

**ANALISIS COMPARATIVO DE LAS CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS
TRADICIONALES SOBRE SALUD BUCAL EN DISTINTOS GRUPOS ETNICOS
DE GUATEMALA**

TESIS PRESENTADA POR

INGRID WALLESKA IXMUCANE HURTADO MORENO

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICO EL
EXAMEN GENERAL PUBLICO PREVIO A OPTAR AL TITULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2001

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez.
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez.
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón.
Vocal Cuarto:	Br. Edgar Areano Berganza.
Vocal Quinto:	Br. Sergio Pinzón Cáceres.
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
Vocal Primero:	Dr. César Mendizábal Girón.
Vocal Segundo:	Dra. Mirna Oldemia Calderón Márquez.
Vocal Tercero:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez.
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Por darme la vida, llenarme de bendiciones cada día y permitirme alcanzar esta meta. Le ruego ilumine mis pasos.
- A MIS PADRES: Lic. Carlos Humberto Hurtado Contreras e Ingrid Violeta Moreno de Hurtado. Por su apoyo y confianza depositados en mí, y sobre todo por sus esfuerzos y sacrificios que hicieron posible llegar a este momento.
- A MIS HERMANAS: Shirley Roxana y Cynthia Claudette.
Las quiero mucho.
- A MIS ABUELITOS: Vitalino Hurtado López.
Adelina Contreras de Hurtado (Q.E.P.D)
César Augusto Moreno Palencia.
Marta Estrada de Moreno.
Gracias por su apoyo y cariño.
- A MIS SOBRINOS: Carlitos y Claudette. Con mucho amor.
- A MIS TIOS Y PRIMOS: Con mucho cariño.
- A MIS AMIGOS: Por su valiosa amistad en todos estos años.

TESIS QUE DEDICO

A DIOS

A MI PATRIA GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MI ASESORA:

Dra. Mirna Calderón Márquez.

A MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES, EN ESPECIAL A:

Dr. Edwin Milián Rojas.

Dr. Mario Taracena Enríquez.

Dr. Nery Machuca Rojas.

A MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración el trabajo de tesis titulado "ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS TRADICIONALES SOBRE SALUD BUCAL EN DISTINTOS GRUPOS ÉTNICOS DE GUATEMALA", conforme lo demandan los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Deseo manifestar mi agradecimiento a mi asesora, Dra. Mirna Calderón Márquez, por su valiosa orientación, paciencia y asesoría en el desarrollo del presente trabajo.

Y a vosotros distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, aceptad las muestras de mi más alta consideración y respeto.

Atentamente.

INDICE

	Págs.
SUMARIO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	8
REVISIÓN DE LITERATURA.....	9
VARIABLES.....	30
INDICADORES DE LAS VARIABLES.....	31
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	32
MATERIALES Y RECURSOS.....	35
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	72
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	86

SUMARIO

El presente estudio contiene un análisis comparativo de las creencias, actitudes y prácticas tradicionales en relación con la salud bucal en diferentes grupos étnicos de Guatemala. El estudio se llevó a cabo basándose en investigaciones realizadas en diversos grupos étnicos, que incluye: población en general y mujeres gestantes; por lo cual se analizaron por separado.

Para llevar a cabo este estudio, se organizó la información en cuadros estadísticos que posteriormente fueron interpretados bajo el método del Análisis Descriptivo.

Las poblaciones analizadas corresponden a adultos jóvenes, cuya edad oscila entre 25 y 45 años; la mayoría no tiene ningún grado de escolaridad o bien, si la tiene no terminaron la Educación Primaria.

Estos grupos étnicos atribuyen el dolor, la pérdida dental y las enfermedades de tipo periodontal, principalmente a la falta de higiene oral y caries; por lo que requieren de una mayor educación en salud bucal para que tengan una mejor visión del fenómeno de la enfermedad oral y de esta manera, puedan prevenir estos padecimientos.

El uso de la Medicina Tradicional para el alivio de enfermedades de la cavidad bucal es un aspecto común en todos los grupos étnicos, y parte de sus costumbres y tradiciones. Sin embargo, también toman en cuenta la medicina científica u Occidental, empleando productos farmacéuticos.

Cuando la medicina (ya sea de tipo tradicional u occidental) no surte el efecto esperado, o el padecimiento que se tiene es más complicado, consultan sin excepción al odontólogo. Esta conducta refleja que el papel que juega el profesional de la Odontología, en el tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal y en la conservación de la salud oral, no está siendo comprendido en su totalidad por la población, por lo que tienen desconfianza y temor para acudir con el odontólogo.

La importancia del cuidado bucal es también un aspecto común en todos los grupos étnicos, considerando que la principal forma de mantenerlo es a través de una buena higiene. Sin embargo, el cuidado oral y la atención odontológica se convierten en un problema cuando las mujeres están embarazadas pues la creencia que el tratamiento dental ocasiona daños al bebé está muy difundida dentro de los diversos grupos étnicos, tanto indígenas como ladinos.

Por último, es primordial considerar y fomentar aquellas prácticas populares que, como está demostrado en estudios publicados, contribuyen al mejoramiento y conservación de la salud bucal. Estas prácticas están relacionadas principalmente con el uso de plantas medicinales para el alivio de la odontalgia y la gingivorragia, o sangrado de encías.

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones primordiales que desarrolla la Universidad de San Carlos de Guatemala, es investigar la problemática sociocultural del país, en la búsqueda de soluciones que contribuyan a dirigir al país por caminos de progreso en beneficio de la población guatemalteca.

Por esto durante los años de 1998 al 2000, la Facultad de Odontología ha llevado a cabo investigaciones socioculturales en diferentes etnias del país, con la finalidad de conocer las creencias, actitudes y prácticas de estos grupos étnicos en relación con la salud bucal. Sin embargo, era necesario reunir todas estas investigaciones, analizarlas en forma comparativa (detallando aspectos comunes y/o disparidades) y agruparlas en un sólo documento que describa el comportamiento frente al proceso salud- enfermedad bucal que presentan los distintos grupos étnicos del país. Todo esto con la finalidad que el estudiante y profesional de la Odontología tome en cuenta las costumbres de las poblaciones étnicas en su práctica profesional, como parte de la realidad social y cultural guatemalteca, y contribuya al mejoramiento y conservación de la salud bucal.

La revisión de literatura aborda cuatro temas necesarios para el entendimiento de este análisis:

- El capítulo I que se refiere a aspectos generales de los grupos étnicos en Guatemala, de los cuales se incluye su origen e historia, su distribución geográfica y situación actual.
- El capítulo II se dedica a la exposición de aspectos generales de la Medicina Tradicional en Guatemala, tales como: su definición, sus orígenes dentro de los antiguos grupos indígenas, la etiología popular de las enfermedades, y las creencias y prácticas médicas de tipo tradicional.
- El capítulo III expone las creencias y prácticas tradicionales que manejan los grupos étnicos con respecto a la Odontología.

- El capítulo IV que se refiere al manejo de técnicas generales en la elaboración de proyectos de investigación Cualitativa (estudio de fenómenos sociales), que incluyen el Análisis Descriptivo.

El análisis se llevó a cabo mediante las técnicas del análisis descriptivo, el cual comprende dos etapas: la primera que se refiere al análisis individual de los resultados obtenidos, con el propósito de conocer la magnitud del aspecto que se maneja; y la segunda etapa unifica los datos correspondientes al mismo tema.

Por último, se integraron todos los temas con el propósito de realizar una interpretación de los mismos, y establecer aquellos aspectos comunes, diferencias y factores que contribuyen o perjudican la salud oral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala es un país con mucha riqueza cultural, esto significa que dentro de su área geográfica se distribuyen grupos de individuos con diferentes formas de pensar y sentir, que han organizado poblaciones con características y personalidad propias.

Estas formas de pensar y sentir que tiene una población han sido heredadas de sus antepasados, quienes se iniciaron con una serie de ideas que pusieron en práctica para satisfacer sus más elementales necesidades y dar solución a sus problemas. Seleccionaron estas ideas y las clasificaron de acuerdo a los intereses de cada población, las cuales han sido condicionadas por el aspecto histórico, el medio circundante y las experiencias de la práctica social, dando origen a una serie de creencias, actitudes y prácticas tradicionales.

Estos conocimientos teóricos y prácticos han sido utilizados en todos los aspectos de la vida de la población, inclusive en el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos físicos, mentales y sociales, dándose así lo que se conoce como **Medicina Tradicional**. Estos conocimientos están arraigados a través de sus tradiciones y han sido transmitidos de una generación a otra.

En consecuencia, es necesario identificar el comportamiento de los diferentes grupos étnicos del país en relación con el proceso salud- enfermedad bucal, establecer los aspectos comunes o variaciones que pudieran existir, y valorar aquellos que contribuyen a la conservación de la salud bucal y benefician a la población guatemalteca.

Bajo esta concepción, la problemática objeto de esta investigación se centra en el análisis del comportamiento de diferentes grupos étnicos del país en relación con el proceso salud-enfermedad bucal. Así, el problema puede definirse de la siguiente manera: ¿Cuáles son las diferencias y/o similitudes que se presentan en diferentes grupos étnicos del país, en relación con las creencias y prácticas populares sobre la salud bucal?

JUSTIFICACIÓN

Se entiende como **Cultura**, en forma general, a las creencias, actitudes y conocimientos que son características propias de un pueblo, que lo conducen a realizar prácticas específicas y que le confieren un comportamiento determinado.

Debido a la diversidad de culturas en Guatemala, podría esperarse que existan variaciones en el comportamiento de los diferentes grupos étnicos, con respecto a la solución de sus problemas de origen bucal. Hasta ahora se han realizado numerosos estudios en grupos étnicos del país, sobre creencias, actitudes y prácticas con respecto a la salud bucal. Estos han proporcionado información valiosa que permite un acercamiento al comportamiento cultural en relación con el proceso salud- enfermedad bucal.

¿Cuál es la importancia de conocer y comprender el comportamiento de los distintos grupos étnicos, dentro de nuestro entorno social?

Este conocimiento puede promover en los odontólogos y estudiantes de Odontología el análisis de nuestra práctica profesional frente a la realidad sociocultural de Guatemala, realidad en la cual las creencias y prácticas en relación con la salud bucal de los grupos étnicos del país, varía de nuestros conocimientos académicos, provocando una barrera que influencia grandemente la aceptación o no de la práctica odontológica en nuestro medio. Además, esta diversidad cultural es causa importante de que los esfuerzos realizados en los programas de salud bucal, la demanda de atención odontológica y los servicios que se brindan no tengan el éxito deseado.

Por lo tanto, se hace necesario una aproximación a estos conocimientos tradicionales en los diversos grupos culturales y la valoración de su significado dentro del proceso salud-enfermedad, de tal forma que permita considerar sus aspectos positivos.

Para realizar este acercamiento, la gran cantidad de información obtenida en los distintos estudios aquí abordados, necesita integrarse, de manera que sea estructurada en un sólo

documento que analice los conocimientos tradicionales de los grupos étnicos que fueron estudiados.

La sistematización de esta información, sumada a los conocimientos académicos y del ejercicio profesional, permitirá:

- Mejor formación de futuros odontólogos, mediante la retroalimentación de la docencia en la Facultad de Odontología.
- Identificar aquellas creencias y prácticas que contribuyen al mejoramiento y mantenimiento de la salud bucal.
- Tomar en cuenta los estudios publicados sobre la efectividad de la medicina tradicional, mediante el uso de plantas medicinales, en el tratamiento de enfermedades de la cavidad bucal.
- Contribuir con los fines de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como institución con sentido de proyección social.

Todo ello con el propósito de proporcionar un beneficio real a la población guatemalteca, al romper la barrera cultural existente, de manera que pueda brindarse mayor cobertura, y de esta manera desarrollar una Odontología adecuada a la condición sociocultural de Guatemala.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un documento que integre los resultados de los diferentes estudios realizados sobre las creencias, actitudes y prácticas tradicionales relacionadas con la salud bucal en algunos grupos étnicos de Guatemala, con el propósito de realizar un análisis comparativo de los mismos.

Objetivos Específicos

- Identificar las características del comportamiento que en relación con el proceso salud-enfermedad, tienen los diversos grupos étnicos del país, incluidos en el estudio realizado.
- Establecer las creencias que con mayor frecuencia se presentan en los grupos étnicos que fueron estudiados.
- Realizar una descripción de aquellos grupos étnicos que fueron estudiados, en los cuales se observan creencias y practicas similares en relación con la salud bucal.
- Especificar aquellos aspectos comunes y/o variaciones en los conceptos que sobre salud-enfermedad bucal, poseen los diferentes grupos étnicos estudiados.
- Describir las diferencias y/o similitudes existentes en algunas prácticas tradicionales empleadas por las distintas etnias para enfrentarse al proceso salud- enfermedad.
- Hacer una distinción entre las creencias y prácticas populares que podrían contribuir al mejoramiento y mantenimiento de salud bucal, y aquellas que podrían afectar la misma.

REVISIÓN DE LITERATURA

I. GENERALIDADES DE GRUPOS ÉTNICOS DE GUATEMALA

A. Origen del Hombre Americano

La teoría Poligenista es la corriente más aceptada actualmente sobre el origen del hombre americano. Sostiene que hombres procedentes de Asia cruzaron el Estrecho de Behring durante la última Era Glaciar, y luego se dispersaron hacia el sur del continente; del mismo modo, otros grupos humanos procedentes de la zona Malayo- polinesia, llegaron a las costas de la América del Sur a través del Océano Pacífico. La caza de animales menores, la recolección de frutos y semillas, la pesca y la recolección de conchas, constituyó la actividad más importante de los primitivos habitantes del Nuevo Mundo, hasta que les fue posible familiarizarse con la agricultura.

El Período Formativo está constituido por el desarrollo de grupos rurales, que comenzaron a vivir en pequeñas comunidades o aldeas, las cuales estaban establecidas para el año 1500 a.C. El crecimiento de las aldeas produjo en diversos lugares expresiones de vida que comienzan a tener características propias. (9, 20)

B. Origen de los Grupos Étnicos en Guatemala

B.1. Los Mayas

Mesoamérica fue la cuna de una de las civilizaciones más impresionantes que ha existido en la historia de la humanidad. El origen de los mayas continua siendo un misterio y aún se desconoce su procedencia, pero para el año 2000 a. C. ocupaban lo que actualmente son los estados mexicanos de Tabasco, Chiapas, Quintana Roo y Yucatán; Guatemala, Belice y el occidente de Honduras.

Los elementos culturales más representativos de los mayas fueron:

- Ciudades imponentes en las que habitaban la clase gobernante y las capas sociales más importantes.
- Un alto desarrollo científico en el que sobresale la matemática vigesimal que implica el uso del CERO, y una sofisticada computación calendárica.
- Fueron los únicos que desarrollaron un sistema de escritura jeroglífica original y muy avanzada, por lo que se les considera el pueblo más civilizado del Nuevo Mundo en los tiempos precolombinos.
- Expresiones artísticas apreciadas en esculturas, cerámica y pintura.

Los antiguos mayas eran fundamentalmente agricultores, por lo que las condiciones climáticas revestían una gran importancia, y su religión era un culto a la Naturaleza y los cuerpos celestes. Hacia el año 800 d. C., por razones aún desconocidas, la civilización maya comenzó su ciclo declinante. Los centros ceremoniales fueron abandonados y el pueblo maya se desplazó hacia el norte de Yucatán. Esto puso en contacto directo a los mayas con los pueblos indígenas mexicanos.

B.2. Invasión Tolteca al territorio maya

El imperio tolteca ocupaba el altiplano central mexicano y su ciudad capital era la legendaria Tula o Tulán, situada en el estado de Hidalgo. Después de la decadencia de Teotihuacan se produjo un éxodo de poblaciones toltecas quienes fundaron la ciudad de Tulán Zu o Tula en el estado de Chiapas.

Estas invasiones modificaron profundamente la vida en el área maya: los guerreros toltecas invadieron militar y religiosamente los pueblos mayas y no mayas, y tomaron las riendas del gobierno. Sin embargo, había guerras frecuentes entre los sobrevivientes del colapso maya y los Itzás (descendientes de los invasores toltecas), produciéndose la caída del gobierno y la posterior desaparición de toda clase de autoridad y organización. La tierra se dividió en numerosas provincias minúsculas dirigidas por minorías militares y sacerdotales, de origen tolteca; se establecieron en áreas defensivas y construyeron

centros ceremoniales fortificados, rodeados de barrancos y contruidos en lugares escarpados, que podían servir como un área de refugio a la población.

De tal manera, se puede concluir que las naciones indígenas que conformaban el territorio de la actual república de Guatemala, son descendientes del choque militar y cultural ocurrido entre los mayas de fines del Período Clásico y los toltecas invasores provenientes del altiplano central mexicano.

C. Antecedentes de algunos grupos étnicos en Guatemala

Varios pueblos tenían establecido su señorío sobre las zonas más importantes del altiplano de Guatemala, a la llegada de los españoles. Los manuscritos indígenas señalan la ascendencia tolteca de la minoría oligárquica, teocrático-militar, que tenía a su cargo la dirección política de estos pueblos indígenas. De la gran invasión tolteca, tres grupos fueron los que lograron concretizar sus conquistas en Señoríos: los primeros fueron los Quichés, luego los Cakchiqueles y los Tzutuhiles. (3)

Actualmente, en Guatemala conviven cuatro grandes grupos étnicos: mayas, ladinos, garífunas y xinkas. Los mayas se dividen en más de 20 etnias, con idiomas y costumbres diferentes: quiché, cakchiquel, tzutuhil, mam, ixil, pokomam, pokomchí, chortí, mopan, akateka, etc.

C.1. Grupo Étnico Quiché

Es un grupo étnico amerindio de la familia lingüística maya, que actualmente vive en las montañas de Guatemala occidental. Sus dominios incluían la región de la Verapaz y se extendieron al sur del departamento del Quiché, Totonicapán, Quetzaltenango, norte de Retalhuleu y Suchitepéquez; tal expansión se realizó a expensas de grupos políticos rivales: Cakchiqueles, Tzutuhiles, Mames, Pokomames, Ixiles y Pipiles.

Restos del imperio tolteca fueron las tribus que tomaron aquí el nombre de “Quichés”, se apoderaron de la mayor parte del país y sometieron a las comunidades locales. Se asentaron en el Monte Hacavitz (probablemente Nebaj), y edificaron la ciudad de Gumarcaaj o Utatlán (hoy Santa Cruz de Quiché) que se constituyó en la capital del reino. Uno de los sitios que poblaron fue Chi-quix-Ché, o Quix-Ché, del cual se originó el de Quiché, palabra que se compone de las voces **qui**, muchos, y **ché**, árboles; o de Queché- Quechelau, que significa bosque. (29)

Los Quichés eran una sociedad agraria en la que el poder derivaba directamente de la capacidad para controlar la tierra y su producción. Eran un pueblo aguerrido y numeroso. Sus logros lo convirtieron en el objetivo primordial de las hordas conquistadoras en la América Central. Hoy en día la población quiché, con 1,842,115 habitantes, es el mayor grupo indígena de Guatemala. Su medio de vida procede de la agricultura, los tejidos y la alfarería.

C.2. Grupo Étnico Cakchiquel

Forman parte del grupo resultante de la mixtificación ocurrida entre toltecas y mayas. Pertenecen al grupo lingüístico quiché, ya que existió una alianza militar-cultural; sin embargo esta se disolvió debido a diferencias entre ellos. De allí que formaron su propia nación, se establecieron en los departamentos de Sololá, Chimaltenango y Sacatepéquez, y fundaron su capital Iximché, localizada en Tecpán. Los Cakchiqueles fueron parte importante en la conquista, ya que ayudaron a los españoles en el sometimiento de quichés y tzutuhiles. Su documento histórico más conocido es el llamado “Memorial de Sololá. Anales de los Cakchiqueles”, una genealogía de sus héroes.

