada, ¿Qué respuesta obtuvo? | ¿Qué aspecto de su vida cree que ha mejorado después de la rehabilitación dentaria? |
| | | No tener piezas dentarias, ¿le limitaba algunos aspectos de su vida? | | | |

Elaboración propia.

Elaboración propia.

Estas categorías se conceptualizaron y luego se operacionalizaron con el propósito de comprender de forma más detallada la información proporcionada por las entrevistadas.

La información (datos) se recolectó a través de grabaciones, transcritas tal cual se escucha en la grabación, se ordenó, se codificó cada respuesta y categorizó para dar respuesta a los objetivos.

Una vez transcritas las entrevistas, se enumeraron las líneas en números correlativos para originar los códigos correspondientes a cada categoría. Se elaboraron tablas para clasificar las categorías, las unidades de análisis (cada palabra, frase o respuesta perteneciente a la categoría) y los códigos de cada una de las entrevistas. Esto es, la codificación abierta, derivada de la teoría Fundamentada¹².

También se realizó una recategorización de lo que manifestaron las participantes en cada una de las preguntas de la entrevista, es decir, una reinterpretación o una interpretación global de las respuestas a juicio de la investigadora. Todo lo anterior, constituye la Codificación Axial.

Posteriormente, se realizó el análisis y la interpretación de los resultados para la compresión del fenómeno en estudio. Finalmente se analizaron los datos para obtener conclusiones, lo cual se refiere al análisis de Codificación Selectiva.

A través de la historia de vida que relatan las mujeres pertenecientes a las diferentes sedes de Ciudad Mujer, se pone en contexto la realidad que cada

una de ellas enfrenta en la cotidianidad en sus respectivos hogares. Hasta antes de que surgiera el programa Ciudad Mujer, las mujeres que residen en área rural se sentían abandonadas al no tener acceso a programas de salud exclusivos para ellas, relatan que la mayoría de programas del Ministerio de Salud se dirigen a otros miembros de las familias como niños en edad escolar y lactantes. También a otras mujeres, pero embarazadas.

Las mujeres en el campo enfrentan serias dificultades de salud bucal, ellas están conscientes de eso y lamentan que por ser de escasos recursos no tienen posibilidad de recibir tratamientos odontológicos de calidad, expresan que en las Unidades de Salud no les ponen mucha atención en la rehabilitación bucal. Todo lo anterior pone en evidencia el frágil y difícil acceso a una atención cercana y de calidad de los servicios de atención primarios en salud dental. Se considera que los servicios de rehabilitación son lujo del que pocas mujeres pueden gozar en este país.

La mayoría de mujeres no tiene acceso ni a Unidades de Salud porque viven en lugares alejados de estos centros de salud comunitaria. Otro factor limitante es la mayoría son madres solteras y todos sus esfuerzos los dirigen a sus hijos, para ellas lo primero es solventar las necesidades de sus hijos y por último las necesidades propias.

En relación con la presentación personal, relatan que es muy importante, sin embargo, al no tener piezas dentarias las hace sentir relegadas, tienden a alejarse del grupo, no participar en conversaciones por pena a que las vean sin dentadura y,

también, porque se les dificulta comer, por lo que no quieren exponerse a comentarios negativos de las demás personas. En general, manifiestan tener una baja autoestima debido a esta situación de edentulismo.

Por otra parte, la mayoría de mujeres perdieron sus piezas dentarias durante su juventud, relatan que tenían entre 16 y 25 años. La causa de la pérdida, en la totalidad de las mujeres, fue por caries producida por factores como: falta de cuidado desde la niñez, excesiva ingesta de dulces, falta de educación formal, mala alimentación, falta de educación bucal; aunque algunas lo atribuyen a remedios caseros que utilizaron para calmar el

«dolor de muelas» o porque estaba de moda colocarse «puentes» (con coronas fenestradas).

El primer dato importante es el tiempo durante el cual las entrevistadas permanecieron sin piezas dentales, todas tenían al menos una década y el período máximo fue de tres décadas, significa que han pasado la mitad de sus vidas edéntulas, por lo tanto, presentan estados nutricionales deficientes lo que también les afecta el ánimo para realizar las actividades cotidianas.

Los testimonios son elocuentes, por ejemplo: Laura (SMAC1, L137-143), manifestó: «No podía comer sin dientes y ahora sí, sí siento una gran diferencia porque como, eran todos los dientes que me faltaban para masticar...».

Otro dato sobresaliente es que la pérdida dental fue progresiva, en ningún caso fue repentino o abrupto. Asimismo, otro dato es que ante la caries

no se optaba por algún tratamiento dental, sino por extraer las piezas: Emilia (nombre ficticio, usuaria Ciudad Mujer, Morazán) comentó:

«Se me picaron los dientes y me molestaron y por eso me los saqué...».

