

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO REALIZADO EN CLUB DE LEONES MARQUENSES, SAN
MARCOS, SAN MARCOS Y CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIDAD DE
SALUD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL USAC, GUATEMALA.

JUNIO 2013 – MAYO 2014

Presentado por:

NELLY EDLÍN RIVERA GONZÁLEZ

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos
de Guatemala, que presidió el Acto de Graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Agosto de 2014

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO REALIZADO EN CLUB DE LEONES MARQUENSES, SAN
MARCOS, SAN MARCOS Y CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIDAD DE
SALUD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL USAC, GUATEMALA.

JUNIO 2013 – MAYO 2014

Presentado por:

NELLY EDLÍN RIVERA GONZÁLEZ

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos
de Guatemala, que presidió el Acto de Graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Agosto de 2014

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Fernando Ávila González
Vocal Segundo:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. Héctor Gabriel Pineda Ramos
Vocal Quinta:	Br. Aurora Margarita Ramírez Echeverría
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN:

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dr. Leonel Eugenio Arriola Barrientos
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

DEDICATORIA

- A Dios: Por su misericordia, bendiciones, haberme regalado una oportunidad más de vida, y darme la sabiduría y las fuerzas para culminar esta carrera.
- A mi madre: Gilkia González por su amor, apoyo incondicional, sus consejos, comprensión, desvelos y sacrificio para que pudiera alcanzar este sueño. Además por dejarte anestesiarse por mis manos inexpertas.
- A mi padre: Enrique Rivera por su amor, esfuerzo y sacrificio durante todos estos años.
- A mis abuelos mi papito Cesar González por su amor, su apoyo, creer en mí, transmitirme su sabiduría y nunca dejar que me diera por vencida. A mi mamita Nelly Monterroso por guiar mis pasos desde el cielo y celebrar cada uno de mis logros se que estas feliz alla arriba.
- A mi hermano: Lonry Ariel por su apoyo, amor y sus abrazos en el momento necesario aunque bien lo disimule.
- A mi familia: en especial a mi tío Genser por su amor incondicional, sus consejos y sobre todo por ser como un padre para mí y transmitirme la Fé. A mis 10 primos por verme como una hermana más, por su amor fraternal y celebrar este logro conmigo, a mi tío Aldo por su amor, alentar mi desarrollo como profesional y creer en mí, a Elsa, por sus oraciones, cuidarme desde pequeña y por aconsejarme con tanto amor y sabiduría.
- Al Ing. Mario Castellanos: Por ser mi apoyo incondicional, estar conmigo en cada momento, fácil y difícil, cargarme hasta el tercer nivel cuando mis piernas no podían, pero sobre todo por amarme tanto y celebrar este logro conmigo.

A mis amigos: Pao, Lidia, Esther Umaña(Tesh), Yuliana Ixcoy (la Yuli), Ing. Sergio Villalta (Chejo), Ing. Luis Estrada, al Dr. Mario Álvarez (Marinho), María Matzer, Dr. Gerardo Gomez (Bomba) y a Luis Ruiz (El Gordo) por su cariño, amistad, apoyo y hacerme ganas cuando nadie más lo hizo. Los quiero un montón mucha; a los de FDS por devolverme a la vida y recordarme que el amor y la risa curan. Y a la familia Pérez Montufar por aguantarme en su casa tantas noches por casi 4 años, sirvieron los desvelos, lo logramos.

A Doña Ana: Por dejarme entrar en su Familia y en su hogar, brindarme cariño y apoyo en los momentos difíciles y confiar en mí.

A algunos de mis catedráticos: En especial a la Dra. Elena de Quiñonez, Dra. Arévalo, Dra. Chinchilla, Dr. Cheesman, Dr. Barreda, Dr. Gálvez, Dr. Ruiz, Dr. Berthet, Dr. Figueroa y Dr. González Moncada Por transmitir sus conocimientos con entrega, paciencia y sabiduría.

A San Marcos: Por las experiencias vividas, las amistades que me regalo y el aprendizaje para mi desarrollo profesional.

Al personal de servicios: a mi amigo Bryan, a Violeta, Roxana, Janeth, Lilian, Evelin, Elena y Cory. Por dar más de lo que su trabajo exige, atenderme con una sonrisa; y esperar a que saliera después de su hora de salida.