Actualmente, la población cakchiquel está conformada por 1,002,790 habitantes; su economía se basa en el minifundio y en la migración estacional como mano de obra, debido a que menos del 30% de su territorio les pertenece. Crearon organizaciones adheridas al conglomerado maya, como el Centro Maya Saqb'e, y también algunas específicas de su etnia.

C.3. Grupo Étnico Tzutuhil

Una de las unidades políticas más importantes de Guatemala, al momento de la conquista, corresponde al pueblo Tzutuhil. Los Tzutuhiles se desprendieron del tronco Quiché, sin embargo entre ellos vivían muchos cakchiqueles como hermanos y parientes.

La capital del señorío Tzutuhil era una ciudad fortificada, a orillas de la laguna llamada Chiaa “junto al agua”, que posteriormente se traduce en **Atitlán**. Se establecieron al sur del lago de Atitlán, en la población de Santiago Atitlán, departamento de Sololá y al sur de Suchitepéquez; este pequeño territorio colindaba al Norte, con el lago; al Sur y al poniente con los quichés; y al Oriente, con tierras cakchiqueles.

El señorío de Atitlán era gobernado por dos señores: el de los Ahtziquinahay, quien era el Señor Supremo, y el de los Tzutuhil quienes daban el nombre al grupo entero, aún cuando no ocupaban la posición dominante. Las relaciones entre los bandos Ahtziquinahay y Tzutuhil parece haber estado caracterizada por conflictos, ya que los Tzutuhiles querían tener gobernador propio.

Los Tzutuhiles vivían en continua hostilidad con los cakchiqueles y los quichés, motivada por el ansia de controlar las regiones más ricas y pobladas. Ofrecieron ruda pero fugaz resistencia a los conquistadores, quienes los vencieron con ayuda de los cakchiqueles.

Actualmente, los Tzutuhiles son un pueblo pequeño (156,333 habitantes) que posee su propio idioma. La mayoría de sus habitantes viajan constantemente ejerciendo el comercio y se relacionan casi a diario con las tribus vecinas que hablan quiché y cakchiquel y, no obstante esas relaciones frecuentes, conservan su lengua casi sin alteración.

C.4. Grupo Étnico Mam

Algunos autores consideran que el pueblo mam representa la ocupación mayense de las tierras altas de Guatemala, y que son ellos probablemente los habitantes del Xibalbá (Chiapas) que mencionan los Quichés en el Popol Vuh. El señorío mam se extendía sobre el territorio de Soconusco y Chiapas, la costa del Pacífico, en San Marcos y Retalhuleu, y más al norte, en las montañas y valles de Huehuetenango y parte de Quetzaltenango. Su capital, principal centro ceremonial y último reducto de los mames fue Zaculeu, situada a cinco kms. al oeste de la actual ciudad de Huehuetenango.

Los quichés, atraídos por la riqueza y extensión del territorio mam, decidieron atacarlos y apoderarse de territorios que tradicionalmente habían pertenecido a los mames (pues estaban establecidos originalmente en la ciudad de Utatlán). La conquista del señorío Mam constituye una de las pruebas de heroísmo en Guatemala, pues su fortaleza principal se rindió, sólo después de un prolongado sitio impuesto por los españoles, en el cual murió la casi totalidad de los defensores.

Hoy ascienden a 1,094,926 personas, la mayoría en Guatemala. Su economía se basa en el minifundio y en la migración estacional de mano de obra. Además se han agrupado en varias organizaciones del conjunto maya y en alguna específica de su etnia, como la Coordinadora Mam de Desarrollo Integral. El dialecto mam representa la máxima desviación glotocronológica (estudio de los cambios lingüísticos y grado de parentesco entre las lenguas) de la lengua maya: le separan 1500 años de la lengua quiché y, dentro de él, hay dialectos separados por 400 años.

C.5. Grupo Étnico Pokomam

El pasado más remoto de los Pokomames es confuso. Los documentos quichés y cakchiqueles hacen alusión a los grupos pokomames que ya existían en estas tierras cuando se produjeron las migraciones del Período Post-Clásico. (30)

Los Pokomames fueron siempre pequeños grupos de agricultores, quizás clanes familiares propensos al nomadismo, que erraron por los valles centrales incitados por la necesidad de buscar extensiones de tierra fértiles y de fácil trabajo para adaptarse a una economía agrícola de subsistencia. El estigma de los pokomames parece ser el de un conglomerado pacífico y oprimido por quichés y cakchiqueles. Los asentamientos pokomames se ubican desde las cuencas altas del río Polochic y Chixoy, los valles de Guatemala y Amatitlán, el valle de Baja Verapaz, Jalapa, Jutiapa y en gran parte de El Salvador.

Los Pokomames y Cakchiqueles fueron los grupos étnicos más afectados por la aculturación consiguiente de la colonización española; los valles pokomames fueron las tierras más codiciadas por los conquistadores, debido a su cercanía a la "Capital del Reino". La población pokomam parece no haber superado el acoso aculturizante de cinco siglos, la población se reduce cada vez más (127,206 habitantes) y sus núcleos culturales se han fraccionado, sus principales pueblos se han transculturizado y el indígena debió renunciar a su pokomamismo. En toda el área pokomam, sólo dos pueblos luchan por conservar su identidad indígena: **Palín** y **Chinautla**.

C.6. Grupo Étnico Pokomchí

Según se menciona en el documento histórico conocido como Título de San Cristóbal, el nombre de este pueblo es **Cagcoh** que significa "los del jaguar colorado", y Pokomchí es tan sólo el nombre de su lengua. Desde 2500 años a.C., Pokomchís y Pokomames formaban un sólo pueblo que vivía en el centro de Guatemala. Este pueblo fue tumbado y derrotado a la llegada de los quichés y cakchiqueles; como consecuencia de estas derrotas, este pueblo se desplazó hacia varios lugares. Pero es con la llegada de la Colonia que la división del grupo Pokomchí se establece definitivamente, y para diferenciarlo se da el nombre Pokomam a los grupos de habla Pokom.

El pueblo pokomchí ocupó el territorio situado al sur de Alta Verapaz y norte de Baja Verapaz. Su capital se ubicaba en los alrededores del actual municipio de San

Cristóbal Verapaz, junto a la laguna de Chichoj. En la actualidad, la población pokomchí está constituida por 259,168 habitantes.

C.7. Grupo Étnico Garífuna

Constituye un pueblo de ascendencia africana, pero de comportamiento amerindio. Los Garífunas que habitan a lo largo de la costa de Belice, Guatemala y Honduras, inician su historia desde la isla de San Vicente, en las Indias Occidentales.

En 1635, dos barcos españoles que llevaban esclavos de Nigeria se hundieron en la costa de la isla. Algunos esclavos lograron nadar a la orilla y sobrevivieron. Estos refugiados pronto se casaron con los nativos de la isla, descendientes de los indios Arawak y Kalipuna (indios "caribes rojos"). Su descendencia se llegó a conocer como **Caribes Negros** que aunque de fuerte apariencia africana hablaban la lengua Arawak. Hacia 1750 dominaban la isla de San Vicente, de donde fueron expulsados por los ingleses tras una guerra de 32 años. Se les persiguió y en 1797, los Caribes Negros que sobrevivieron (menos de 2000) fueron deportados a la isla de Roatán, en Honduras. Los Caribes comenzaron a movilizarse al norte, llegando hasta Belice en 1802.

En el transcurso de los años los Caribes Negros, que prefieren ser llamados **Garífunas o Garinagu**, se las han arreglado para preservar aspectos tradicionales de su cultura africana y amerindia. Practican la agricultura propia de la selva tropical lluviosa, con la yuca como cultivo principal, y también son pescadores; además dedican especial atención a la danza y la música tradicional. (16, 20, 40)

Hay unos 300,000 Garífunas en Honduras, 15,000 en Belice, 6,539 en Guatemala y 3,000 en Nicaragua. Sus organizaciones están plenamente aceptadas e integradas en los movimientos indígenas centroamericanos. En Belice, al gran pueblo garífuna de Stann Creek se le rebautizó con el nombre de **Dangriga**, palabra garífuna que significa "aguas quietas". El día de la fundación garífuna es la mayor celebración del año y se celebra el 19 de noviembre. (20)

II. MEDICINA TRADICIONAL EN GUATEMALA

La medicina es una ciencia que ha sido cultivada por todas las sociedades para aliviar los sufrimientos y males de los miembros de la comunidad.

El hombre tuvo que establecer reglas para sobrevivir, incluyendo el cuidado de la salud, ya que entre sus primeras necesidades estuvo cualquier acción que le permitiera aliviar y curar sus dolores.

Como medios para enfrentarse a las enfermedades, el hombre ha usado las siguientes alternativas: (17)

- invocar a los dioses o Dios único
- en un grado de cultura más avanzado, usa medios eficaces conforme a lo observado por la experiencia
- si ya existe una medicina basada en el método científico, recurrir a los médicos
- en todos los niveles del desarrollo cultural, recurrir a fuerzas mágicas no santas, tales como brujería y adivinaciones.

Se conoce como **Medicina Tradicional** a las prácticas y conocimientos utilizados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos físicos, sociales o emocionales; que se han acumulado durante siglos transmitiéndose en forma oral y que forman parte de la tradición de un pueblo. Esta tiene sus bases en la observación y el ensayo, y su enseñanza se relaciona estrechamente con la experiencia formando parte de la cultura de los pueblos.

A. Mitología Médica Indígena

Ante la enfermedad, los pueblos de la antigüedad recurrieron a lo divino o sobrenatural; existían dioses malignos y benignos que influenciaban la presencia o no de enfermedad.

La mitología médica indígena era numerosa y variada. La cultura maya presenta su trinidad formada por la diosa **Ixchel** y los dioses **Citbolontun** e **Itzamná**. Los dos primeros, a manera de matrimonio sagrado, trabajaron para descubrir las “virtudes medicinales de las plantas”. Itzamná era el “Padre de la Medicina” y sus festividades se celebraban durante el mes Zip del calendario maya. Ixchel o “Diosa de la Luna”, era la deidad de las mujeres, la procreación, la preñez y el parto; también se consideraba como patrona de la medicina y las enfermedades. Algunos pueblos indígenas de hoy creen todavía que la luna influye bastante en la aparición de algunas enfermedades. (17, 41)

B. Etiología Indígena de la Enfermedad

La mayoría de los pueblos indígenas americanos creen en el poder curativo de la madre tierra; en que la enfermedad se cree que aparece cuando se produce un desequilibrio entre la persona y su medio natural. De manera inversa, la persona está sana cuando este equilibrio se mantiene o se recupera.

Los pueblos indígenas de Guatemala han dado a la medicina un carácter sagrado y de superstición, puesto que para ellos las enfermedades tienen algo de demoníaco, de pecado y de castigo. Los mayas creían que por el pecado cometido venían muertes, enfermedades y tormentos, por lo que tenían por costumbre confesarse.

Los Quichés llamaban al médico cuando alguno de ellos enfermaba: si el mal era leve, lo curaba con alguna de las hierbas; si la enfermedad era grave, el médico insistía en que algún pecado había cometido el enfermo, y que debía confesar su falta para aliviarse. Se consideraba la confesión del pecado como la medicina más eficaz, pues se suponía que “aliviada el alma del peso de la culpa, recobraría el cuerpo la salud”. (29)

Sin embargo, los Quichés supieron apreciar etiologías distintas de la sagrada. La enfermedad era considerada físicamente como un desequilibrio de los elementos ‘frio’ y ‘caliente’ que entran a formar la vida: el frío y la humedad fueron reconocidos como agentes causales de reumatismo y catarro; los vientos producían y agravaban algunas enfermedades y, los excesos del amor y la bebida constituían una serie de patologías diversas.

B.1. Naturaleza de la enfermedad en la Medicina Tradicional

Dentro de la medicina tradicional, de acuerdo al origen o causa de la enfermedad, esta se clasifica en dos grupos: (44)

B.1.1. Enfermedades de origen físico:

Son aquellas en que el individuo logra establecer la causa directa de tipo físico que los producen, existiendo una relación de causa- efecto. Para las enfermedades identificadas por causa natural se emplean plantas y algunas secreciones y partes de animales, a las que se les atribuyen cualidades curativas. Se incluyen en este grupo:

- traumas físicos producidos por objetos y accidentes en general
- ingestión excesiva de determinados alimentos que originan dolencias del aparato digestivo y genitourinario
- cambios de temperatura 'frío' y 'caliente' transmisibles por medio del ambiente y los alimentos.

B.1.2. Enfermedades de origen sobrenatural:

Son aquellas que presentan las siguientes causas:

- Castigo divino, como consecuencia del pecado; sus efectos se manifiestan en las pestes o pandemias. Para liberarse se recurre a oraciones, procesiones y visitas a santuarios.
- Posesión de malos espíritus o demonios; sus efectos son la locura o demencia. Para desalojar tales espíritus y recobrar la salud, se emplea exorcismo.
- Maleficio de los brujos a personas, animales domésticos y siembras. Tales hechizos se previenen con talismanes, y cuando el mal está hecho, se curan con prácticas mágicas.

- Influencia maléfica de los astros, mal aire y mal de ojo. También se emplean amuletos y prácticas mágicas.

C. Terapéutica Tradicional Vrs. Medicina Occidental

Las circunstancias adversas para la salud, presuponen la necesidad de curadores o sanadores en los albores de la humanidad.

A la llegada de los españoles, la población indígena disfrutaba de sistemas de Salud Pública. El tratamiento consistía en la aplicación de medicamentos, teniendo una rica y diversa terapéutica: sangrías, baños y una infinita variedad de medicamentos que constituyen una de las más ricas materias médicas.

El conocimiento de las plantas medicinales entre los indios era perfecto. La “Medicina del Herbolario”, es decir la ciencia y arte de las plantas medicinales, es una forma de medicina alternativa que se ha practicado desde hace siglos. En general, se emplean las semillas, los frutos florales, las hojas, los troncos y las cortezas de las plantas y hierbas para preparar los remedios. Pero en su farmacopea no se empleaban sólo plantas, sino también animales y minerales. Entre los animales se citan lagartijas, mapaches y carne de culebra; entre los minerales se destaca el uso del azufre, cal, sal y yeso.

Posteriormente, se marca definitivamente el contraste con la **Medicina de tipo Científico u Occidental** ya que es durante el Período Colonial donde se muestran las diferencias entre las prácticas médicas de los pobladores americanos y las prácticas de los médicos españoles. Mientras que en el Viejo Mundo sucedían cambios y reformas en el campo de la medicina y el área de la salud (reformas que vinieron a América por medio de los colonizadores), los indígenas americanos continuaban cultivando y enseñando, por medio de la observación y la experimentación, sus creencias, prácticas y costumbres médicas por lo que el ejercicio de la Medicina Tradicional persistió en las comunidades. Este fenómeno de las prácticas médicas tradicionales vs. la medicina occidental aún se observa en nuestros días, y se relaciona con la lucha de los pueblos étnicos por mantener vigente su cultura; es por ello que se dice que es un elemento fundamental que proporciona identidad a los grupos étnicos.

C.1. Prácticas médicas. Ideas y creencias populares

Las prácticas médicas están en relación directa con los niveles de desarrollo cultural, de lo primitivo a lo civilizado; por tanto, es de observar que en la actualidad muchos pueblos de cultura subdesarrollada y en proceso de desarrollo, conservan ideas arcaicas sobre el origen de la enfermedad, que los induce a prácticas erróneas que afectan la salud.

Dentro de las prácticas médicas, podemos mencionar aquellas que son de carácter popular: (44)

- Actos religiosos: las curaciones por intervención de algún santo, o de una imagen venerada en un templo son muy frecuentes. Algunos científicos sostienen que la enfermedad de tipo psicosomático es susceptible de curación mediante la fe religiosa.
- Prácticas mágicas a cargo de brujos de profesión: Contrario a estos brujos existen los curanderos especializados en sanar a los embrujados de sus dolencias físicas o mentales o de una pasión amorosa.
- Naturismo: En el mundo indígena, el **chimán** es acreditado de conocer plantas con propiedades curativas que administran a sus pacientes. Muchas de estas plantas medicinales las conoce y aplica el curandero ladino, constituyendo la **Medicina Popular**. Los médicos naturistas empíricos basan sus tratamientos en dietas vegetarianas y en el empleo de plantas medicinales.
- Medicina Casera: Son prácticas médicas efectuadas en el seno del hogar y que provienen tanto de la cultura hispánica como de la medicina aborígen, a las cuales se agregan tratamientos médicos facultativos en desuso, como ungüentos, píldoras y purgantes.

Las prácticas médicas en comunidades indígenas están a cargo del chimán, conocedor de las propiedades medicinales de determinadas plantas, y que a la vez emplea procedimientos mágico- religiosos para curar los malestares y dolencias de sus pacientes. Además utiliza la música, la danza, las oraciones y gran variedad de técnicas que incluyen: (27)

- Purificación (limpieza del paciente de cualquier demonio)
- Evocación (invitación de los espíritus benignos y curativos para que ayuden a la persona enferma)
- Identificación (unión física de la persona enferma con los poderes que curan)
- Transformación (liberación de la persona enferma de la enfermedad); y
- Liberación (empleo de los poderes curativos que han sanado a la persona enferma)

La Curandería es un proceso en el cual una persona recupera la salud física y mental, mediante lo que se considera una intervención directa de una fuerza divina. La curandería se distingue tanto de la medicina científica u Occidental, que trata la enfermedad con remedios específicos desarrollados a través de la observación y la investigación, como de la medicina precientífica o Tradicional, que combate la enfermedad con conocimientos tradicionales, como puede ser el uso de ciertas plantas y hierbas, y es practicada a menudo por personas que poseen una cierta autoridad religiosa. De este modo la medicina precientífica o tradicional y la curandería están relacionadas, y a menudo combinan un mismo tipo de tratamiento: remedios empíricos y poderes sobrenaturales.

En los cambios culturales que se están operando de lo indio a lo ladino y viceversa, algunos curanderos indígenas están aprendiendo a emplear fármacos que adquieren en las tiendas y farmacias de los pueblos, muchas veces sin conocer debidamente sus dosificaciones y sus efectos. El ladino, confía en los tratamientos del médico académico, pero no olvida sus creencias de tipo sobrenatural y sus prácticas médicas empíricas.

III. ODONTOLOGÍA TRADICIONAL

A. Creencias de los pueblos indígenas respecto a la Odontología

La ciencia y el arte dental datan de los tiempos remotos de las primeras civilizaciones, como lo demuestran antiquísimos documentos. Los dientes fueron objeto de atención desde los comienzos de la historia humana, ya sea porque las afecciones dentales se manifestaron desde entonces y el hombre primitivo se vio obligado a procurarse medios de alivio y de defensa contra dichas afecciones, o porque su posición los eligiera para hacer resaltar su adorno o su mutilación.

La primera noticia escrita acerca de intervenciones dentales en América quizás se encuentre en el Popol Vuh, el cual describe cómo el maligno Vucub- Caquix (que representa el pecado) es castigado por los dioses al destruirle sus dientes que constituyen su fuente de poder, e introducen la primera enfermedad dental: la “caries dental”. En Guatemala y Honduras se relata un cuento en el cual el Dios Sol castiga al diablo con un terrible “dolor de muelas” por robarle su mujer, la Luna. Los relatos anteriores destacan la creencia que tienen los pueblos indígenas que las afecciones dentarias son provocadas por dioses como “castigo por una falta cometida”.

Otra creencia refiere que el dolor dental en un hombre es consecuencia de la enfermedad o embarazo de su mujer.