El factor común por el que las mujeres no se habían realizado el tratamiento dental es la falta de dinero, algunas dependían de los esposos o compañeros de vida y esos se habían quedado sin trabajo y la mayoría de ellas realizaba trabajo informal por lo que sus ingresos eran limitados, solo les alcanzaba para sobrevivir junto a sus hijos. Para estas mujeres la prioridad son las necesidades de sus hijos y las necesidades de ellas quedan en un segundo plano.

Algunas buscaron atención dental en Unidades de Salud, pero se encontraron con el inconveniente que no realizan los tratamientos rehabilitadores que ellas necesitaban. Y por la misma falta de recursos económicos la mayoría no buscó tratamiento odontológico en clínicas particulares.

La pérdida de piezas dentarias causa en las mujeres una serie de sentimientos, se sienten frustradas, apenadas, traumadas e impotentes. Una de ellas manifestó que sentía como que «le faltaba un pedazo de su cuerpo», esta aseveración evidencia que las mujeres se sienten mutiladas ante la pérdida dentaria, se sienten incompletas, causando que se sientan diferentes a las demás personas de manera negativo. También, experimentan un sentimiento de minusvalía y, por consiguiente, se desvalorizan como personas.

Lo anterior contrasta con lo que establece Silberman: la salud bucal es de suma importancia para la salud total del organismo. La pérdida de una pieza dentaria es más complicada de lo que parece, porque es una mutilación en el cuerpo, semejante a perder un dedo, una mano, entre otros miembros del cuerpo..

Más aún, aflora un sentimiento de tristeza porque no pueden comer bien, no pueden masticar todo tipo de alimentos, generalmente consumen solo alimentos blandos, eso hace que se sientan limitadas y, a veces, no pueden comer lo que les gusta. Esto concuerda con lo que describen Gutiérrez, León y Castillo: la pérdida de dientes altera la función masticatoria y puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar¹³. Al no masticar bien los alimentos, les altera el sistema gastrointestinal complicando su salud en general.

Se debe agregar que les afecta la autoestima porque no pueden sonreír con libertad, tienen un sentimiento de inferioridad ante las demás personas. Algunas se deprimían al no poder conversar con sus amigas o vecinas por pena a que las vieran que no poseían piezas dentarias, al hablar se tapaban la boca.

Las mujeres se sentían limitadas para relacionarse con las demás personas debido a que sin dientes no podían pronunciar bien las palabras. Además, no se sentían con el valor de ir a solicitar un trabajo: en primer lugar, por pena debido

a su apariencia estética y, en segundo lugar, por temor a ser rechazadas por no tener dentadura, lo que les hace experimentar también un sentimiento de inferioridad porque se ven diferentes a las demás personas.

Aunque son mujeres humildes, para ellas es importante la imagen del rostro, por lo que se veían afectadas al no tener piezas dentarias, sentían verse de mayor edad porque tienden a marcarse más las arrugas faciales, se deprimen las mejillas y se saltan más los pómulos. En el caso de mujeres que habían perdido la dentadura completa los labios sufren retroversión y se afila el mentón, de manera que hay un prognatismo falso de la mandíbula, lo que afecta la estética del rostro.

Las experiencias que describen las mujeres ante la pérdida dentaria contrastan con lo que afirman Gutiérrez, León y Castillo, la pérdida de dientes altera las funciones del sistema estomatognático (conjunto de estructuras de la boca y los maxilares vinculados anatómica y funcionalmente), como la masticación, la fonética y la estética¹³.

Algunas de ellas manifiestan haberse resignado a no tener piezas dentarias y aceptar su realidad por no tener los medios económicos para buscar un tratamiento oportuno, por lo que pasaron diez, quince más años sin dientes; pero en el fondo de su ser mantenían la esperanza de volver a verse con su dentadura completa y mejorar su condición de salud bucal y, por ende, salud general y emocional.

Resultados

Las mujeres en el campo enfrentan serias dificultades de salud bucal, están conscientes de eso y lamentan que por escasos recursos no tienen acceso a tratamientos odontológicos de calidad, expresan que en las Unidades de Salud no les ponen mucha atención en lo que a rehabilitación bucal se refiere, dado que en esos centros no todos cuentan con servicios de atención odontológica. Todo lo anterior pone en evidencia el frágil y difícil acceso a una atención cercana y de calidad de los servicios de atención primarios en salud dental. El acceso a servicios de rehabilitación bucal se ve como un lujo del que pocas mujeres pueden gozar en este país

La mayoría de ellas no tiene acceso ni a Unidades de Salud ya que viven en lugares alejados de esos centros de salud comunitaria. Otro factor que limita para que ellas busquen atención en salud es que la mayoría son madres solteras y todos sus esfuerzos los dirigen a sus hijos, para ellas lo primero es solventar las necesidades de sus hijos y por último las necesidades propias. Las mujeres reconocen que la pérdida dentaria afecta

de diferentes maneras: la salud en general, la presentación personal y psicológico. Además, restringe sus actividades diarias.