A la Universidad San Carlos de Guatemala: Por permitirme crecer y formarme como persona y profesional para ayudar a la sociedad guatemalteca.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Club de Leones Marquenses San Marcos, San Marcos, y en la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC de Guatemala, conforme lo demandan las Normas del Proceso Administrativo para la Promoción del Estudiante de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

SUMARIO	3
I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS	7
Introducción.....	8
Justificación	10
Objetivos cumplidos	11
Metodología	12
Cronograma de actividades.....	13
Grupos cubiertos y participantes por actividad.....	14
Tabla de resumen	17
Limitaciones	18
Conclusiones.....	19
Recomendaciones.....	19
II. PREVENCIÓN.....	20
Resumen	21
Objetivos.....	23
Metas del Subprograma de Prevención	24
Presentación de resultados	25
Subprograma de Enjuagues Fluoruro de Sodio al 0.2%.....	25
Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras	29
Subprograma de Educación en Salud Bucal.....	36
Análisis del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales en su conjunto	40
Conclusiones.....	42
Recomendaciones.....	44
III. INVESTIGACIÓN ÚNICA	45
Título.....	46
Tipo de estudio	46
Justificación	47
Objetivos del estudio.....	48
Metodología	49
Diseño del estudio	49
Criterios de inclusión y exclusión.....	49
Diseño de la muestra	49
Selección de la muestra	50
Variables principales de valoración	50
Criterios de recolección	50
Marco Teórico	51
Presentación de resultados	67

IV. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES Y GRUPOS DE ALTO RIESGO.....	77
Resumen.....	78
Atención a pacientes integrales.....	80
Atención a pacientes de alto riesgo.....	87
Atención a pacientes universitarios.....	93
V. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO.....	99
Descripción del componente administración del consultorio.....	100
Atención clínica en adultos.....	118
Horario de atención en la clínica dental	122
Capacitación al personal auxiliar	123
Introducción.....	124
Listado y calendarización de los temas cubiertos.	125
Descripción y análisis de los temas cubiertos.....	128
Conclusión.....	130
Recomendaciones.....	130
Cuadros de actividades del desarrollo del programa.....	131
REFERENCIAS	139
ANEXOS	142

SUMARIO

El presente informe final resume las actividades realizadas durante el Programa Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual se llevó a cabo en el Club de Leones Marquenses del municipio de San Marcos departamento de San Marcos y en la Clínica odontológica de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil USAC de Guatemala. El mismo tuvo una duración de ocho meses; cinco meses desde junio del 2013 a febrero del 2014, en San Marcos, y de marzo a mayo del 2014, en Bienestar Estudiantil. En este informe, se describen las actividades desarrolladas durante el Programa del Ejercicio Profesional Supervisado, las cuales corresponden a los Subprogramas: Atención Integral a Pacientes Escolares y Grupos de Alto Riesgo, Actividades Comunitarias, Prevención de Enfermedades Bucles, Investigación Única, y Administración de consultorio.

El Programa tuvo como objetivo principal brindar atención odontológica integral, principalmente, prevención de enfermedades bucales a escolares del nivel primario de forma gratuita por parte del estudiante de sexto grado de la carrera de Cirujano Dentista, quien se integra a una comunidad para lograr dicho objetivo. El programa de EPS tuvo también como propósito que el estudiante realice una práctica docente asistencial, que le permita adquirir la capacidad necesaria para ejercer la profesión en el ambiente guatemalteco y en la forma más satisfactoria posible desde el punto de vista científico, técnico, ético y cultural.

Las escuelas seleccionadas para realizar dicha actividad odontológica fueron: Centro de Atención Integral "CAI"; Escuela Oficial de Párvulos No.3 " Santo Domingo; Escuela Oficial Urbana de niñas No.2 "Isabel Barrios y Barrios"; Escuela Oficial Urbana de varones No.1 "J. Antonio De León Bonilla"; Escuela Oficial Urbana Mixta "Estado de Israel" Jornada Matutina; Escuela Oficial Urbana de Niñas tipo Federación "Dr. Ulises Rojas Benfell"; Escuela Oficial Urbana Mixta "Naciones Unidas"; Escuela Oficial Rural Mixta " caserío Navidad"; Escuela Oficial Rural Mixta "Julia Rebeca de Cansinos" jornada matutina, Las Lagunas; Escuela

Oficial de Educación Especial “ Dr.Ulises Rojas Benfell”. El total de niños que asisten a las escuelas es de 2,467.