Existen pruebas de que los antiguos indígenas mayas padecieron de caries dental o **Tlanqualoliztli**; creían que era producida por un gusano o **Tlancuilín** que pudre los dientes. En los pueblos kekchíes, este gusano de los dientes se conoce como **Xul'e**, el cual según los indios, es un animalito muy pequeño de color rojo o verde. (10, 33)

El deterioro dental también se le atribuye a los cambios de temperatura, pues muchas personas creen que la caries es producida por la ingestión de alimentos calientes o fríos que causan grietas en los dientes.

B. Prácticas Odontológicas de los pueblos indígenas

Si los antiguos pueblos indígenas presentaban caries, es lógico suponer que padecieron de “dolor de muelas”, y que buscaron alivio para el mismo.

Varios manuscritos del siglo XVII mencionan una terapéutica rica y eficaz contra la odontalgia: “ Se toma el pico de un pájaro carpintero y se sangran las encías con el, si se trata de un hombre, trece veces, y si es una mujer, nueve veces. La encía debe ser herida ligeramente por el pico del carpintero. Se toma además una parte de un árbol herido por un rayo, se raspa con una espina de pescado y se envuelve en algodón. Enseguida se aplica sobre el diente. Por este medio sanará”. Las “trece veces” si se trata de un hombre, y las “nueve veces” si es una mujer, son prácticas rituales de los mayas: el primero corresponde al número de los dioses del cielo y el segundo a los dioses del infierno. (32)

La farmacopea popular que se utiliza en el alivio de afecciones de tipo dental es variada, entre ella puede mencionarse:

- Un humor a manera de leche que mana de las ramas del árbol de amate, sirve admirablemente contra el dolor de muelas: se coge con un algodón y se aplica al agujero de la muela doliente.
- La cola del alacrán alivia el dolor dental al mascar del lado donde se encuentra la muela afectada, y luego se traga.
- El extracto de nance que permite una cicatrización rápida de las heridas, y mantiene la salud de las encías.
- La savia del piñón que al frotarla sobre los dientes flojos, los fortifica y refuerza admirablemente.
- La colocación de alambres al rojo vivo y algodones con alcanfor dentro de la muela cariada, para “matar al gusano”.
- La hierba Tlapactli y el Chilli caliente y masticado es utilizado para contener la caries.
- El polvo de caracol mezclado con la hierba Tlalcacaotl y sal marina para rellenar piezas dentales cariadas.

- El tabaco en polvo y cal se utiliza para remediar el dolor de mandíbula, y como sustituto del copal para el alivio del dolor de muelas.

Sin embargo, muchas veces el uso de plantas medicinales y otros elementos está aunado a la práctica de ceremonias mágico- religiosas para que la divinidad sea propicia.

La práctica de la Odontología por los mayas se demuestra en las incrustaciones y mutilaciones dentarias que se observan en maxilares hallados en tumbas, y que actualmente se encuentran en el Museo Nacional de Arqueología y Etnología. Se han encontrado piezas dentales cariadas con rellenos que se adaptan perfectamente a las paredes de la cavidad y que demuestran el amplio conocimiento de los tejidos dentales que poseían los mayas, puesto que al observarlas radiológicamente, son pocas las piezas que presentan daño pulpar. También realizaban cavidades en las caras vestibulares de los dientes anteriores, los cuales rellenaban con materiales como jade o jadeíta, hematita, turquesa, pirita, cristal de roca, obsidiana y oro. El uso de incrustaciones y mutilaciones dentarias no se restringe únicamente a la reparación de piezas dentales cariadas, también tiene un significado estético y ornamental que para los pueblos indígenas es sinónimo de riqueza y poder. (10)

Las extracciones dentales se realizaban en piezas dentales cariadas, con el fin de “sacar al gusano” que reside dentro del diente. Pero también constituían castigos impuestos a cierta clase de delincuentes, quienes quedaban marcados con un defecto muy visible que llevaban como estigma. La desfiguración que sufre la persona con el cambio de apariencia causada por daños en la dentadura, despertó desde tiempos inmemoriales el deseo de disimularlos y, de los procedimientos que se idearon para lograrlo, se originó la **Prótesis Dental**.

Es de suponer que para realizar estos trabajos, se empleara algún tipo de anestésico; los aborígenes conocían muchas plantas con propiedades narcotizantes y sabían preparar brebajes embriagadores.

IV. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Una investigación dentro del campo de la Antropología (ciencias sociales), tiene por objeto de estudio las relaciones entre personas, grupos e instituciones. Estas relaciones pueden ser abordadas desde el punto de vista de los protagonistas, de los problemas, de los recursos y de las acciones.

Actualmente, los métodos cualitativos para las investigaciones dentro del campo social están adquiriendo mayor popularidad. Esto se debe al gran desarrollo que han tenido, permitiendo la realización de programas de investigación de carácter empírico, pero con suficiente validez. Este interés y desarrollo ha tenido su origen en las nuevas ideas y valores respecto a la concepción de la ciencia, valorando en gran medida las circunstancias sociales de los contextos en que se desenvuelven las personas y toman sus decisiones, y muestra interés por los aspectos que condicionan sus vidas, y los resultados que perciben de los mismos.

A. Enfoque Interpretativo de la Investigación Cualitativa

El enfoque interpretativo de la investigación cualitativa, pretende captar el sentido de los hechos y fenómenos sin incluir aspectos predictivos y causalistas (métodos cuantitativos). Este enfoque tiene gran importancia dentro de la investigación cualitativa porque trata de entender la realidad social a partir de cómo la perciben y viven los humanos. Se interesa por la comprensión personal y los motivos y creencias que conllevan a realizar determinada acción.

Contrario a la investigación cualitativa, los métodos cuantitativos analizan los hechos y fenómenos sociales como entidades mediales y cuantificables, siguiendo las pautas de las ciencias físico- matemáticas. En la actualidad, se han logrado complementar estas dos metodologías: verificando por medio de métodos cuantitativos las exploraciones e investigaciones de tipo cualitativo. Los métodos cualitativos abren el campo de estudio y exploran con libertad de acción, mientras que las técnicas cuantitativas se centran en aspectos concretos de la investigación.

B. Corrientes de la Investigación Cualitativa

Dentro de la investigación cualitativa, se presentan dos corrientes:

B.1. Investigación Fenomenológica

Se basa en la percepción vivida de las personas. El interés se centra en alcanzar lo esencial del fenómeno humano, y presentarse delante de estos fenómenos con intenciones de comprender a las personas y situaciones estudiadas, desde el punto de vista de las personas implicadas.

B.2. Investigación Etnográfica

Estudia los comportamientos de las personas y los acontecimientos en un contexto social, para lo cual es necesario estar inmerso dentro de este contexto y observar la situación tal como la viven y la conocen las personas y grupos estudiados.

C. Análisis de la Información

Es necesario sintetizar la información que se ha recabado durante el trabajo de campo— información fuente— es decir, reunir, clasificar, organizar y presentar la información en cuadros estadísticos, gráficas o relaciones de datos con el fin de facilitar su análisis e interpretación.

El **análisis** consiste en separar los elementos básicos de la información y examinarlos con el propósito de responder las distintas cuestiones planteadas en la investigación. La **interpretación** es el proceso mental mediante el cual se trata de encontrar un significado más amplio de la información empírica recabada.

El orden metodológico del manejo de la información implica los siguientes pasos:

1. Sintetizar la información fuente en cuadros estadísticos, gráficas o relaciones de datos.
2. Analizar la información sintetizada. Para ello se utilizan diversos tipos de análisis, entre los cuales pueden citarse: el descriptivo, el dinámico, de correlación y de contenido.
3. Realizar una síntesis general de los resultados.

El análisis del fenómeno o problema social se realiza inicialmente, en forma descriptiva a través de porcentajes u otras medidas estadísticas. Hecho esto, se procede a realizar la interpretación de los resultados.

C.1. Análisis Descriptivo

Este se lleva a cabo en dos etapas: en la primera se realiza el análisis individual de los resultados obtenidos en cada pregunta con el propósito de conocer la situación o magnitud del aspecto detectado a través de la pregunta. En la segunda etapa, se procede a conjugar las distintas respuestas que tratan sobre un mismo factor.

C.1.1. Análisis Individual de Preguntas:

Se realiza con base en los porcentajes que alcanzan las distintas respuestas de cada pregunta. El procedimiento es el siguiente:

1. Se expone la pregunta con sus alternativas de respuesta.
2. Se anota la descripción que hace el investigador de los resultados globales.
3. Se indican las diferencias significativas entre los grupos o estratos que componen la muestra.

4. Se formulan supuestos que expliquen los factores que determinan las diferencias entre los grupos o estratos.

C.1.2. Análisis Descriptivo General:

Se realiza luego de llevar a cabo el análisis individual de preguntas, y el procedimiento se resume de la siguiente forma:

1. Se agrupan las respuestas según los factores o variables que se investigan, empezando por los más generales.
2. Se hace un análisis por separado de los factores o variables considerando las diferentes respuestas que tratan sobre un mismo factor o variable.

C.2. Análisis Dinámico

Después de realizar el análisis descriptivo, el interés se centra en integrar todas las respuestas con el propósito de hacer una interpretación, en forma dinámica, de la influencia que tiene cada uno de los factores en la problemática que se estudia.

VARIABLES

Debido a que esta investigación se centró en el análisis de los datos obtenidos en los distintos estudios realizados anteriormente, las variables son las mismas que se utilizaron en los informes que se abordaron:

1. **Sexo Biológico:** Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.
2. **Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta un momento determinado de su vida (fecha en que se llevó a cabo la entrevista).
3. **Lugar de Nacimiento:** Sitio donde nace una persona.
4. **Escolaridad:** Nivel o grado de educación que una persona posee.
5. **Grupo Étnico:** Conjunto de personas que reunidas bajo un mismo idioma y cultura, presentan creencias, actitudes y comportamientos comunes frente a las diversas situaciones de la vida.
6. **Número de Embarazos:** Cantidad de veces que una mujer ha estado en período de gestación.
7. **Creencias y Prácticas Tradicionales:** Ideas, pensamientos, costumbres y recursos que utilizan un grupo de personas para la resolución de determinada situación, y que se han transmitido por generaciones.

INDICADORES DE LAS VARIABLES

1. **Sexo Biológico:** Dato registrado en los estudios incluidos en este análisis.
2. **Edad:** Dato en años que refirió tener la persona entrevistada, y que aparece registrado en los estudios incluidos en este análisis.
3. **Lugar de nacimiento:** Sitio donde la persona entrevistada refirió haber nacido.
4. **Escolaridad:** Ultimo grado de escolaridad que el individuo entrevistado refiere haber cursado.
5. **Grupo Étnico:** El grupo al cual el o los entrevistados refieren pertenecer (auto-identificación).
6. **Número de Embarazos:** Según el registro de la institución en donde se efectuó el estudio, y el dato que la entrevistada proporcionó.
7. **Creencias y Prácticas Tradicionales:** Costumbres más comunes que las personas entrevistadas refieren realizar, con respecto a la salud bucal.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

El proyecto realizado se trabajó a partir de los resultados obtenidos de varios estudios realizados anteriormente, denominados “Prácticas y Creencias Tradicionales sobre Salud Bucal” y “Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud bucal de la mujer gestante”. En el primer estudio “Prácticas y Creencias Tradicionales sobre Salud Bucal” se incluye a la población en general; mientras que en el estudio “Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud bucal de la mujer gestante”, como su nombre lo indica únicamente se tomaron en cuenta a mujeres embarazadas. Por lo que el análisis, se realizó en forma separada. La metodología que se utilizó para realizar todos los estudios es la misma: (1, 12)

- Se trabajó bajo un enfoque antropológico dentro del campo de la Odontología, utilizando para ello algunos procedimientos del **Método Etnográfico** como: la técnica de observación, conversación informal y entrevista dirigida.
- Se elaboraron instrumentos para registro de la información sobre creencias y prácticas tradicionales de los grupos étnicos estudiados ante los fenómenos relacionados con la salud bucal.

El tamaño de la muestra en el estudio “Prácticas y Creencias Tradicionales sobre Salud Bucal”, se obtuvo en forma aleatoria mediante el uso de una fórmula estadística basándose en datos censales de las poblaciones que se investigaron; en el estudio “Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud bucal de la mujer gestante”, la muestra fue obtenida también en forma aleatoria de la población de mujeres gestantes que asisten a las clínicas, centros de salud y hospitales de las regiones estudiadas.

De esta forma, para la presentación correspondiente, las poblaciones incluidas en esta investigación se organizaron en dos grupos:

A. Población en general (Grupo No 1)

- Etnia Garífuna en Livingston, Izabal
- Etnia Pokomchí en Tactic, Alta Verapaz
- Etnia Mam en Chiantla, Huehuetenango
- Etnia Pokomam en Palín, Escuintla
- Etnia Quiché en Joyabaj, Quiché
- Etnia Tzutuhil en San Pedro La Laguna, Sololá

B. Población de mujeres en período de gestación (Grupo No 2)

- Etnia Cakchiquel, Hospital Nacional de Chimaltenango
- Etnia Ladina, Hospital Nacional de Chimaltenango
- Etnia Pokomchí en Tactic, Alta Verapaz
- Etnia Mam en Comitancillo, San Marcos
- Etnia Quiché en Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez
- Etnia Tzutuhil en Chicacao, Suchitepéquez

A partir de los informes previamente anotados, se pretendía realizar un análisis comparativo de los mismos con respecto a las creencias y prácticas tradicionales que sobre salud oral presentan los grupos étnicos mencionados. Para esto se efectuó una clasificación por temas, de acuerdo a las preguntas que se trabajaron en los instrumentos utilizados en las entrevistas:

A. Temas del Grupo No. 1

- Salud/ Enfermedad Bucal
- Dolor dental
- Alivio del Dolor dental
- Sangrado de Encías
- Alivio del Sangrado de Encías
- Cuidado bucal
- Ornamentación dental

B. Temas del Grupo No. 2

- Afecciones dentales durante el embarazo
- Causas del Deterioro dental
- Alivio del Dolor dental
- Tratamiento dental durante el embarazo

Se realizó un estudio de cada uno de los temas que se trabajaron, agrupando las respuestas que se refieren al mismo asunto, y que fueron proporcionadas por las personas entrevistadas; siguiendo los lineamientos establecidos por el análisis de tipo Descriptivo. Posteriormente, se compararon las respuestas entre los diferentes grupos étnicos, evaluando principalmente:

1. Creencias y prácticas más frecuentes dentro de cada uno de los grupos étnicos.
2. Aspectos comunes y/o variaciones en conceptos que sobre salud y enfermedad bucal poseen las diferentes etnias.
3. Aspectos comunes y/o diferencias en las prácticas utilizadas en las distintas comunidades étnicas para enfrentar el proceso salud-enfermedad bucal.
4. Grupos étnicos con creencias y prácticas tradicionales comunes.
5. Grupos étnicos con creencias y prácticas tradicionales diferentes.
6. Creencias y prácticas tradicionales que benefician la conservación de la salud bucal.
7. Creencias y prácticas tradicionales que perjudican el mantenimiento de la salud bucal.

Los datos obtenidos se tabularon y se organizaron, de acuerdo a la clasificación de temas, en varios cuadros estadísticos comparativos; todo ello para una mayor comprensión del análisis realizado y mejor presentación de resultados.

Por último, se elaboraron conclusiones basándose en los resultados obtenidos, haciendo una distinción entre las creencias y prácticas tradicionales que pueden contribuir al mejoramiento y conservación de la salud oral, y por el contrario, aquellas que afectan a la misma.

MATERIALES Y RECURSOS

A. Material de la Investigación

El material de investigación en este estudio corresponde a los datos de los cuadros estadísticos y resultados obtenidos en los estudios analizados. Estos informes se presentan a continuación:

- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Garífuna, en Livingston, Izabal.
- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en la mujer gestante atendida en el Hospital Nacional de Chimaltenango.
- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud bucal en la mujer gestante en una comunidad de etnia Pokomchí en Tactic, Alta Verapaz.
- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud oral en la mujer gestante en una comunidad de etnia Tzutuhil, en Chicacao, Suchitepéquez.
- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Pokomchí en Tactic, Alta Verapaz.
- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Mam, en Chiantla, Huehuetenango.
- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud oral de la mujer gestante de etnia Mam, en el municipio de Comitancillo, San Marcos.
- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Quiché, Joyabaj, Quiché.
- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud oral de la mujer gestante de etnia Quiché, en el municipio de Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez.
- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Pokomam en Palín, Escuintla.
- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Tzutuhil, en San Pedro La Laguna, Sololá.

B. Recursos de la Investigación

B.1. Recursos Humanos

La persona que realizó el análisis e interpretación de los informes que se incluyeron en el estudio.

Un catedrático docente para el asesoramiento necesario para la elaboración de esta investigación.

B.2. Recursos Físicos

Incluyen el equipo de escritorio que se utilizó:

- Hojas de papel bond
- Bolígrafos, lápices, borrador
- Máquina de Escribir
- Equipo de computación e Impresora
- Gasto de energía eléctrica
- Gastos de impresión informe final

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
GRUPO No. 1

CUADRO No. 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO, SEXO Y EDAD
AÑO 2001**

EDAD	GRUPO ETNICO												TOTAL
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
11-20	9	8	6	2	5	5	2	6	30	11	15	1	100
21-30	8	14	21	5	15	8	6	10	10	6	29	4	136
31-40	13	7	6	10	13	12	20	2	10	6	25	5	129
41-50	12	11	17	23	5	11	16	10	7	7	9	1	129
51-60	7	1	3	2	4	13	8	4	3	2	3	----	50
61-más	9	1	4	1	1	8	8	8	5	3	6	2	56
TOTAL	58	42	57	43	43	57	60	40	65	35	87	13	600
	100		100		100		100		100		100		

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Como se observa en el cuadro, la mayoría de las personas entrevistadas de diversos grupos étnicos, pertenecen al rango que corresponde a las edades de 21 a 30 años es decir, una población **adulta joven**.

Con respecto al sexo, se observa mayor número de mujeres entrevistadas (masculino-230; femenino- 370).

CUADRO No. 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD
AÑO 2001**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA				POKOMAM	
SIN ESCOLARIDAD	39	6.5%	79	13.2%	69	11.5%	44	7.3%	-----	53	8.8%	284	47.3%	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	40	6.7%	15	2.5%	20	3.3%	40	6.7%	91	15.1%	36	6%	242	40.3%
ESCOLARIDAD BASICA	9	1.5%	5	0.8%	1	0.1%	12	2%	8	1.3%	8	1.3%	43	7.1%
NIVEL DIVERSIFICADO	11	1.8%	1	0.1%	9	1.5%	4	0.6%	1	0.2%	3	0.5%	29	5%
NIVEL UNIVERSITARIO	1	0.1%	-----		1	0.1%	-----		-----		-----	2	0.3%	
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Con respecto al nivel de escolaridad, los datos muestran que en cada grupo étnico estudiado, un 87% aproximado de la población NO tiene ningún grado de escolaridad o bien, solamente cursaron el nivel primario. De esto se deduce que la mayoría de la población estudiada tiene un bajo nivel escolar (únicamente 0.3% de la población son profesionales universitarios). Es interesante resaltar que en la comunidad Garífuna, todas las personas entrevistadas tienen algún grado de escolaridad.