Es por ello que después de la rehabilitación bucal percibieron cambios notables en sus vidas. Según los relatos discursivos de estas mujeres, esos cambios se evidenciaron en: mejora en la masticación lo que les favorece a una mejor alimentación, pueden consumir alimentos que antes no

comían por no poder triturarlos. Por consiguiente, han mejorado en la salud en general debido a que, al triturar los alimentos, son mejor absorbidos por el sistema gastrointestinal y dejaron de padecer de enfermedades estomacales.

También hubo mejora en las relaciones interpersonales en el sentido de que, al poseer todas sus piezas dentarias, pueden platicar y sonreír con libertad y confianza. Con la dentadura completa se sienten más seguras de sí mismas, pues han recuperado las piezas dentarias perdidas, ya no se sienten mutiladas, la autoestima se ha elevado. Otro aspecto importante a considerar es la mejora en el aspecto físico del rostro, con piezas dentarias se ven más jóvenes que sin piezas dentarias, esto se debe a que las prótesis tensan los músculos faciales y se minimizan las arrugas del rostro.

En el ámbito laboral no fue tan evidente el cambio, probablemente por el sector en que buscan trabajo, y porque las negativas pueden deberse a otros aspectos asociados a la pobreza, la falta de educación formal, edad, entre otros. Sin embargo, Antonia (MOC3, L53-55) se expresó en los siguientes términos: «Pues como en el trabajo a uno verdad, le afectaba para la forma de hablar verdad, es bien feo no andar la dentadura». En tanto, Mariana (SMiC1, L159-164) fue más contundente:

«Sí, porque la imagen personal es muy importante en muchos trabajos, más si es un trabajo propio como el que yo tengo, emprendimiento, entonces si es muy importante verdad...».

Es la parte social y familiar donde se observa un impacto: A lo largo de los relatos de las mujeres se deja entrever que siempre tuvieron el deseo y la esperanza de algún día poder tener su dentadura completa, a pesar de las vicisitudes que experimentan en el diario vivir, nunca renunciaron a verse en algún momento de sus vidas rehabilitadas bucalmente.

CONCLUSIONES

De acuerdo con toda la información recopilada y a partir del análisis y discusión de resultados, se concluye: En El Salvador las mujeres del área rural enfrentan múltiples carencias: no poseen un trabajo estable, no tienen una vivienda digna, difícil acceso a educación, no cuentan con servicios básicos como: agua y energía eléctrica, difícil acceso a las unidades de salud y cuando logran asistir no reciben los tratamientos odontológicos que necesitan.

Factores como carecer de nivel académico pro- medio, escasa economía, falta de conocimiento sobre salud bucal, no tener acceso a los implementos elementales de higiene dental, malos hábitos alimenticios y la práctica de remedios caseros como medio para minimizar el dolor de origen dental; favorecen la pérdida prematura de piezas dentarias.

La totalidad de las mujeres que participaron en la investigación manifestaron que la pérdida dentaria se dio en la adolescencia y adulzete joven y la causa fue por caries dental. La mayoría de las pacientes optó por la extracción de las piezas

dentarias, en lugar de un tratamiento curativo, lo que pone de manifiesto la falta de conciencia de estas mujeres sobre la importancia de la dentición natural.

Durante las entrevistas se pudo evidenciar, por los relatos de algunas de las mujeres, que la familia es un soporte emocional para buscar solución a su problema de edentulismo, fueron ellos quienes les apoyaron para que viajaran a recibir el tratamiento dental a la UEES, haciéndose cargo de cuidar a los niños o adolescentes que había en el hogar.

Por otra parte, la baja autoestima que estas mujeres referían padecer, las hacía sentir inferiores y desvaloradas, este sentimiento cambio al verse con la dentadura completa, mejoró la autoestima de las mujeres de Ciudad Mujer y esto se puso de manifiesto en las relaciones interpersonales en el ámbito familiar y laboral. Sin lugar a dudas, al ser rehabilitadas intrabucalmente ellas sintieron recuperar lo que habían perdido, ya no se sentían mutiladas por la falta de los órganos dentarios, por el contrario, se sentían felices y realizadas.