CUADRO No. 3

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y CREENCIAS POPULARES MÁS FRECUENTES
CON RESPECTO A LA DEFINICIÓN DE SALUD BUCAL
AÑO 2001**

CREENCIAS POPULARES SOBRE SALUD BUCAL	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA				POKOMAM	
HIGIENE	42	7%	44	7.3%	13	2.2%	32	5.3%	24	4%	32	5.3%	187	31.2%
DIENTES SANOS *	21	3.5%	19	3.1%	14	2.3%	50	8.3%	16	2.6%	1	0.2%	121	20.1%
SIN DOLOR	19	3.1%	3	0.5%	54	9%	-----		37	6.2%	2	0.3%	115	19.2%
OTROS **	3	0.5%	2	0.3%	2	0.3%	12	2%	23	3.8%	58	9.7%	100	16.7%
ESTADO ANIMICO	15	2.5%	32	5.3%	10	1.6%	-----		-----		-----		57	9.5%
SIN CARIES	-----		-----		7	1.2%	6	1%	-----		7	1.2%	20	3.3%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Incluye: Dientes completos, boca sana y buen funcionamiento dental.

** Corresponde a: Boca sin mal aliento, sin problemas infecciosos, y aquellas personas que no respondieron a la pregunta.

Sin importar grupo étnico, la mayoría de la población entrevistada considera que el concepto de SALUD BUCAL es sinónimo de **higiene dental** (31.2%), **dientes sanos y/o completos** (20.1%), y **dientes sin dolor** (19.2%).

En los grupos étnicos estudiados no existió influencia de edad, ni grado de escolaridad en las respuestas dadas, a excepción de las poblaciones Pokomchí y Quiché. En la comunidad Pokomchí, la población joven adulta se inclina por la Higiene Bucal como definición de salud bucal; mientras que los ancianos consideran que es un estado anímico. Para la etnia Quiché, la población con menor grado de escolaridad opina que salud bucal es un estado asintomático (sin dolor); los grupos con niveles de escolaridad más avanzada creen que es un sinónimo de Higiene Dental.

CUADRO No. 4

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y PADECIMIENTO DE DOLOR DENTAL
AÑO 2001**

DOLOR DENTAL	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA				POKOMAM	
SÍ	94	15.6%	73	12.1%	83	13.8%	78	13%	86	14.3%	92	15.3%	506	84.3%
NO	6	1%	27	4.5%	17	2.8%	22	3.6%	14	2.3%	8	1.3%	94	15.7%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

El cuadro muestra la universalidad de este padecimiento, puesto que en todas las poblaciones indígenas aquí analizadas, sin importar la edad o el nivel de escolaridad que presentaran, la mayoría de las personas entrevistadas (85% aproximadamente) han presentado en algún momento de su vida, **dolor dentario**.

CUADRO No. 5

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y CREENCIAS POPULARES MÁS FRECUENTES
EN RELACION A LA ETIOLOGÍA DEL DOLOR DENTARIO
AÑO 2001**

ETIOLOGIA DEL DOLOR DENTAL	GRUPO ETNICO												TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
CARIES DENTAL	31	5.2%	43	7.2%	27	4.5%	22	3.7%	53	8.8%	83	13.8%	259	43.2%
FALTA DE HIGIENE	32	5.3%	5	0.8%	17	2.8%	20	3.3%	17	2.8%	2	0.3%	93	15.5%
OTROS *	2	0.3%	17	2.8%	17	2.8%	18	3%	13	2.1%	1	0.2%	68	11.3%
MICROORGANISMOS	16	2.6%	-----		30	5%	2	0.3%	7	1.2%	-----		55	9.2%
SIN RESPUESTA	5	0.9%	4	0.7%	2	0.3%	12	2%	6	1%	13	2.1%	42	7%
ALIMENTOS DULCES	8	1.3%	12	2%	2	0.3%	18	3%	-----		1	0.2%	41	6.8%
NERVIOS	3	0.5%	19	3.1%	4	0.7%	8	1.3%	4	0.7%	-----		38	6.3%
ALIMENTOS FRIOS Y/O CALIENTES	3	0.5%	-----		1	0.2%	-----		-----		-----		4	0.7%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Embarazo, edad avanzada, época actual, antibióticos, falta de calcio, clima, mala alimentación, traumatismos, etc.

La mayoría de las personas entrevistadas considera que las causas principales del dolor dental son la **caries** y la **falta de higiene**. Las respuestas son independientes a la edad de los entrevistados, pero las personas con mayor grado de escolaridad se inclinan por la mala higiene bucal como el factor causante del dolor dental.

CUADRO No. 6

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ETNICO Y METODOS MÁS COMUNMENTE UTILIZADOS
PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DENTAL
AÑO 2001**

TRATAMIENTO DEL DOLOR DENTAL	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA			POKOMAM		
PROD. FARMACÉUTICO ORAL	37	6.2%	-----		27	4.5%	30	5%	-----		62	10.3%	156	26%
RESTAURACIONES DENTALES	8	1.3%	41	6.8%	6	1%	8	1.3%	57	9.5%	3	0.5%	123	20.5%
HIERBAS	10	1.6%	31	5.2%	15	2.5%	30	5%	3	0.5%	15	2.5%	104	17.3%
EXODONCIAS	11	1.8%	2	0.3%	21	3.5%	12	2%	36	6%	3	0.5%	85	14.2%
PROD. FARMACÉUTICO TOPICO	15	2.5%	20	3.3%	20	3.3%	-----		-----		1	0.1%	56	9.3%
SIN RESPUESTA	7	1.2%	-----		7	1.2%	18	3%	4	0.6%	14	2.4%	50	8.4%
MINERALES TOPICOS	12	2%	6	1%	4	0.6%	2	0.3%	-----		-----		24	4%
DIVINIDAD	-----		-----		-----		-----		-----		2	0.3%	2	0.3%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

En todas los grupos étnicos, a excepción de la comunidad Garífuna, refieren el uso de **productos farmacéuticos** para el alivio del dolor dental. En el caso de la población Garífuna, prefieren visitar al **dentista** para tratar correctamente el dolor: por medio de restauraciones dentales o mediante la extracción de la pieza afectada. Es importante observar que en todos los grupos étnicos utilizan la **medicina natural** para aliviar el dolor dentario, esto podría sugerir que estas poblaciones no han olvidado sus costumbres y prácticas tradicionales, aún con el avance de la medicina.

Es interesante hacer notar que en las comunidades étnicas se refieren únicamente a obturaciones ("rellenos") al mencionar las restauraciones dentales, lo que podría sugerir el desconocimiento de otros tipos de tratamientos dentales como: periodontales, endodónticos, protésicos, etc.

Según los estudios analizados, la edad no influye en las respuestas de los entrevistados, sin embargo las personas ancianas refieren no consultar al dentista para aliviarse el dolor dentario, ya que utilizan la medicina natural o se extraen el diente afectado.

CUADRO No. 6.1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
NIVEL DE ESCOLARIDAD Y METODOS MAS COMÚNMENTE
UTILIZADOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DENTARIO
AÑO 2001**

TRATAMIENTO DEL DOLOR DENTAL	NIVEL DE ESCOLAR.					TOTAL
	NO ESCOLAR.	PRIMARIA	BASICO	DIVERSIF.	UNIVERSIT.	
PROD. FARMACÉUTICO ORAL	77	61	9	8	1	156
RESTAURACIONES DENTALES	34	59	18	11	1	123
HIERBAS	68	32	2	2	-----	104
EXODONCIAS	26	53	3	3	-----	85
PROD. FARMACÉUTICO TOPICO	43	10	1	2	-----	56
SIN RESPUESTA	16	23	9	2	-----	50
MINERALES TOPICOS	18	4	1	1	-----	24
DIVINIDAD	2	-----	-----	-----	-----	2
TOTAL	284	242	43	29	2	600

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

En este cuadro se observa que personas con mayor grado de escolaridad hacen referencia al uso de productos farmacéuticos, principalmente de tipo oral, así como las restauraciones dentales para aliviarse del dolor dentario; sin embargo aquellas personas con niveles bajos de escolaridad, además de los tratamientos ya mencionados se inclinan al uso de medicina natural, aplicaciones tópicas de medicamentos y a la extracción dental. Puede observarse que las personas que consideran que los males y enfermedades de la humanidad (y por lo tanto el alivio de los mismos) dependen de la voluntad de los dioses, no tienen ningún nivel escolar, lo que sugiere que las creencias de la relación entre la salud y la divinidad dependen del grado educacional de las personas.

Las exodoncias como medio para aliviar el dolor dental son prácticas referidas en su mayoría por la población de baja escolaridad, lo que indica que cuanto mayor es el grado de escolaridad, las personas prefieren restaurar y conservar su dentadura.

CUADRO No. 7

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y PRESENCIA DE GINGIVORRAGIA O
SANGRADO DE ENCIAS-
AÑO 2001**

GINGIVORRAGIA	GRUPO ETNICO												TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
SÍ	64	10.6%	69	11.5%	45	7.5%	52	8.6%	16	2.6%	55	9.1%	301	50.1%
NO	36	6%	31	5.1%	55	9.1%	48	8%	84	14%	45	7.5%	299	49.9%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

La mayoría de las poblaciones estudiadas refieren que en algún momento de su vida **SI** han padecido de sangrado de encías o Gingivorrágia; a excepción de la comunidad Garífuna en la cual el 84% de las personas entrevistadas indica que nunca ha padecido de este problema.

Sin embargo, hay que hacer notar que la diferencia del porcentaje entre las respuestas afirmativas (50.1%) y las respuestas negativas (49.9%), realmente no es significativa (0.2%).

CUADRO No. 8

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y CREENCIAS MAS FRECUENTES SOBRE LA
ETIOLOGÍA DE LA GINGIVORRAGIA O SANGRADO DE ENCÍAS
AÑO 2001**

ETIOLOGIA DE LA GINGIVORRAGIA	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA				POKOMAM	
SIN RESPUESTA	46	7.7%	17	2.8%	51	8.5%	42	7%	65	10.8%	-----	221	36.8%	
OTROS *	1	0.1%	35	5.8%	1	0.1%	22	3.7%	8	1.3%	46	7.6%	113	18.8%
ORIGEN DENTARIO	35	5.8%	-----		17	2.8%	18	3%	6	1%	24	4%	100	16.7%
FALTA DE HIGIENE	11	1.8%	48	8%	15	2.5%	4	0.6%	18	3%	-----	96	16%	
AFECCION GINGIVAL**	-----		-----		7	1.2%	12	2%	-----		25	4.2%	44	7.3%
NERVIOS	3	0.5%	-----		6	1%	2	0.3%	3	0.5%	2	0.3%	16	2.7%
HIGIENE INCORRECTA	4	0.7%	-----		3	0.5%	-----		-----		3	0.5%	10	1.7%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Corresponde a: Enfermedades congénitas, debilidad, edad avanzada, falta de calcio, traumatismos, prótesis mal adaptadas.

** Incluye: inflamaciones y/o infecciones gingivales.

La mayor parte de las personas entrevistadas (36.8%) desconocen las causas del sangrado de encías, independientemente de la edad o grado de escolaridad que posean. Las personas que refieren conocer el porqué de este padecimiento, opinan que este tiene un **origen dental** (16.7%) o es producido por **falta de higiene oral** (16%).

Es importante anotar que en la etnia Garífuna, sí existe influencia del grado de escolaridad: las personas con niveles escolares más avanzados consideran la falta de higiene como causante de gingivorragia, mientras que las personas que cursaron únicamente algunos grados del nivel primario desconocen las causas del sangrado de encías.

CUADRO No. 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y CREENCIAS MAS FRECUENTES SOBRE EL
TRATAMIENTO DE LA GINGIVORRAGIA O SANGRADO DE ENCÍAS
AÑO 2001**

TRATAMIENTO DE LA GINGIVORRAGIA	GRUPO						ETNICO						TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
NO TX/ DESCONOCE TX	48	8%	30	5%	64	10.7%	52	8.7%	86	14.3%	58	9.7%	338	56.3%
ENJUAGATORIOS *	30	5%	54	9%	8	1.3%	20	3.3%	-----		16	2.7%	128	21.3%
PROD. FARMACEUTICO	5	0.8%	-----		11	1.8%	20	3.3%	4	0.7%	15	2.5%	55	9.2%
ENJUAGUES/ HIERBAS	10	1.7%	16	2.6%	5	0.8%	8	1.3%	-----		7	1.2%	46	7.7%
EXODONCIAS	4	0.7%	-----		4	0.7%	-----		3	0.5%	1	0.1%	12	2%
BUENA HIGIENE	1	0.1%	-----		8	1.3%	-----		-----		2	0.3%	11	1.8%
VISITA AL DENTISTA	2	0.3%	-----		-----		-----		7	1.1%	1	0.1%	10	1.7%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Según los datos observados en el cuadro, más del 50% de la población NO proporciona ningún tipo de tratamiento al sangrado de encías, ya sea por desconocimiento de la forma adecuada de tratamiento, o bien porque no considera necesario tratar este padecimiento. Un 29% de la población considera tratar esta afección con **enjuagatorios** (de agua con sal o con medicina natural); y un 9% hace uso de **productos farmacéuticos**.

En la comunidad Garífuna, se hace evidente el papel importante que juega el nivel de escolaridad en las respuestas de las personas entrevistadas: la población con escolaridad primaria desconoce cómo tratar el sangrado de encías, mientras que las personas que cursan grados de diversificado o universitario refieren que visitan al dentista para que atienda adecuadamente el problema.

CUADRO No. 10

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y FUENTES DE INFORMACIÓN DEL
TRATAMIENTO REALIZADO EN CASO DE GINGIVORRAGIA
AÑO 2001**

FUENTE DE INFORMACION	GRUPO ETNICO												TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
SIN RESPUESTA	20	3.3%	65	10.8%	49	8.2%	18	3%	68	11.3%	45	7.5%	265	44.1%
FAMILIARES	29	4.8%	22	3.6%	12	2%	32	5.3%	28	4.7%	9	1.5%	132	22%
VECINOS/ AMIGOS	5	0.8%	9	1.5%	15	2.5%	24	4%	-----		15	2.5%	68	11.3%
OTROS *	-----		-----		16	2.6%	8	1.3%	4	0.6%	24	4%	52	8.7%
FARMACIA/HOSPITAL	16	2.7%	-----		2	0.3%	10	1.7%	-----		3	0.5%	31	5.2%
DENTISTA	5	0.8%	4	0.7%	6	1%	8	1.3%	-----		4	0.6%	27	4.5%
NO TRATAMIENTO	25	4.2%	-----		-----		-----		-----		-----		25	4.2%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Aquellas personas que han aprendido por sus propios medios, a través de un libro o la propia experiencia.

Independientemente de la edad y escolaridad, la mayoría de la población entrevistada NO respondió la forma cómo aprendió a curarse. Otro grupo considerable (22%) refiere que fueron sus **padres y/o familiares** quienes les enseñaron a tratar el sangrado de encías. Las personas con niveles de escolaridad avanzados indican que acuden al **dentista** para tratar este padecimiento.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO Y CREENCIAS POPULARES MÁS FRECUENTES EN RELACION A LAS CAUSAS DE LA PERDIDA DENTARIA AÑO 2001

CAUSAS DE LA PERDIDA DENTAL	GRUPO ETNICO												TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
	CARIES	25	4.2%	41	6.8%	16	2.7%	28	4.7%	27	4.5%	87	14.5%	224
FALTA DE HIGIENE	25	4.2%	14	2.3%	15	2.5%	25	4.2%	37	6.2%	-----		116	19.3%
OTROS *	17	2.9%	25	4.2%	6	1%	10	1.6%	1	0.1%	-----		59	9.9%
SIN RESPUESTA	7	1.1%	7	1.1%	5	0.8%	24	4%	2	0.3%	13	2.2%	58	9.7%
EDAD AVANZADA	-----		-----		39	6.5%	5	0.8%	10	1.7%	-----		54	9%
ALIMENTOS DULCES	7	1.1%	-----		1	0.1%	8	1.3%	23	3.8%	-----		39	6.5%
MICROORGANISMOS	9	1.5%	-----		18	3%	-----		-----		-----		27	4.5%
DESGASTE DENTAL	10	1.6%	13	2.2%	-----		-----		-----		-----		23	3.8%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

- * Corresponde a: Trastornos del embarazo, debilidad física asociado a otras enfermedades (desnutrición y/o diarrea) falta de calcio, época actual (contaminación y mala alimentación), problemas congénitos de la pieza dental, traumatismos.

El cuadro nos muestra las opiniones que tienen los diferentes grupos étnicos sobre las causas posibles de la pérdida dental. La mayor parte de los entrevistados consideran que la **caries dental** (37.3%) y la **falta de higiene oral** (19.3%) son los causantes más frecuentes de la pérdida de dientes. Todos los grupos étnicos analizados coinciden en que la caries dental es el principal factor causal de la pérdida dental.

Algunas personas con niveles de escolaridad mínima opinan que la vejez y la debilidad corporal también afectan la dentición y son factores causales de caída dentaria, ya que según refieren estas personas es el "destino" que con el pasar de los años se aflojen y se caigan los dientes. Varias personas, en casi todos los grupos étnicos, opinan que la pérdida de los dientes se debe a enfermedades, problemas congénitos y factores nutricionales, entre otros.

CUADRO No. 12

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO ORAL
AÑO 2001**

IMPORTANCIA DEL CUIDADO ORAL	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA				POKOMAM	
SÍ	100	16.6%	70	11.6%	91	15.1%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	561	93.5%
NO	-----		30	5%	9	1.5%	-----		-----		-----		39	6.5%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Según los resultados del cuadro que se muestra, la mayoría de la población considera importante el cuidado de dientes y encías. Como se observa, esta creencia es un aspecto común en todos los grupos étnicos incluidos dentro del análisis.

Sin embargo, un mínimo porcentaje de la población NO considera importante el cuidado bucal; aunque esta conducta se observa únicamente en los grupos étnicos Tzutuhil y Quiché, no se relaciona específicamente con el grupo étnico, sino con el nivel de escolaridad, como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO No. 12.1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
DE ACUERDO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD
Y LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO ORAL
ETNIAS TZUTUHIL Y QUICHE
AÑO 2001**

POBLACION ETNICA		NIVEL DE ESCOLAR.								TOTAL				
		S/ ESCOL.		PRIMARIA		BASICO		DIVERSIF.		UNIVERS.				
TZUTUHIL	SI	53	26.5%	14	7%	3	1.5%	----		----		70	35%	100
	NO	26	13%	1	0.5%	2	1%	1	0.5%	----		30	15%	50%
QUICHE	SI	61	30.5%	19	9.5%	1	0.5%	9	4.5%	1	0.5%	91	45.5%	100
	NO	8	4%	1	0.5%	----		----		----		9	4.5%	50%
TOTAL		148	74%	35	17.5%	6	3%	10	5%	1	0.5%	200		100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

El cuadro muestra los datos de las poblaciones Tzutuhil y Quiché clasificados según niveles de escolaridad, en relación con la importancia del cuidado oral.

Se observa que las personas que consideran que NO es necesario el cuidado de dientes y encías tienen niveles de escolaridad bajos; esta conducta puede sugerir que a mayor escolaridad existe un mayor interés y se tiene una visión más clara sobre la importancia de mantener un buen cuidado de la salud bucal como parte de la salud general de los individuos.

CUADRO No. 13

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y CREENCIAS POPULARES MÁS FRECUENTES
EN RELACION A LA FORMA ADECUADA DE REALIZAR EL CUIDADO ORAL
AÑO 2001**

CUIDADO ORAL	GRUPO ETNICO												TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
BUENA HIGIENE	81	13.5%	39	6.5%	79	13.2%	74	12.3%	86	14.3%	99	16.5%	458	76.3%
BUENA ALIMENTACION	5	0.9%	47	7.8%	2	0.3%	11	1.8%	-----	-----	-----	-----	65	10.9%
OTROS *	1	0.1%	14	2.3%	11	1.8%	2	0.3%	14	2.3%	-----	-----	42	7%
VISITAS PERIODICAS AL DENTISTA	1	0.1%	-----	-----	7	1.2%	13	2.2%	-----	-----	-----	-----	21	3.5%
ENJUAGATORIOS **	12	2%	-----	-----	1	0.1%	-----	-----	-----	-----	1	0.1%	14	2.3%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Corresponde a: No tocarse dientes ni encías con los dedos, el uso de vitaminas y minerales; aquellas personas que opinan que no es necesario ningún cuidado oral, y las personas que no respondieron.