También las mujeres pudieron experimentar un mejor estado de salud bucal después de haber recibido la rehabilitación protésica, aprendieron sobre el cuidado de las estructuras de la boca gracias a las charlas de prevención que recibieron en la UEES; ahora están libres de dolor dental y han replicado los cuidados bucales a sus hijos.

En el área laboral no hubo mayor evidencia, debido a que la totalidad de las mujeres tenían trabajos informales o de emprendimiento. Sin embargo

revelaron que la relación con sus clientes había mejorado, no sentían pena para ofrecer sus productos y los clientes se acercaban a ellas con más empatía.

En cuanto a las relaciones de pareja, solo dos de las mujeres contaban con una relación estable y con base en sus relatos, se concluye que las relaciones de pareja mejoraron, en el sentido de que, si estaban distantes, después de la rehabilitación hubo un mejor acercamiento hacia la pareja, se limaron las asperezas. De manera general, las mujeres pertenecientes a las sedes de Ciudad Mujer que recibieron la rehabilitación bucal en la UEES, obtuvieron beneficios en tres áreas de sus vidas: a nivel personal mejoró notablemente la función del sistema masticatorio, se restableció la articulación de algunas palabras que antes no podían pronunciar y mejoró la autoestima; a nivel familiar y laboral las relaciones interpersonales se volvieron más cordiales.

Por lo tanto, los resultados que se presentan demuestran que la rehabilitación bucal no solo conlleva una mejora a nivel del sistema estomatognático; sino, que ¡va más allá!, mejora el aspecto estético, las relaciones sociales, eleva la auto-estima e incrementa la percepción de calidad de vida de las pacientes.

RECOMENDACIONES

Es muy recomendable que la UEES busque establecer alianzas estratégicas público-privadas, como la realizada con la Secretaría de Inclusión Social, para coadyuvar en el cumplimiento de

una de las funciones universitarias establecidas en la Ley de Educación Superior, la proyección social. Y así poder combinar el saber universitario con un vacío (no realizan tratamientos odontológicos especializados, sobre todo, en el área protésica) en los sistemas de salud locales. Así como también, trabajar en prevención y promoción de la salud bucal, contribuyendo a disminuir el porcentaje de pérdida dentaria por caries.

Se recomienda a la Escuela de Posgrado de la UEES, continuar con estudios como el presente, con poblaciones vulnerables para identificar factores proclives a desmejorar la salud bucal de estos sectores, pero también identificar ventanas de oportunidad para mejorarla. De igual forma realizar estudios con adolescentes o niños para identificar los factores de riesgo al aparecimiento de caries temprana.

Se recomienda a otras instituciones públicas y privadas unir esfuerzos para hacer llegar este tipo de servicio a poblaciones vulnerables, como a la que se hace referencia en esta investigación y de esta manera contribuir a la solución de los problemas bucodentales que más aquejan a la población salvadoreña, de manera que tengan la oportunidad de recibir rehabilitación bucal y que la extracción dentaria no sea su única opción.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de Ciudad Mujer que me facilitaron el acceso a las sedes; al personal que coordinó las citas de las pacientes y muy amablemente me recibieron para realizar las entrevistas.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/oralhealth/es/>.
- Palomer Roggerone, L. Inequidades en Salud Bucal: Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta Bioethica. Scielo.conicyt.cl*, 2016; 22(2):315-319.
- Ministerio de Salud. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, El Salvador. 2012.
- Ángel P, Freno M, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi. Chile. *Revista Clínica de Periodoncia Implantología. Rehabilitación Oral*. 2010; 3 (2): 69-72.
- Silberman M, Marín G, Pozzio M, y SanguinettiC. El rostro sin dientes del sistema de salud. Salud bucal y el sistema de salud como determinante social. Buenos Aires, Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 2013; 10(1): 25-27.
- Rodríguez N, GrauI, Stusser R, García I. Desdentamiento y síntomas del tracto digestivo superior. Cuba. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2012; 11(2): 474-483.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La pobreza en El Salvador. Desde la mira- da de sus protagonistas. San Salvador; 2014.
- American Academy of Pediatrics. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish>.
- Monge C. Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Guía Didáctica. Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Colombia. 2011.
- Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez- Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2013 2 (7): 162-167 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universitaria de Antioquia. Facultad de la Universidad de Antioquia. 2002.
- Gutiérrez-Vargas Vanessa Leila, León-Manco Roberto Antonio, Castillo Andamayo Diana Esmeralda. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev. Estomatol. Herediana [Internet]*. 2015 jul [citado 2021 sep. 13]; 25 (3): 179- 186. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es.