** Incluye: Enjuagatorios de agua con sal, agua con bicarbonato, agua con ceniza, hierbas, etc.

El cuadro muestra que más del 75% de la población entrevistada considera que la forma más adecuada de realizar el cuidado oral es a través de la higiene. Lo interesante es que todos los grupos étnicos analizados, sin excepción, coinciden en que el cuidado dental y de las encías depende de un **buen cepillado** y una **correcta higiene oral**. En segundo lugar se encuentran aquellas personas que opinan que una **alimentación adecuada** que no incluya alimentos duros y con temperaturas extremas, ni dulces forma parte del cuidado oral.

CUADRO No. 14

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y LUGARES MÁS FRECUENTES DONDE
ACUDEN A RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL
AÑO 2001**

LUGARES DE TX. DENTAL	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA				POKOMAM	
DENTISTA	38	6.3%	41	6.8%	69	11.5%	52	8.7%	42	7%	92	15.3%	334	55.7%
HOSP / CENTRO SALUD	29	4.8%	-----		-----		10	1.6%	27	4.5%	-----		66	11%
OTROS *	2	0.3%	36	6%	4	0.6%	20	3.3%	4	0.6%	-----		66	11%
NADIE	3	0.5%	-----		12	2%	4	0.7%	27	4.5%	4	0.7%	50	8.3%
FARMACIA	1	0.2%	23	3.8%	15	2.5%	2	0.3%	-----		3	0.5%	44	7.3%
TECNICO DENTAL	27	4.5%	-----		-----		12	2%	-----		1	0.1%	40	6.7%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Corresponde a: Curanderos, promotores de salud, familiares, maestros.

El cuadro revela que la mayor parte de la población entrevistada refiere que el lugar más indicado para acudir cuando se tiene algún problema de tipo bucal es la **clínica del dentista**. Esto se observa en todos los grupos étnicos que fueron analizados. También se mencionan las instituciones de salud pública, como **hospitales y centros de salud**, donde se pueden recibir tratamientos dentales. Es importante hacer notar que en varios grupos étnicos, las personas prefieren acudir con familiares, maestros, curanderos, o bien no acuden con ninguna persona, cuando tienen alguna afección dentaria (según los estudios analizados, esta conducta se observa principalmente en personas con bajos niveles escolares).

CUADRO No. 15

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y SU AGRADO POR EL USO DE
ORNAMENTACIÓN DENTARIA
AÑO 2001**

ORNAMENTACION	GRUPO ETNICO												TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
DENTAL														
SI	72	12%	50	8.3%	73	12.1%	44	7.3%	80	13.3%	85	14.1%	404	67.3%
NO	28	4.6%	50	8.3%	27	4.5%	56	9.3%	20	3.3%	15	2.5%	196	32.7%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

El cuadro demuestra que en todos los grupos étnicos, la población tiende a usar ornamentos dentales (67%).

Según los estudios analizados, la edad no tiene ninguna influencia sobre el gusto por los adornos en los dientes, pero el nivel escolar sí, como se muestra en el cuadro siguiente.

CUADRO No. 15.1.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO, NIVEL DE ESCOLARIDAD Y
AGRADO POR LA ORNAMENTACIÓN DENTAL
AÑO 2001**

POBLACIÓN ÉTNICA		NIVEL DE ESCOLAR.								TOTAL			
		S/ ESCOL.		PRIMARIA		BASICA		DIVERS.					UNIVERS.
POKOMCHI	SI	28	4.7%	33	5.5%	5	0.8%	6	1%	----	72	12%	100
	NO	11	1.8%	7	1.2%	4	0.7%	5	0.8%	1	0.1%	28	4.6%
TZUTUHIL	SI	38	6.3%	9	1.5%	3	0.5%	-----	-----	-----	50	8.3%	100
	NO	41	6.8%	6	1%	2	0.3%	1	0.2%	-----	50	8.3%	16.6%
QUICHE	SI	55	9.2%	15	2.5%	1	0.1%	2	0.3%	-----	73	12.1%	100
	NO	14	2.3%	5	0.8%	-----	7	1.2%	1	0.2%	27	4.5%	16.6%
MAM	SI	16	2.7%	24	4%	2	0.3%	2	0.3%	-----	44	7.3%	100
	NO	28	4.7%	16	2.7%	10	1.7%	2	0.3%	-----	56	9.3%	16.6%
GARIFUNA	SI	-----	-----	79	13.2%	1	0.1%	-----	-----	-----	80	13.3%	100
	NO	-----	-----	12	2%	7	1.2%	1	0.2%	-----	20	3.3%	16.6%
POKOMAM	SI	45	7.5%	35	5.8%	4	0.7%	-----	-----	-----	85	14.1%	100
	NO	7	1.2%	1	0.2%	4	0.7%	3	0.5%	-----	15	2.5%	16.6%
TOTAL		283	47.2%	242	40.4%	43	7.2%	29	4.8%	2	0.3%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Como se indica en el cuadro anterior, el nivel escolar de los individuos tiene cierto grado de influencia en su gusto por los adornos dentales: cuanto mayor es el grado de escolaridad de una persona, menor es su tendencia por el uso de algún ornamento dental. En todos los grupos étnicos se observa que la mayoría de las personas que pertenecen a los grupos con escolaridad básica, diversificado y universitario refieren que NO les gusta el uso de adornos dentarios.

CUADRO No. 16

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y TIPOS DE ORNAMENTACIÓN DENTAL
MAS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS
AÑO 2001**

TIPO DE ADORNO DENTAL	GRUPO ETNICO								TOTAL					
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM				GARIFUNA		POKOMAM	
CORONAS/ ESTRELLAS	55	9.1%	42	7 %	30	5 %	32	5.3%	80	13.3%	64	10.6%	303	50.5%
NO USA ADORNOS	-----		50	8.3%	-----		56	9.3%	20	3.3%	15	2.5%	141	23.5%
SIN RESPUESTA	31	5.2%	-----		37	6.1%	-----		-----		-----		68	11.3%
OTROS *	-----		-----		33	5.5%	10	1.7%	-----		18	3 %	61	10.2%
INCRUSTACIONES	10	1.7%	8	1.3%	-----		-----		-----		3	0.5%	21	3.5%
NOMBRE GRABADO	2	0.3%	-----		-----		2	0.3%	-----		-----		4	0.7%
ORTODONCIA	2	0.3%	-----		-----		-----		-----		-----		2	0.3%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Corresponde a aquellas personas que no tienen predilección por ningún tipo de ornamento.

Este cuadro muestra que el 50% de la población entrevistada se inclina por el uso de **Coronas** (generalmente las de tipo Open-Face) y **Estrellas de oro**. Esta predilección se muestra en todos los grupos étnicos analizados, lo que sugiere que el uso de ornamentos dentales es una práctica muy común dentro de las diferentes etnias analizadas. Un pequeño grupo de personas no tiene ninguna predilección por algún tipo específico de adorno dental, pues considera que no es importante la forma que tenga el adorno, sino poseerlo.

Es interesante observar que algunas personas consideran la Ortodoncia como un ornamento dental, y no como una rama de la Odontología que se encarga de la corrección de la malposición de los dientes en la arcada dental (maloclusión).

CUADRO No. 17

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ÉTNICO Y RAZONES MÁS FRECUENTES DEL USO
DE ORNAMENTACIÓN DENTAL
AÑO 2001**

RAZONES DEL USO DE ORNAMENTACIÓN DENTAL	GRUPO ETNICO												TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA		POKOMAM			
ESTETICA	43	7.1%	27	4.5%	35	5.8%	44	7.3%	13	2.2%	50	8.3%	212	35.3%
NO USA ADORNOS	-----		50	8.3%	-----		56	9.3%	20	3.3%	15	2.5%	141	23.5%
NO USA POR CARECER DE MEDIOS ECONOMICOS	46	7.6%	-----		5	0.8%	-----		-----		35	5.8%	86	14.3%
ELEGANCIA / LUJO	6	1 %	-----		1	0.2%	-----		56	9.3%	-----		63	10.5%
SIN RESPUESTA	1	0.2%	-----		49	8.1%	-----		-----		-----		50	8.3%
SUGERENCIA DEL DENTISTA	3	0.5%	7	1.1%	-----		-----		11	1.8%	-----		21	3.5%
OTROS *	1	0.2%	16	2.7%	-----		-----		-----		-----		17	2.9%
POSESION DE MEDIOS ECONOMICOS	-----		-----		10	1.7%	-----		-----		-----		10	1.7%
TOTAL	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	100	16.6%	600	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Personas que usan adornos dentales porque mejora su estado anímico, y porque otras personas también usan.

Según el cuadro que se muestra, la principal razón por la cual todos los grupos étnicos analizados utilizan ornamentos dentarios es la **estética**, ya que estas poblaciones tienen la creencia que los adornos dentales representan un signo de belleza. Otras personas relacionan el uso de adornos dentales con la situación socioeconómica de los individuos: sólo aquellos que poseen los medios económicos suficientes tienen la posibilidad de usarlos.

Es interesante observar que un pequeño porcentaje de la población refiere que usa algún ornamento dental por **sugerencia del dentista**, ya sea por razones de estética, o como un tratamiento dental (en caso de fracturas dentales, caries, restauración de dientes en mala posición, prótesis dentales, etc.); utilizar algún ornamento en beneficio de la salud dental puede ser considerado como una sugerencia correcta del dentista, no así sugerir el uso de adornos en una pieza dental sana únicamente porque “lucen bonitos”, dañando el esmalte dentario y deteriorando la pieza.

CUADRO No. 18

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE ACUERDO A
GRUPO ETNICO Y CREENCIAS POPULARES MÁS FRECUENTES
EN RELACION A LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO ORAL
DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN
AÑO 2001**

CUIDADO ORAL DURANTE EMBARAZO	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		GARIFUNA				POKOMAM	
NO SABE	18	3.9%	64	13.9%	17	3.7%	28	6.1%	62	13.4%	6	1.3%	195	42.3%
IMPORTANTE CUIDADO ORAL PARA BIENESTAR DEL BEBE	-----		13	2.8%	-----		-----		11	2.4%	94	20.4%	118	25.6%
No-CUIDADO ESPECIAL	-----		-----		12	2.6%	11	2.4%	5	1.1%	-----		28	6.1%
BUENA HIGIENE	7	1.5%	-----		6	1.3%	13	2.8%	-----		-----		26	5.6%
EL CUIDADO ORAL DAÑA EL DESARROLLO FETAL	-----		23	5 %	-----		-----		-----		-----		23	5 %
REQUIERE MAYOR CUIDADO	-----		-----		-----		-----		22	4.8%	-----		22	4.8%
BUENA ALIMENTACION	9	1.9%	-----		3	0.7%	8	1.7%	-----		-----		20	4.3%
NO ALIMENTOS DULCES	15	3.3%	-----		2	0.4%	-----		-----		-----		17	3.7%
OTROS *	9	1.9%	-----		3	0.7%	-----		-----		-----		12	2.6%
TOTAL	58	12.5%	100	21.7%	43	9.4%	60	13 %	100	21.7%	100	21.7%	461	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* No salir de noche con la boca destapada, no comer limón, comer cebolla, tomar vitaminas.

Como se muestra en el cuadro, en todos los grupos étnicos existe desconocimiento en relación con la importancia del cuidado oral durante el período de gestación, ya que la mayoría de las personas entrevistadas refieren desconocer si es necesario o no el cuidado dental durante este período. En el resto de la población que consideran que sí es importante el cuidado oral durante el embarazo, se presentan diversas opiniones: grupos como el Pokomchí, Quiché y Mam, coinciden en que una buena higiene y una adecuada alimentación son necesarias durante el embarazo, mientras que los grupos Tzutuhil, Garífuna y Pokomam opinan que el cuidado oral es importante para el bienestar de la madre como del bebe.

CUADRO No. 18.1

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE ACUERDO A
NIVEL DE ESCOLARIDAD Y CREENCIAS POPULARES MÁS FRECUENTES
EN RELACION A LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO ORAL
DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN
AÑO 2001**

CUIDADO ORAL DURANTE GESTACION	NIVEL DE ESCOLAR.										TOTAL	
	SIN ESCOL.		PRIMARIA		BASICO		DIVERSIF.		UNIVERS.			
NO SABE	90	19.5%	92	20 %	8	1.7%	4	0.9%	1	0.2%	195	42.3%
IMPORTANTE CUIDADO ORAL PARA BIENESTAR DEL BEBE	59	12.8%	42	9.1%	12	2.6%	5	1 %	-----		118	25.6%
No-CUIDADO ESPECIAL	19	4.1%	9	2 %	-----		-----		-----		28	6.1%
BUENA HIGIENE	10	2.2%	9	2 %	3	0.6%	3	0.6%	1	0.2%	26	5.6%
EL CUIDADO ORAL DAÑA EL DESARROLLO FETAL	12	2.6%	11	2.4%	-----		-----		-----		23	5 %
REQUIERE MAYOR CUIDADO	-----		15	3.2%	6	1.3%	1	0.2%	-----		22	4.8%
BUENA ALIMENTACION	12	2.6%	5	1 %	1	0.2%	2	0.4%	-----		20	4.3%
NO ALIMENTOS DULCES	10	2.2%	6	1.3%	1	0.2%	-----		-----		17	3.7%
OTROS *	9	1.9%	2	0.4%	-----		1	0.2%	-----		12	2.6%
TOTAL	221	48 %	191	41.4%	31	6.7%	16	3.5%	2	0.4%	461	100%

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* No salir de noche con la boca destapada, no comer limón, comer cebolla, tomar vitaminas.

Este cuadro muestra que las mujeres embarazadas con niveles altos de escolaridad opinan que la importancia del cuidado oral durante el período de gestación se centra en un buen cepillado e higiene bucal, además de una alimentación adecuada. Por el contrario, las mujeres gestantes con niveles bajos de escolaridad consideran que cualquier tratamiento o procedimiento relacionado con el cuidado y salud bucal puede ser causante de daños en la formación y desarrollo del bebe. Estas creencias son el resultado del desconocimiento que existe en la población con respecto al mantenimiento y conservación de la salud oral durante el periodo de gestación.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRUPO No. 2:

POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

CUADRO No. 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS
DE ACUERDO A LA EDAD Y GRUPO ÉTNICO
AÑO 2001**

EDAD	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		CAKCHIQ.				LADINO	
15-24	36	7 %	40	7.7%	56	10.8%	41	7.9%	45	8.7%	28	5.3%	246	47.3%
25-34	34	6.5%	31	6 %	33	6.3%	59	11.3%	24	4.6%	13	2.5%	194	37.3%
35-44	26	5 %	20	3.8%	11	2.1%	-----		9	1.7%	1	0.2%	67	12.8%
45-54	4	0.7%	9	1.7%	-----		-----		-----		-----		13	2.5%
TOTAL	100	19.2%	100	19.2%	100	19.2%	100	19.2%	78	15 %	42	8.1%	520	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Según el cuadro que se muestra, la mayoría de la población gestante corresponde a mujeres comprendidas entre 15-24 años (la cual es evidente que incluye también adolescentes). Este es un aspecto común en todos los grupos étnicos incluidos dentro del análisis. En general, puede decirse que la población analizada es **Joven**, ya que ninguna de las personas entrevistadas sobrepasa los 54 años de edad.

CUADRO No. 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION DE MUJERES EMBARAZADAS
DE ACUERDO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y GRUPO ÉTNICO
AÑO 2001**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	GRUPO ETNICO				TOTAL	
	POKOMCHI	TZUTUHIL	QUICHE	MAM		
SIN ESCOLARIDAD	47 11.75%	47 11.75%	40 10 %	44 11 %	178	44.5%
NIVEL PRIMARIO	37 9.25%	38 9.5 %	57 14.25%	42 10.5%	174	43.5%
NIVEL BASICO	6 1.50%	6 1.50%	3 0.75%	14 3.5%	29	7.25%
NIVEL DIVERSIFICADO	4 1 %	5 1.25%	----	----	9	2.25%
NIVEL UNIVERSITARIO	6 1.50%	4 1 %	----	----	10	2.5%
TOTAL	100 25%	100 25%	100 25%	100 25%	400	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

En todos los grupos étnicos estudiados, se encontró que la mayoría de las personas (88%) NO tienen ningún grado de escolaridad o solamente han cursado algunos grados del nivel primario, principalmente en los grupos Quiché y Mam. Únicamente 2.5% de la población tiene estudios universitarios, lo que podría en algún momento influenciar sus creencias y prácticas tradicionales.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO, EDAD Y NUMERO DE GESTACIONES AÑO 2001

EDAD	GRUPO ETNICO																														TOTAL						
	POKOMCHI						TZUTUHIL						QUICHE						MAM						CAKCHIQUEL							LADINO					
	1	2	3	4	5	SB	1	2	3	4	5	SB	1	2	3	4	5	SB	1	2	3	4	5	SB	1	2	3	4	5	SB		1	2	3	4	5	SB
15-24	9	19	8	-	-	36	20	12	8	-	-	40	20	17	17	1	1	56	19	9	-	-	-	28	27	12	3	2	1	45	13	11	3	1	-	28	233
25-34	4	9	21	-	-	34	6	7	5	7	6	31	-	3	18	5	7	33	-	26	2	24	20	72	2	2	4	2	14	24	-	4	5	2	2	13	207
35-44	-	-	5	4	17	26	-	4	3	-	13	20	-	-	-	-	11	11	-	-	-	-	-	0	-	-	1	2	6	9	-	-	1	-	-	1	67
45-54	-	-	2	1	1	4	-	-	-	3	6	9	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	0	13
TOTAL	13	25	36	5	18	100	26	23	16	10	25	100	20	20	35	6	19	100	19	35	2	24	20	100	29	14	8	6	21	78	13	15	9	3	2	42	520

Fuente: Información obtenida de tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

La mayoría de las mujeres embarazadas comprendidas entre 15-24 años, en todos los grupos étnicos incluidos dentro del estudio, han tenido 1 a 3 embarazos; es reducido el número de las mujeres que a los 24 años de edad ya han tenido 5 gestaciones. Puede suponerse que este comportamiento está en relación directa con la edad de la mujer y no con el grupo étnico al que pertenece, ya que las mujeres de mayor edad (35 o más años) ya han presentado 4 o más embarazos.

CUADRO No. 4

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS
DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO Y PADECIMIENTO DE
AFECCIONES DENTALES DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN
AÑO 2001**

AFECCION DENTAL	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		CAKCHIQ.				LADINO	
SÍ	64	12.3%	50	9.6%	33	6.3%	30	5.9%	49	9.4%	28	5.3%	254	49%
NO	36	6.9%	50	9.6%	6	12.9%	70	13.3%	29	5.6%	14	2.7%	266	51%
TOTAL	100	19.2%	100	19.2%	100	19.2%	100	19.2%	78	15 %	42	8.1%	520	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Según el cuadro que se muestra, la diferencia entre el porcentaje de mujeres que han padecido de algún problema de tipo dental durante el período de gestación, y el porcentaje de mujeres que refiere no padecer del mismo no es significativo, ya que únicamente es de un 2%. Tomando como base los estudios realizados en los diferentes grupos étnicos incluidos en el análisis, podría suponerse que no existe relación entre dolor, caries dental y el embarazo, ya que la caries dental es un fenómeno multifactorial donde factores como la higiene y la ingestión de ciertos alimentos juegan un papel importante; el estado grávido por sí mismo no es responsable de la caries y otras afecciones dentales, pero sí los factores concomitantes que sobrevienen con dicho estado. Es interesante notar que en todos los grupos étnicos analizados, existen mujeres gestantes que refieren padecer o haber padecido de alguna afección dental durante su embarazo; lo que confirma que el dolor dental es una condición común en las poblaciones.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO Y CREENCIAS POPULARES MÁS FRECUENTES EN RELACION CON LA ETIOLOGIA DEL DETERIORO DENTAL

CAUSAS DEL DAÑO DENTAL	GRUPO ETNICO								TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM			
ALIMENTOS DULCES	32	7%	51	11%	61	13%	12	2.5%	156	33.5%
FALTA DE HIGIENE	6	1%	39	8%	58	12.5%	6	1%	109	23%
FALTA DE CUIDADO	21	4.5%	4	1%	30	6.5%	24	5%	79	17%
CARIES	25	5%	3	0.5%	-----		45	9.5%	73	15.5%
MICROORGANISMOS	4	1%	-----		12	2.5%	5	1%	21	4.5%
SIN RESPUESTA	-----		3	0.5%	7	1.5%	8	2%	18	4%
NERVIOS	12	2.5%	-----		-----		-----		12	2.5%
TOTAL	100	25%	100	25%	168	25%	100	25%	468	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

****** Los totales corresponden al número de respuestas, y no al número de entrevistadas.

Entre las principales creencias populares sobre las causas por las cuales las piezas dentales sufren daños están: la ingestión de **alimentos dulces**, la **falta de higiene oral** y la falta de cuidado en la dentadura. También se menciona que la caries y la presencia de microorganismos patógenos pueden ser factores causales de daño dental, es decir que dentro de los diferentes grupos étnicos incluidos dentro del estudio, se considera que el deterioro en las piezas dentales es un fenómeno multifactorial donde la higiene y la calidad de la alimentación juegan un papel importante.

Es interesante notar que algunas personas opinan que ciertos trastornos nerviosos (los cuales podrían considerarse como estados anímicos en la persona) pueden causar algún tipo de deterioro en los dientes.

CUADRO No. 5.1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS
DE ACUERDO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y CREENCIAS POPULARES MAS
FRECUENTES EN RELACION CON LA ETIOLOGÍA DEL DETERIORO DENTAL
AÑO 2001**

CAUSAS DEL DAÑO DENTAL	NIVEL DE ESCOLAR.										TOTAL	
	S/ ESCOL.		PRIMARIA		BASICO		DIVERSIF.		UNIVERS.			
ALIMENTOS DULCES	75	16 %	68	14.5%	9	1.9%	4	0.9%	-----		156	33.5%
FALTA DE HIGIENE	40	8.5%	60	12.5%	4	0.8%	2	0.4%	3	0.8%	109	23%
FALTA DE CUIDADO	22	4.5%	44	9.5%	9	1.9%	1	0.2%	3	0.8%	79	17%
CARIES	25	5.5%	31	6.5%	11	2%	2	0.4%	4	0.9%	73	15.5%
MICROORGANISMOS	12	2.5%	7	1.5%	2	0.4%	-----		-----		21	4.5%
SIN RESPUESTA	14	3%	4	0.9%	-----		-----		-----		18	4%
NERVIOS	9	1.9%	3	0.6%	-----		-----		-----		12	2.5%
TOTAL	197	42%	217	46%	35	7%	9	2%	10	3%	468	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

****** Los valores totales corresponde al número de respuestas, y no al número de entrevistadas.

Los resultados del cuadro muestran que el nivel de escolaridad de las personas podría tener alguna influencia en las respuestas que las entrevistadas han proporcionado. Así, las mujeres con niveles altos de escolaridad coinciden en que la falta de higiene, la falta de cuidado dental y la caries son los causantes del deterioro en las piezas dentarias. Por el contrario, las mujeres cuyo nivel de escolaridad es bajo mencionan que la presencia de microorganismos en la boca daña los dientes; en este grupo se incluyen a las mujeres que no contestaron (posiblemente por desconocimiento) y aquellas que opinan que ciertos estados anímicos (como los trastornos nerviosos) influyen en las condiciones de salud bucal.

CUADRO No. 6

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS
DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR DENTAL
DURANTE EL PERIODO DE GESTACION
AÑO 2001**

TRATAMIENTO DOLOR DENTAL	GRUPO ÉTNICO						TOTAL
	POKOMCHI	TZUTUHIL	QUICHE	MAM	CAKCHIQ.	LADINO	
PROD. FARMACÉUTICO ORAL	—	69 13%	29 5%	32 6%	11 2%	6 1%	147 27%
HIERBAS	36 6%	14 2.5%	15 3%	48 9%	—	1 0.2%	114 21%
NO REQUIERE TX	—	—	53 10%	7 1.3%	16 3%	9 1.6%	85 16%
NO- DOLOR/ NO RESP.	4 0.7%	15 3%	—	7 1.3%	29 5%	16 3%	71 13%
PROD. FARMACÉUTICO TOPICO	46 9%	—	3 0.5%	—	16 3%	3 0.5%	68 13%
TX ODONTOLOGICO	14 3%	—	—	—	5 0.9%	5 0.9%	24 5%
ENJUAGATORIOS	—	2 0.4%	—	6 1%	3 0.5%	1 0.2%	12 2%
EXODONCIAS	—	—	—	—	5 0.9%	5 0.9%	10 2%
OTROS *	—	—	—	—	4 1%	—	4 1%
TOTAL	100 19%	100 19%	100 19%	100 19%	89 16%	46 8%	535 100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Incluye el uso de Tabaco, gas, bálsamo.

** Los valores corresponden al número de respuestas, y no al número de entrevistados.

Para el alivio del dolor dental, las mujeres durante el período de gestación recurren principalmente al uso de **productos farmacéuticos** orales y/o tópicos (40%), es decir que utilizan la Medicina Occidental. Sin embargo, siempre toman en cuenta sus creencias y costumbres y hacen uso también de **plantas medicinales**, enjuagatorios, gas, tabaco y otros para calmar las molestias; lo que constituye la Medicina Tradicional. Otro grupo considera que la **exodoncia** es el único remedio para aliviar el dolor, ya que tienen la creencia que la única forma de eliminar el “gusano” causante de la caries, es mediante la extracción del diente afectado. Sólo un pequeño porcentaje (5%) acude con el dentista, pudiendo ser el resultado de la falta de medios económicos, o bien de la falta de información referente a la salud bucal.

CUADRO No. 6.1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS DE ACUERDO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y TRATAMIENTO DEL DOLOR DENTAL DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN AÑO 2001

TRATAMIENTO DOLOR DENTAL	NIVEL DE ESCOLAR.										TOTAL	
	S/ ESCOL.		PRIMARIA		BASICO		DIVERSIF.		UNIVERS.			
PROD. FARMACEUTICO ORAL	80	20%	68	17%	14	3%	7	1.75%	7	1.75%	176	44%
HIERBAS	63	16%	41	10%	8	2%	1	0.25%	-----		113	28%
NO REQUIERE TX	15	4%	44	11%	1	0.25%	-----		-----		60	15%
NO- DOLOR/ NO RESP.	5	1%	17	4%	3	0.75%	-----		1	0.25%	26	7%
TX ODONTOLOGICO	5	1%	3	0.75%	3	0.75%	1	0.25%	2	0.5%	14	3%
ENJUAGATORIOS	8	2%	-----		-----		-----		-----		8	2%
PROD. FARMACEUTICO TOPICO	2	0.5%	1	0.25%	-----		-----		-----		3	1%
TOTAL	178	45%	174	43%	29	7%	9	0.2%	10	3%	400	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

****** Los valores corresponden al número de respuestas, y no al número de entrevistados.

Con respecto al nivel escolar, la mayoría de mujeres embarazadas con un grado de escolaridad avanzado utilizan **productos farmacéuticos** o visitan al **dentista** en caso de tener problemas de tipo dental (50%) Por el contrario, las mujeres con bajo nivel de escolaridad consideran que la mejor forma de aliviar el dolor dental es el uso de **plantas medicinales** (28%), o NO recibir ningún tratamiento porque puede redundar en daño para el bebe (15%).

CUADRO No. 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO Y FUENTE DE INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO REALIZADO AÑO 2001

FUENTE DE INFORMACION	GRUPO ETNICO										TOTAL			
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM		CAKCHIQ.			LADINO		
FAMILIARES	10	2%	30	6%	49	9.4%	37	7%	48	9.2%	22	4%	196	38%
DENTISTA	49	10%	12	2%	-----		26	5%	3	0.5%	1	0.2%	91	17.5%
VECINOS /AMIGOS	-----		34	6.5%	11	2.1%	6	1.1%	17	3.3%	13	2.5%	81	15.5%
FARMACIA /CENTRO S.	22	4%	8	1.5%	6	1.1%	17	3.3%	-----		1	0.2%	54	10%
PROPIOS MEDIOS	-----		-----		18	3.4%	11	2.1%	5	1%	1	0.2%	35	7%
SIN RESPUESTA	-----		13	2.5%	16	3%	3	0.5%	-----		-----		32	6%
OTROS *	19	3%	3	0.5%	-----		-----		5	1%	4	0.8%	31	6%
TOTAL	100	19%	100	19%	100	19%	100	19%	78	15%	42	8%	520	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Incluye: Comadrona, brujo, medio de comunicación radial, técnico dental.

Las fuentes de información que las mujeres entrevistadas consultan de forma más frecuente cuando tienen algún problema oral son: la **familia** en primer lugar, luego el **dentista** y los **vecinos o amigos**. Este comportamiento sugiere que la familia es la primera fuente de información, no sólo referente a salud bucal, sino en otros aspectos de la vida diaria. También es muy común que se consulte a personas que han padecido de algún problema de tipo dental, ya que tiene mayor experiencia para aconsejar. Otras fuentes de información mencionadas son los centros de salud, farmacias, los medios de comunicación e incluso comadronas y brujos.

CUADRO No. 8

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS
DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO Y LUGAR DONDE HAN RECIBIDO
TRATAMIENTO DENTAL DURANTE EL ESTADO DE GESTACIÓN
AÑO 2001**

LUGARES DE TX DENTAL	GRUPO ETNICO				TOTAL
	POKOMCHI	TZUTUHIL	QUICHE	MAM	
ODONTOLOGO	49 12.25%	61 15.25%	20 5%	26 6.5%	156 39%
NINGUNO	2 0.5%	7 1.75%	26 6.75%	60 15%	95 23.75%
TECNICO	26 6.5%	5 1.25%	47 11.75%	11 2.75%	89 22.25%
SIN RESPUESTA	4 1%	24 6%	-----	3 0.75%	31 7.75%
BRUJO	19 4.75%	-----	-----	-----	19 4.75%
COMADRONA	-----	-----	7 1.75%	-----	7 1.75%
CENTRO SALUD	-----	3 0.75%	-----	-----	3 0.75%
TOTAL	100 25%	100 25%	100 25%	100 25%	400 100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

Durante el período de gestación, el mayor porcentaje de mujeres que requieren tratamiento dental acude principalmente con el **odontólogo** o con el **técnico dental**. Sin embargo, como se menciona en los estudios analizados, muchas de estas mujeres no conocen la diferencia entre el profesional graduado y el empírico; lo que podría resultar en un problema, ya que el empírico no cuenta con las bases científicas para llevar a cabo un tratamiento odontológico adecuado. Existe un grupo reducido de mujeres gestantes que refieren acudir con la comadrona y/o el brujo para aliviar el dolor en las piezas dentales. Es interesante observar que existe un alto número de mujeres que no acuden a ningún lugar para remediar su padecimiento, por el temor a causar alguna complicación al desarrollo y formación del bebe.

CUADRO No. 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS
DE ACUERDO A GRUPO ÉTNICO Y TRATAMIENTOS DENTALES
RECIBIDOS DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN
AÑO 2001**

TRATAMIENTO DENTAL	GRUPO ETNICO								TOTAL	
	POKOMCHI		TZUTUHIL		QUICHE		MAM			
EXODONCIAS	61	15.5%	64	16%	63	16%	63	16%	251	63%
RESTAURACIONES *	9	2%	6	1.5%	31	7.75%	11	2.5%	57	14%
LIMPIEZA PERIOD.	5	1.5%	16	4%	5	1%	23	6%	49	12%
OTROS **	11	2.5%	12	3%	-----		-----		23	6%
UNICAMENTE MEDICAMENTO	14	3.5%	2	0.5%	1	0.25%	3	0.5%	20	5%
TOTAL	100	25%	100	25%	100	25%	100	25%	400	100%

Fuente: Información obtenida en tesis incluidas en el análisis (mencionadas previamente).

* Restauraciones dentales como: Amalgamas, TCR, coronas, prótesis parcial removible.

** Medicación dental; también incluye a las personas que no respondieron.

Entre los tratamientos que han recibido algunas de las mujeres entrevistadas durante su embarazo, se mencionan las **restauraciones dentales** (14%) como amalgamas, coronas, etc; **tratamientos periodontales** (12%) y medicaciones temporales (6%) Sin embargo, la mayoría de las entrevistadas refieren que el principal método para resolver el problema es mediante **extracción de la pieza afectada** (63%) Un 5% de la población hace uso único de medicamentos de tipo oral.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

GRUPO No. 1

Las personas que se incluyeron dentro del estudio realizado corresponden en su mayoría a una población Adulta Joven, comprendida entre los rangos de 21-30 años. La población Joven-Adolescente se encuentra ubicada dentro de un porcentaje similar al de la población Anciana. Existe un equilibrio entre el porcentaje de población masculina y femenina, excepto por algunas poblaciones como el grupo étnico Pokomam, donde se entrevistaron mayor número de mujeres que hombres.

Con respecto al nivel de escolaridad de las poblaciones estudiadas, el 87.6% de las personas entrevistadas no tienen ningún grado de escolaridad, o bien sólo han cursado algunos grados del nivel primario. Esto demuestra que más del 50% de los habitantes de los grupos étnicos en estudio, poseen un nivel bajo de escolaridad.

SALUD BUCAL

Las creencias más frecuentes y comunes en todos los grupos étnicos en relación con el concepto de Salud Bucal se refieren principalmente al mantenimiento de la higiene dental, que es un estado asintomático donde no hay dolor, manifestándose en la imagen de una dentadura completa. Las variantes a estos conceptos se basan en las creencias que consideran la salud bucal como un estado anímico. Esto refleja el desconocimiento de las personas sobre la evolución de la caries dental, la cual en sus primeras etapas no presenta ninguna sintomatología sino, hasta que la enfermedad está avanzada. Con respecto a la definición de Enfermedad Bucal, las creencias de las poblaciones se refieren a conceptos como: falta de higiene oral, presencia de dolor dentario y pérdida de piezas dentales. El proceso salud-enfermedad oral es considerado por algunos como variaciones en el estado anímico del individuo.

En conclusión, los aspectos comunes con respecto a los conceptos de Salud Bucal se definen como buena higiene, dentadura sana y completa.

DOLOR DENTAL Y SU ALIVIO

Casi el 85% de las personas entrevistadas, sin importar grupo étnico al que pertenecen, sexo, edad o nivel escolar, han padecido dolor dental en algún momento de su vida. Este dato confirma que el dolor dental es una afección muy común dentro de la población guatemalteca.

Entre las creencias habituales que se tienen con respecto a las causas por las cuales se produce la odontalgia: las poblaciones opinan que la caries y la falta de higiene son los principales factores causales, luego se encuentran la presencia de microorganismos en la boca y la ingestión de alimentos dulces. También se atribuye el dolor dentario a otros factores (mencionados como variantes): la edad avanzada, debilidad física, alimentación inadecuada, avitaminosis y falta de minerales, exceso en el uso de antibióticos, falta de calcio, traumatismos, nervios, embarazos, enfermedades congénitas, problemas nutricionales, stress, el clima y las condiciones laborales, etc. Como un aspecto común en todos los grupos étnicos, se concluye que la caries y la falta de higiene oral son las causantes del dolor y la pérdida de las piezas dentales.

Es importante hacer notar que estas “creencias populares” están en armonía con los conceptos académicos adquiridos en la Facultad de Odontología: la ingestión de alimentos dulces y la falta de higiene contribuyen a la reproducción de microorganismos patógenos formadores de ácidos que destruyen el esmalte dental y provocan la caries. Aunque la edad no influye en las creencias de los entrevistados, algunos de ellos con nivel escolar más avanzado consideran que una mala higiene oral trae como consecuencia dolor en los dientes.

El dolor dental es una afección muy antigua, por lo que la humanidad ha debido buscar algún método para aliviarlo. Entre las prácticas frecuentemente mencionadas por los entrevistados están: los productos farmacéuticos de uso oral y/o tópico, restaurar con amalgama la pieza dental afectada y el uso de hierbas. Sin embargo, los aspectos comunes a todos los grupos étnicos únicamente mencionan las visitas al odontólogo (ya sea para restaurar la pieza dental o para exodoncia) y el uso de plantas medicinales. Esto demuestra que actualmente las poblaciones se inclinan hacia la medicina de tipo Occidental, ya que es una práctica muy frecuente a seguir; pero siempre toman en cuenta sus costumbres populares pues utilizan plantas,

invocan a la divinidad y hacen uso de otros elementos comprendidos dentro de la Medicina Tradicional. La invocación a divinidades y los rituales mágico-religiosos por medio de brujos y curanderos para tratar afecciones de tipo oral no son prácticas muy comunes, pero todavía se utilizan en algunas comunidades étnicas. Estas prácticas las refieren principalmente personas sin escolaridad y aquellas que han cursado solamente el nivel primario; también consideran que la única forma de aliviar el dolor dental es extraer la pieza afectada. La exodoncia es una práctica común en las poblaciones étnicas (incluso durante el embarazo), se origina de la creencia en la existencia de un gusano dentro de las piezas dentales cariadas, por lo que es necesario extraerlo para que no afecte otros dientes.

Los individuos con niveles de escolaridad más avanzados buscan la manera de conservar su dentadura, es por eso que utilizan procedimientos como medicamentos farmacéuticos orales y tratamientos dentales que restauran la pieza dañada. Las variantes con respecto a estas prácticas mencionan el empleo de minerales en forma tópica en el diente afectado. Esta conducta podría estar relacionada con las condiciones económicas de las personas, ya que no tienen los medios necesarios para comprar medicamentos farmacéuticos.

GINGIVORRAGIA Y SU ALIVIO

Con respecto al sangrado de encías o Gingivorragia, el porcentaje de padecimiento de esta afección corresponde a un 50% de la población estudiada. Sin embargo, pareciera que esta situación no es prioritaria y el tema no es de interés para la población: el 37% de los entrevistados desconocen los orígenes de este padecimiento, lo que es un aspecto común en todos los grupos étnicos incluidos dentro del análisis. Entre las personas que manifestaron conocer las causas del sangrado de encías, las creencias más frecuentes corresponden a aquellas que consideran que es un problema de origen dentario en la cual la pieza cariada transmite los microorganismos patógenos a la encía causando que esta se inflame y sangre, y la falta de higiene; otro grupo opina, y no es una creencia muy común, que el padecimiento es de origen gingival exclusivamente, provocado por infecciones e inflamaciones iniciadas en la encía. Algunas creencias atribuyen este problema a enfermedades congénitas, debilidad física, falta de vitaminas y minerales, alimentación inadecuada, presencia de halitosis, uso de prótesis mal adaptadas, etc.

Más del 50% de la población entrevistada ignora cómo resolver las molestias de la gingivorragia, o considera que esta no requiere ningún tratamiento. Como se indicó anteriormente, esta actitud es común a todos los grupos étnicos y se origina del desconocimiento del tema, por lo tanto, las personas no se preocupan por resolver este problema. El resto de la población se alivia principalmente con enjuagatorios de agua con sal o de plantas medicinales, y con productos farmacéuticos; y un pequeño grupo cree necesario visitar al dentista para que realice algún tratamiento periodontal o para extraerse el diente. Estos procedimientos para aliviar el dolor dental y el sangrado gingival, son conductas aprendidas de diversas personas: principalmente la familia, amigos y vecinos; pero también han contribuido el personal médico y paramédico de hospitales, farmacias, y el odontólogo en una mínima parte. El 44% de la población no respondió, probablemente por desconocimiento (es interesante observar que también es un aspecto común entre los grupos étnicos).

En conclusión, existe desconocimiento del origen y etiología de la gingivorragia, por lo tanto también se desconoce como tratar esta afección; sin embargo, el empleo de la Medicina Tradicional (como el uso de plantas medicinales y los enjuagatorios de agua con sal) es un método bastante común en el alivio del dolor dental y la gingivorragia.

CUIDADO BUCAL

La pérdida dental es una situación que afecta la vida diaria de los individuos, sobre todo por la estética y funcionalidad masticatoria. Las creencias populares más frecuentes con respecto a las causas por las cuales se pierde una pieza dental incluyen: principalmente caries y falta de higiene (57%), aunque se menciona también la ingestión de alimentos dulces. El desgaste dental causado por el uso continuo y la edad, una mala alimentación, condiciones como el embarazo o enfermedades de tipo nutricional, y la falta de calcio, son variantes que se mencionan como causantes de la pérdida de uno o más dientes. Generalmente, las personas con bajo nivel de escolaridad creen que la vejez y la debilidad corporal afectan los dientes y precipitan su caída (las personas relacionan el estado corporal con la salud dental).

Por esta razón, el 93.5% de las poblaciones en estudio afirman que SI es necesario el cuidado oral para evitar que se produzca alguna pérdida dental en el futuro. Las demás personas no consideran importante el cuidado oral (6.5% de la población total), y generalmente corresponden a individuos que no tienen escolaridad; estos datos evidencian que el nivel de escolaridad de una persona puede influir en las creencias que tenga sobre los conceptos de salud oral y su importancia. La mayoría de las personas entrevistadas suponen que un buen cepillado dental e higiene son los principales factores que deben tomarse en cuenta en el cuidado oral, esto es un aspecto común observado en todos los grupos étnicos. Entre las variantes que mencionan las comunidades étnicas se encuentran la importancia de una alimentación cuidadosa que no incluya alimentos dulces o con temperaturas extremas (fríos o calientes) y realizar en forma periódica enjuagatorios de agua con sal, o con plantas medicinales. lo que refleja la poca información que tienen las personas sobre los métodos de prevención. La alimentación se considera fundamental en el desarrollo y mantenimiento de óptimas condiciones orales, y es un factor importante a tomarse en cuenta cuando existan padecimientos como dolor, gingivorragia y pérdida de piezas dentales.

Cuando ya existe un problema de tipo oral (que probablemente no pudo ser resuelto por medio de otras técnicas), el mayor porcentaje de entrevistados acuden con el "dentista" (muchas de estas personas no conocen la diferencia entre el profesional de odontología y el empírico, refiriéndose al último como un dentista); esta conducta es muy común en todos los grupos étnicos. Otras personas prefieren acudir a instituciones de salud pública, o consultar con el curandero para tratar sus padecimientos. Estos datos confirman nuevamente que el odontólogo es buscado únicamente para reparar un problema de tipo dental ya existente y no para prevenirlo. También muestra que algunas personas todavía utilizan métodos tradicionales para aliviar sus molestias, como asistir al curandero o al brujo de la comunidad.

Es interesante observar que en todos los grupos étnicos, lo que corresponde a un aspecto común, existe desconocimiento de la importancia del cuidado oral durante el período de gestación como lo indican la mayoría de los entrevistados (casi el 50% de la población estudiada). Esto ha causado mucha influencia en la actitud de las mujeres, ya que existe temor a recibir atención dental durante el período de embarazo. El 25% de las personas consideran que sí

es importante llevar a cabo este cuidado para el bienestar de la madre (que no sufra ninguna molestia de origen dental durante el embarazo) y del niño (que posteriormente no padecerá de caries); por el contrario, otro porcentaje tiene la creencia que la atención dental durante el embarazo daña la formación y desarrollo del bebé. Los individuos que consideran que el cuidado bucal durante el período de gestación daña el desarrollo fetal, pertenecen a grupos con ninguna o muy poca escolaridad. Las variantes en este tema incluyen una buena higiene, una cuidadosa alimentación (que no incluya golosinas, alimentos ácidos, ni cebolla), el uso de vitaminas y evitar las salidas nocturnas con la boca destapada.

ORNAMENTACIÓN DENTAL

El uso de ornamentos dentales por los grupos indígenas, es una costumbre muy popular entre ellos. Así tenemos que la mayor parte de las personas pertenecientes a grupos étnicos presentan agrado por el uso de adornos dentales, aunque el gusto es mayor en individuos con bajos niveles de escolaridad. Con respecto al tipo de adorno que mayormente agrada a las personas, más del 50% de la población prefiere las coronas y estrellas de oro (aunque esta preferencia responde más a un gusto que a una necesidad); no obstante, algunas personas consideran que lo importante no es el tipo de ornamento sino poseer alguno. Se observa que un aspecto común a todos los grupos étnicos y que corresponde a un alto porcentaje de las personas entrevistadas es el uso de adornos dentales como muestra de estética y elegancia. El uso de ornamentos en los dientes representa en las comunidades étnicas un signo de "lujo" y refleja la condición socioeconómica que tiene la persona que lo posee, principalmente porque se afirma que sólo las personas que tienen medios económicos suficientes pueden adquirirlos. Una variante mencionada por un pequeño porcentaje de la población (3.5%) es el uso de algún adorno por sugerencia del dentista como parte de algún tratamiento. Otra variante que se menciona es la influencia que tienen los ornamentos dentales sobre el estado anímico de la persona que los usa.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

GRUPO No. 2

El segundo grupo correspondiente a mujeres embarazadas, muestra que la población es en su mayoría Adulta- Joven, ya que casi el 85% de las entrevistadas oscilan entre 15 y 35 años de edad. Hay que hacer notar que este grupo incluye adolescentes embarazadas, pues en las comunidades étnicas es muy común que la mujer en edad temprana se case y tenga hijos; y sólo un 2.5% corresponde a mujeres ancianas embarazadas.

Con respecto al nivel de escolaridad, el 88% de la población estudiada NO tiene ningún grado de escolaridad o sólo asistió al nivel primario. Menos del 5% de las entrevistadas son estudiantes de Diversificado o Universitarias. Estos datos muestran que las comunidades indígenas tienen niveles de escolaridad inadecuados que de alguna manera pueden influenciar sus hábitos y costumbres.

En relación con el número de embarazos que presentan las mujeres pertenecientes a grupos étnicos, es lógico suponer que entre menor edad tengan han tenido menor número de embarazos (1 a 2 gestaciones), mientras que las mujeres de mayor edad presentan hasta 5 o más gestaciones. Esto es confirmado por la tasa de natalidad tan alta existente en Guatemala.

AFECCIONES DENTALES DURANTE EL EMBARAZO Y CAUSAS DEL DETERIORO DENTAL

Aunque es grande el número de mujeres que refieren padecer de afecciones dentales durante el período de gestación, el porcentaje es similar a aquellas que no han sufrido estas molestias. Esto demuestra que las afecciones de tipo dental son comunes durante el embarazo pero NO son condiciones obligadas, sobre todo si se toman en cuenta los métodos para prevenirlas.

Las creencias populares más frecuentes de las mujeres embarazadas en relación con la etiología del deterioro de las piezas dentales incluyen principalmente la falta de higiene y cuidado dental, la ingestión de alimentos dulces y la caries. Estos factores son aspectos comunes a todos

los grupos étnicos. Aunque también se mencionaron algunas variantes: stress y la presencia de microorganismos como factores causales de daño dental. Estas creencias están influenciadas por el nivel de escolaridad de las personas: cuanto menor es el nivel de escolaridad se tiene la creencia que los "nervios" y microorganismos patógenos, así como la ingestión de alimentos dulces deteriora los dientes; mientras que las mujeres con mayor grado de educación, como los niveles diversificado y universitario, coinciden en que la falta de higiene y la caries son los principales causantes de daños en las piezas dentarias.

ALIVIO DEL DOLOR DENTAL

Los métodos y procedimientos que utilizan las mujeres embarazadas para el alivio del dolor dental son variados: incluyen tanto la medicina de tipo Occidental con el empleo de productos farmacéuticos de uso oral, como la Medicina Tradicional que incluye el manejo de plantas medicinales, enjuagatorios de agua con sal, medicamentos de uso tópico, y sustancias como tabaco, gas, etc. En medio de estas prácticas se encuentra: el grupo de mujeres que no cree en la necesidad de recibir tratamiento porque se puede producir algún daño al feto, y el porcentaje que emplea recursos tan radicales como la extracción de las piezas dentarias para la resolución definitiva del problema. Aunque el uso de plantas medicinales es un aspecto común en todas las comunidades étnicas, estos hábitos y prácticas utilizados para calmar el dolor dental dependen del grado de escolaridad de la persona. Así se tiene que las mujeres con niveles de escolaridad avanzados prefieren el uso de productos farmacéuticos y acudir inmediatamente al dentista, mientras que las personas cuyo nivel escolar es mínimo utilizan la medicina tradicional, o no reciben ningún tratamiento. Este comportamiento reflejan la influencia del nivel escolar en las creencias y costumbres de las personas.

Las costumbres que tiene una persona, incluyendo sus hábitos orales, son conductas que han sido aprendidas a través del tiempo por la experiencia propia o por medio de otras personas. La familia es la institución por excelencia encargada de la enseñanza de las técnicas de cuidado oral y alivio de afecciones dentales; pero también los vecinos y/o amigos, y las instituciones de salud pública pueden cumplir esta labor. Únicamente un 17.5% de la población acude al dentista, siendo la persona más indicada para tratar estas afecciones, sin embargo esta conducta puede ser

el resultado de que algunas poblaciones étnicas aún no han definido el papel que desempeña el odontólogo en la Salud Oral.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO

Aunque en el párrafo anterior se afirma que sólo un pequeño grupo consulta al dentista cuando tiene algún problema de tipo oral (principalmente dolor), es interesante notar que al momento de requerir de algún tratamiento, la mayoría de las mujeres en período de gestación consultan al odontólogo o al técnico dental (61%) Este comportamiento podría parecer contradictorio, pero pareciera que se consulta a un “experto” cuando el padecimiento ya se ha complicado y demanda procedimientos especiales para su solución. En conclusión, se puede decir que todos los grupos étnicos coinciden en que la persona más adecuada para atender cualquier padecimiento de tipo oral, cuando este se complica, es el odontólogo (siempre que, previamente se hayan utilizado otros medios para tratar el problema).

Otro porcentaje de la población no está de acuerdo con recibir algún tipo de tratamiento, pues como se indicó anteriormente, consideran que estos afectan el desarrollo y formación del bebé. Un pequeño grupo todavía utiliza métodos de la Medicina Tradicional y acude con el brujo o curandero de la comunidad para que alivie sus molestias.

El 63% de las mujeres que se han “atrevido” (muy pocas lo hacen) a recibir tratamiento odontológico durante el período de embarazo refieren que se han extraído las piezas dentales, ya que en todos los grupos étnicos tienen la creencia que es necesaria la extracción del “gusano” que se encuentra dentro del diente cariado; únicamente un 14% de las mujeres han restaurado y conservado sus dientes. Esto confirma el poco conocimiento de las poblaciones étnicas con respecto al cuidado dental y el avance tecnológico en el tratamiento de la caries dental y otras enfermedades de la cavidad oral.

CONCLUSIONES

1. El nivel de escolaridad de las personas pertenecientes a los diversos grupos étnicos analizados es bajo, observándose que un 88% de las personas no tienen ningún nivel de escolaridad o bien, únicamente han cursado algunos grados del nivel primario.
2. El número de embarazos que ha tenido una mujer se relaciona en forma directa con la edad de la mujer; así, mujeres jóvenes han tenido 2 o 3 gestaciones, mientras que las mujeres de mayor edad presentan mayor número de gestaciones.
3. La edad y sexo de las personas parece no influir en las creencias y prácticas tradicionales relativas a salud bucal, de los diferentes grupos étnicos incluidos en el estudio.
4. El nivel de escolaridad parece tener influencia en las creencias y el comportamiento de los diferentes grupos étnicos. A diferencia de otras variables analizadas en este estudio, el nivel de escolaridad es la variable que parece tener una mayor influencia en las creencias y prácticas tradicionales de estas poblaciones analizadas.
5. Todas las comunidades étnicas presentan aspectos comunes en sus creencias y prácticas en relación con el proceso salud-enfermedad oral, pudiendo ser el resultado de su origen maya, o bien la constante interculturalidad entre ellos.
6. Son pocas las variantes que se observan en las respuestas obtenidas por los diferentes grupos étnicos: algunas son costumbres tradicionales propias de algún grupo étnico. Sin embargo, la mayoría de variantes parecen estar condicionadas por el nivel de escolaridad de las personas.
7. Un promedio del 67% de la población padece o ha padecido en algún momento de dolor dental, sin importar edad, sexo, grupo étnico, o nivel educacional.
8. Según los estudios analizados, se observa que algunas mujeres embarazadas han padecido dolor en alguna pieza dental durante su estado de gestación; esto indica que el dolor dental es

un padecimiento bastante común en la población guatemalteca, pero no es una condición obligada durante el embarazo.

9. Personas de los diversos grupos étnicos incluidos dentro del estudio, consideran que los malos hábitos de higiene oral son los principales causantes del dolor, caries y la pérdida de piezas dentarias. Esta creencia indica que los diferentes grupos étnicos relacionan la falta de higiene con la etiología de las enfermedades de tipo oral, lo que puede ser un aspecto importante en la prevención de los mismos.
10. La Gingivorragia no es una condición que este considerada como prioritaria dentro del cuidado oral, aunque la población sufra o haya sufrido alguna vez esta afección.
11. Las poblaciones indígenas se inclinan actualmente hacia las técnicas propias de la Medicina Occidental; sin embargo, parece que toman en cuenta sus costumbres y tradiciones, dando lugar a la Medicina Tradicional.
12. El uso de productos farmacéuticos es una práctica muy frecuente entre los diferentes grupos étnicos, sin embargo no es un aspecto común a todos; su utilización está condicionada en gran parte por el nivel de escolaridad de la población. Por el contrario, el uso de plantas medicinales no es tan frecuente como el anterior, pero si se menciona su empleo en todas las comunidades.
13. Las poblaciones indígenas rara vez consultan al odontólogo cuando necesita atención dental, a menos que el problema requiera mayor cuidado o los procedimientos realizados previamente no surtieran efecto.
14. La mayoría de las personas pertenecientes a las distintas etnias parece desconocer como aprendieron los métodos que utilizan para aliviar un problema de tipo oral; parece que la familia es una importante fuente de información en relación con los medios para aliviar alguna afección dental (tanto dentro de la sociedad indígena como en la ladina), pudiendo causar una gran influencia en las creencias y comportamientos que reflejan sus pobladores.

15. La mayoría de los grupos étnicos incluidos dentro del estudio, consideran importante y necesario llevar a cabo una cuidadosa higiene oral, basada en un correcto cepillado dental.
16. Las poblaciones étnicas en Guatemala parecen tener otras creencias, o bien desconocen la importancia que tiene el cuidado oral durante el período de gestación, lo que influye en la actitud de las mujeres gestantes frente algún tratamiento dental.
17. El uso de ornamentos dentales es una práctica muy común en las personas de todos los grupos étnicos estudiados. Aunque esta conducta se observa principalmente en poblaciones de bajo nivel de escolaridad.

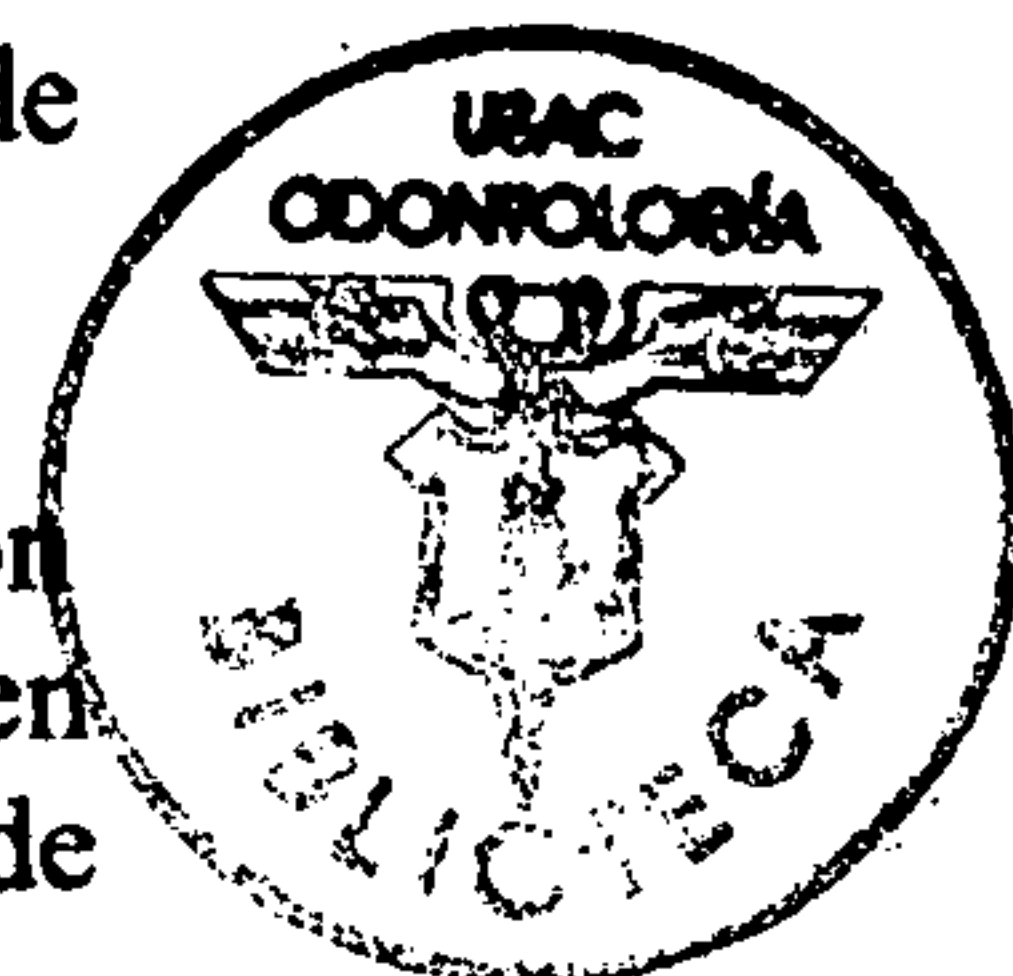
RECOMENDACIONES

1. Es necesario que la Facultad de Odontología tome en cuenta los diferentes estudios sobre la efectividad de la Medicina Tradicional, específicamente de las plantas medicinales, en el tratamiento de enfermedades de la cavidad oral, con el fin de introducirlos dentro de la farmacopea odontológica y de esta manera brindar un beneficio a la población guatemalteca, desde el punto de vista económico.
2. Realizar investigaciones antropológicas de este tipo en otros grupos étnicos, que puedan ser integrados a este estudio y conformar un documento que comprenda el análisis de actitudes y comportamientos de las poblaciones étnicas de Guatemala frente al proceso Salud-Enfermedad Bucal.
3. Es importante que la Facultad de Odontología y el Departamento de Odontología Socio-Preventiva, como encargados de los programas EPS, consideren la implementación de programas educativos en salud bucal, que:
 - 3.1. Tomen en cuenta las creencias y costumbres tradicionales de los grupos étnicos, de manera que se pueda establecer una mejor comunicación con los mismos. Todo ello con la finalidad de que las enseñanzas de los programas educativos sean aplicadas por los pobladores y el proceso salud- enfermedad bucal resulte satisfactorio en la población guatemalteca.
 - 3.2. Señalen aquellas prácticas tradicionales que contribuyen al mantenimiento y conservación de la salud bucal, y promuevan su aplicación.
 - 3.3. Incluyan mayor información a las comunidades étnicas sobre los factores que originan las enfermedades de la cavidad bucal y la pérdida de piezas dentarias, para que estas poblaciones tengan una mejor visión de la etiología de las enfermedades de tipo oral, y puedan prevenirlas.

- 3.4. Enfatizan la importancia del papel que juega el odontólogo en la prevención y tratamiento de enfermedades de la cavidad oral, y promuevan la asistencia de la población con el mismo. Así también, informen a las diferentes comunidades étnicas de la diferencia existente entre un profesional de la Odontología y un empírico, de manera que estas personas elijan la opción más adecuada cuando necesiten atención odontológica.
- 3.5. Inculquen la importancia del cuidado oral durante el período de gestación, con el fin de eliminar el temor de las mujeres frente al tratamiento odontológico y fomentar la atención dental durante este período.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado Cano, Adrián.-- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Garífuna, en Livingston, Izabal.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998. -- 92 p.
2. Baena, Guillermina.-- Tesis en 30 días: lineamientos prácticos y científicos / Guillermina Baena, Sergio Montero.-- México : Editores Mexicanos Unidos, 1991. -- 100 p.
3. Cabezas, Horacio de Jesús.-- Ayer y hoy: compendio de la historia de Centroamérica.-- Guatemala : Editorial Piedra Santa, 1996. -- pp. 12-38.
4. Cáceres, Armando.-- Plantas de uso medicinal en Guatemala.-- Guatemala : Editorial Universitaria, Universidad de San Carlos, 1996. -- 402 p.
5. Cakchiqueles.-- En: Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. -- Microsoft Corporation, 1993-1999. --
6. Carmack, Robert M.-- Evolución del Reino Quiché / Robert M. Carmack ; trad. por Danilo A. Palma.-- Guatemala : Editorial Piedra Santa, 1979. -- 404 p.-- (Biblioteca Centroamericana de las Ciencias Sociales).
7. _____ Perspectivas sobre la historia antigua de Centroamérica.-- pp. 283-319.-- En: Historia General de Centroamérica. Historia Antigua / Robert M. Carmack, Editor ; España : Ediciones Siruela, 1992. -- Tomo I. (Sociedad Estatal Quinto Centenario, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO).
8. Carrasco, Pedro.-- Sobre los indios de Guatemala.-- Guatemala : Editorial José de Pineda Ibarra, 1982. -- 342 p.
9. Chinchilla Aguilar, Ernesto.-- Los jades y las sementeras.-- 2ª ed.-- Guatemala : Seminario de Integración Social, 1984. -- 213 p.
10. Cifuentes Aguirre, Oscar.-- Odontología y mutilaciones dentarias mayas.-- Guatemala : Editorial Universitaria, Universidad de San Carlos, 1963. -- 255 p.-- (Vol. no. 46).
11. Cifuentes Gil, Lilia Margarita.-- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal, en la mujer gestante atendida en el hospital nacional de Chimaltenango.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1991. -- 87 p.
12. De León Polanco, Emma Patricia.-- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud bucal en la mujer gestante en una comunidad de etnia Pokomchí en Tactic, Alta Verapaz.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1999. -- 64 p.



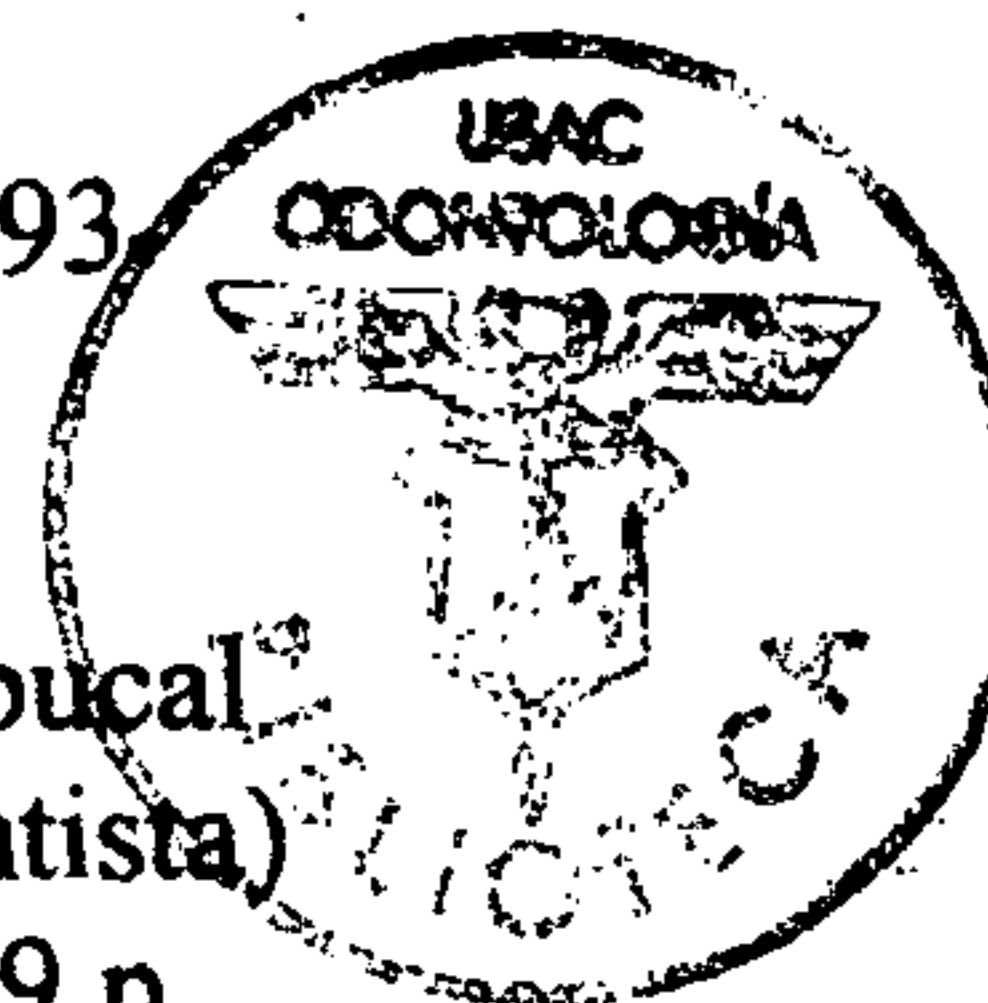
24 MAYO 2001

13. Díaz Lozano, Argentina.-- Historia de Centroamérica.-- Guatemala : Editorial Cultural Centroamericana, 1964. -- 191 p.
14. Escobar Medrano, Edgar.-- Historia de la cultura de Guatemala / Edgar Escobar Medrano, Edna González Camargo.-- 2ª ed.-- Guatemala : Cooperativa de Ciencia Política de la Universidad de San Carlos, 1993. -- pp. 23-39.
15. España Guerra, Ponciano Jorge Alfonso.-- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud oral en la mujer gestante en una comunidad de etnia Tzutuhil, en Chicacao, Suchitepéquez.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1999.-- 70 p.
16. Garífunas.-- En : Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. -- Microsoft Corporation, 1993-1999.--
17. Girón Mena, Manuel Antonio.-- Entre volcanes y pirámides.-- Guatemala : Tipografía Nacional, 1983. -- 234 p.-- (Colección Guatemala, serie Adrián Recinos, vol. viii).
18. Guzmán García, Elida Rosa Adriana.-- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Pokomchí en Tactic, Alta Verapaz.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998. -- 113 p.
19. Hurtado, Elena.-- Manual de estudios antropológicos aplicados a salud y nutrición.-- Costa Rica : Curso Subregional organizado por INCAP en colaboración con OPS / OMS, UNICEF, 1985. -- pp. 1-7.
20. Janson, Thor.-- Mundo Maya.-- Guatemala : Editorial Artemis Edinter, 1998.-- 144 p.
21. Kramer, Wendy, W. George Lovell, Christopher H. Lutz.-- La conquista española de Centroamérica.-- pp. 21-34.-- En: Historia General de Centroamérica. El Régimen Colonial (1524 - 1750) / Julio César Pinto Soria, Editor ; España : Ediciones Siruela, 1993. -- Tomo II (Sociedad Estatal Quinto Centenario, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO).
22. La Farge, Oliver.-- La costumbre en Santa Eulalia, Huehuetenango / Oliver La Farge ; trad. por Fernando Peñalosa.-- Guatemala : Ediciones Yaxte', 1994. -- 242 p.
23. López Gonzáles, Edna Lucrecia.-- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Mam, en Chiantla, Huehuetenango.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998. -- 82 p.
24. Mack Cruz, Ingrid Regina Thuy Ha.-- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud oral de la mujer gestante de etnia Mam, en el municipio de Comitancillo, San Marcos.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1999. -- 74 p.



24 MAYO 2001

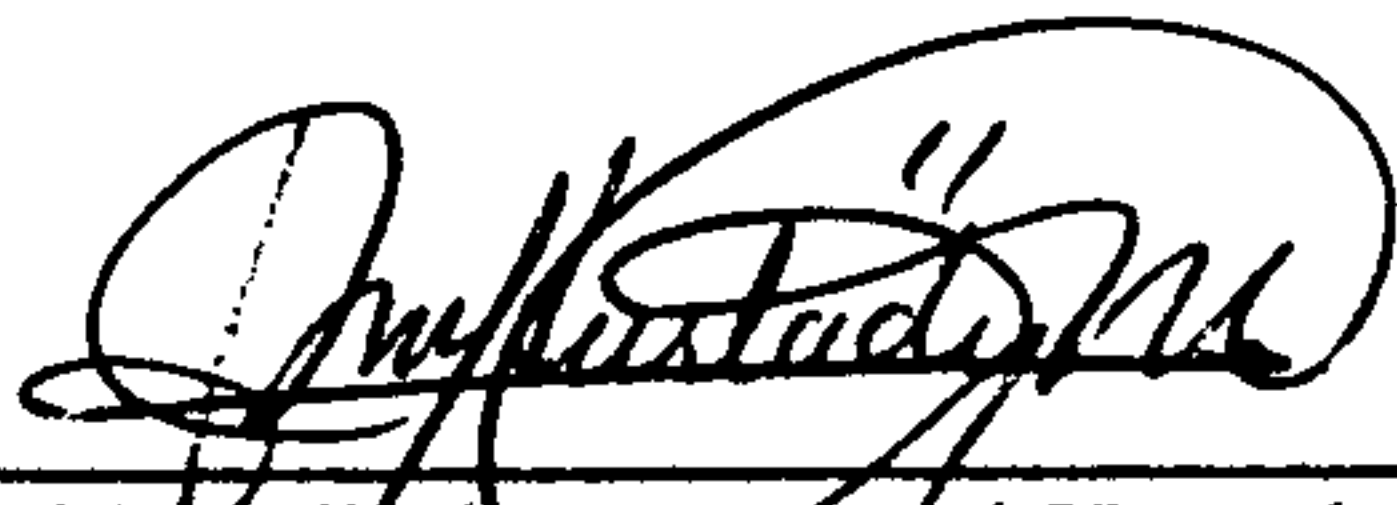
25. Mames.-- En: Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. -- Microsoft Corporation, 1993-1999.--
26. Martínez Durán, Carlos.-- Las ciencias médicas en Guatemala. Origen y evolución.-- 3ª ed.-- Guatemala : Editorial Universitaria, Universidad de San Carlos, 1964. -- pp. 17-31.
27. Medicina Alternativa.-- En: Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. -- Microsoft Corporation.-- 1993-1999. --
28. Méndez Motta, Silvia Virginia.-- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Quiché, Joyabaj, Quiché.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998. -- 96 p.
29. Milla, José.-- Historia de la América Central.-- Guatemala : Editorial Piedra Santa, 1976. -- 498 p.-- (Biblioteca Centroamericana de las Ciencias Sociales).
30. Molina, Pedro Antonio.-- Los Pokomames centrales ante el cambio social: un grupo indígena en crisis.-- Tesis (Licenciatura en Antropología) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Escuela de Historia, 1987. -- 117 p.
31. Morgan Sanabria, Rolando.-- El Plan de Investigación.-- pp. 1-12. -- En: Programa de Formación Docente.-- Instituto de Investigaciones y Mejoramiento Educativo, IIME, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990.
32. Morley, Silvanus G.-- La Civilización Maya / Silvanus G. Morley ; trad. por Adrián Recinos, Cecilia Tercero.-- 2ª ed.-- México : Fondo de Cultura Económica, 1983. -- 527 p.
33. Ortiz Flores, Marco Vinicio.-- Creencias, actitudes y prácticas en relación con la salud oral de la mujer gestante de etnia Quiché, en el municipio de Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 2000. -- 60 p.
34. Polo Sifontes, Francis Ramón.-- Los Cakchiqueles en la conquista de Guatemala.-- 4ª ed.-- Guatemala : Editorial José de Pineda Ibarra, 1986. -- 146 p.
35. _____ Historia de Guatemala.-- 3ª ed.-- Guatemala : CENALTEX José de Pineda Ibarra, 1993. -- pp. 17-83.
36. Quichés.-- En: Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. -- Microsoft Corporation, 1993-1999. --
37. Salguero Méndez, Mayra Esthela.-- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Pokomam en Palín, Escuintla.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998. -- 89 p.



24 MAYO 2001

38. Samayoa Mérida, Miriam Sonaly.-- Prácticas y creencias tradicionales sobre salud bucal en una comunidad de etnia Tzutuhil, en San Pedro La Laguna, Sololá, Atitlán.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1999. -- 81 p.
39. Scrimshaw, Susan.-- Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud.-- Estados Unidos de América, 1988. -- pp. 1-50. (Fuente bibliográfica de la Dra. Mirna Calderón).
40. Solián González, Nancie L.-- La estructura del grupo familiar entre los Caribes-Negros / Nancie L. Solián González ; trad. por Flavio Rojas Lima.-- Guatemala : Editorial José de Pineda Ibarra, 1979. -- 195 p.
41. Thompson, John Eric Sydney.-- Historia y religión de los Mayas / John Eric Sydney Thompson ; trad. por Félix Blanco.-- 9ª ed.-- México : Siglo Veintiuno Editores, 1991. -- pp. 296-298. -- (Colección América Nuestra).
42. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Económicas.-- Apuntes generales para técnicas de Investigación Documental / selección de textos por Tristán Melendreras Soto.-- 2ª ed.-- Guatemala : Departamento de Publicaciones, 1992. -- 161 p.
43. _____ Dirección General de Investigación, DIGI, Unidad de Formación de Recursos Humanos en Investigación.-- Elaboración de Proyectos de Investigación Cualitativa.-- Guatemala, 1996. -- 27 p.
44. Valladares, León.-- Cultura y salud. Antropología aplicada a la medicina.-- Guatemala : Oscar de León Palacios, 1992. -- 27 p.
45. Vásquez, Claudia.-- Con raíces de multiculturalidad.-- pp. 4-5.-- En: periódico Prensa Libre (Guatemala).-- Año L, no. 16, 255 (día 6 de mayo de 2001).
46. Zamora Mazariegos, Francisco Waldemar.-- Hacia la producción social de la salud (Apuntes de medicina social).-- Guatemala : Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Programa de Fortalecimiento Académico de las Sedes Regionales, 1995. -- pp. 1-7.





Br. Ingrid Walliska Ixmucané Hurtado Moreno.
SUSTENTANTE



Dra. Mirna Oldemia Calderón Márquez.
ASESORA



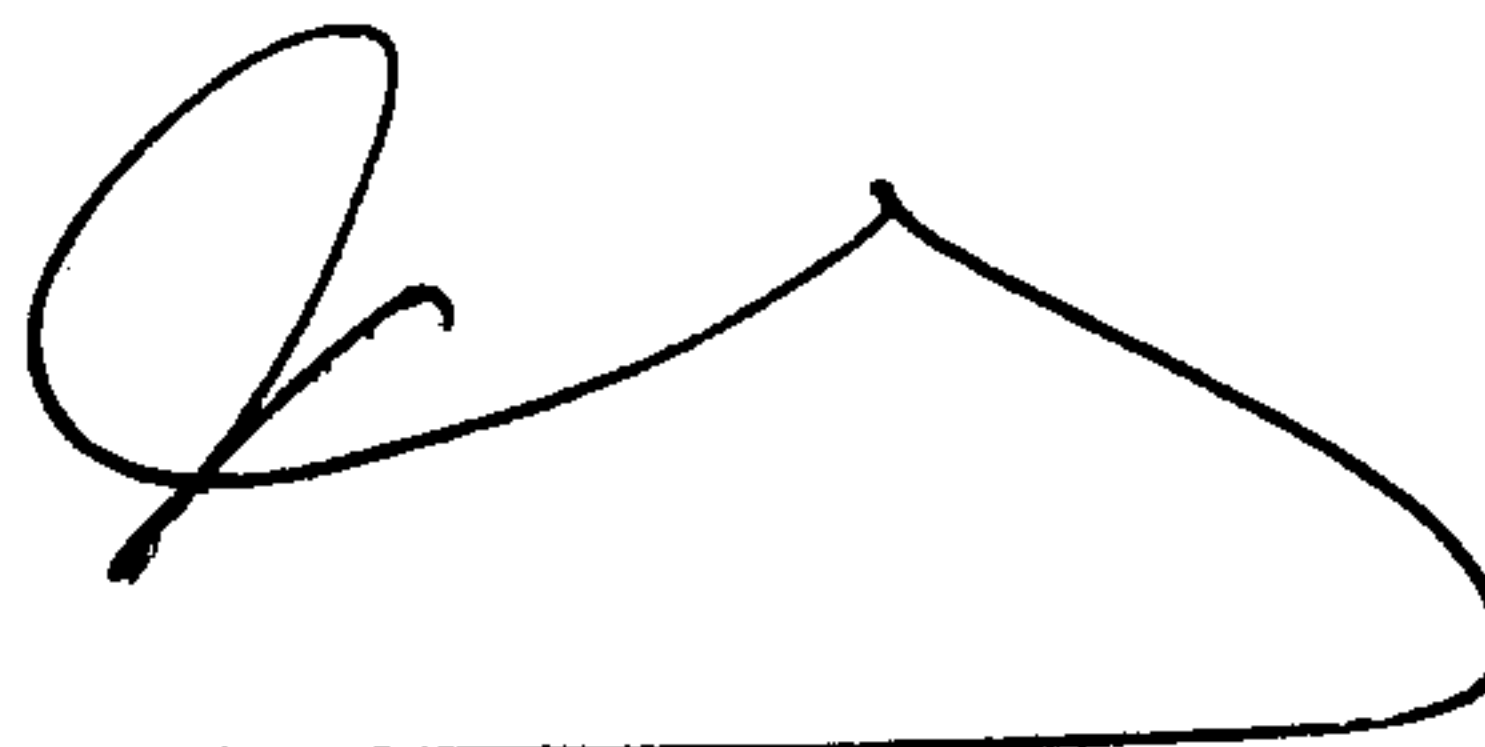
Dra. Ingrid Arreola de González
COMISION DE TESIS



Licda. Amanda Judit López De León
COMISION DE TESIS



Vo.Bo.



Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
SECRETARIO