Actividades comunitarias: Busca desarrollar en los estudiantes de último grado, a través del trabajo comunitario, las habilidades, conocimientos y valores que les permitan desenvolverse como agentes de cambio dentro de la sociedad guatemalteca, además de coadyuvar a la planificación y ejecución de programas y proyectos específicos que contribuyan al mejoramiento de los niveles de vida de los habitantes de la comunidad; con sentido de responsabilidad y respeto hacia los aspectos culturales, políticos, económicos, religiosos y sociales de la misma. Se realizaron actividades para educar a la población en seguridad alimentaria y nutricional, enfocando la atención en mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y padres de familia. El proyecto se realizó en el Centro de Atención Integral de San Marcos. Se capacito un total de 400 padres de familia, 74 de sexo masculino y 326 de sexo femenino.

Prevención de enfermedades bucales: Es un programa preventivo que toma en cuenta a los escolares de la comunidad para la realización tres subprogramas. Aplicación tópica de fluoruro semanal, se logró beneficiar, contribuyendo en la disminución de la prevalencia de caries dental, a 2,467 niños cada mes. En el subprograma de Educación en salud, se realizaron 51 pláticas durante los ocho meses, las cuales fueron impartidas en las escuelas de San Marcos y en Bienestar Estudiantil de la USAC de Guatemala. En cuanto a la protección específica, se colocaron 505 sellantes de fosas de fisuras en 98 niños y 44 sellantes de fosas y fisuras en 11 estudiantes universitarios.

Investigación única en el programa EPS: Denominada “Creencias y Actitudes en Salud Bucal de Padres de Familia y su Relación con Prevalencia de Caries Dental y Estado Socioeconómico” se seleccionó a 20 niños en edades comprendidas entre 8 y 12 años. El objetivo fue establecer una relación de los conocimientos de los padres de familia en cuanto a salud bucal basados en la

educación o nivel educacional del padre y establecer la prevalencia de caries dental a través del índice de piezas cariadas, perdidas y obturadas totales (CPOT) de sus hijos; identificar posibles asociaciones con variables socioeconómicas. Todo lo anterior realizado en la escuela oficial rural mixta del “Caserío Navidad” aldea Las Lagunas, San Marcos, San Marcos. Se realizaron las siguientes mediciones: el estrato socioeconómico, profesión del jefe, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos de la familia, condiciones de alojamiento y la prevalencia de caries dental. No se presentan resultados finales.

Actividad clínica integrada: Busca resolver los problemas de salud bucal de la población, dando prioridad al grupo de niños en edad escolar y a pacientes de alto riesgo, es decir, preescolares, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores. Se brindó atención clínica integral a un total de 93 niños durante el periodo comprendido entre junio de 2013 y febrero de 2014 en quienes se realizó un total de 93 detartrajes, 86 profilaxis y aplicación tópica de flúor (ATF), 530 sellantes de fosas y fisuras, 125 amalgamas, 89 resinas, 52 pulpotomías, 7 tratamientos de conductos radiculares (TCR), 7 coronas de acero (CA) y 65 extracciones. Dentro del grupo de alto riesgo, se brindó atención clínica según las necesidades individuales de 52 pacientes atendidos durante los seis meses del programa en San Marcos. Se realizó un total de 360 tratamientos y 34 pacientes universitarios en la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC de Guatemala en donde se realizó un total de 234 tratamientos.

Seminarios regionales y educación a distancia: El objetivo es que el estudiante que está realizando el Programa Ejercicio Profesional Supervisado analice críticamente el desarrollo del mismo, desde la perspectiva de la experiencia individual, con las instituciones patrocinadoras, Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la relación con la comunidad y con la salud general y bucal a nivel nacional, a través de seminarios realizados en diferentes lugares del país. Este año, fue elaborado en el antiguo colegio Santo Tomás de Aquino, primera sede de la Universidad de San Carlos de Guatemala,

en la actualidad museo.

Para que el estudiante establezca la importancia de mantenerse actualizado en los conocimientos científicos y técnicos relacionados con la rama de la Odontología, se realiza la educación a distancia mediante la evaluación y resumen sobre los informes científicos que son enviados cada mes.

Administración del consultorio: En él, se incluye el protocolo de desinfección y esterilización tanto del odontólogo como del personal auxiliar, instrumental y clínica dental.

En este inciso, se incluye todo lo relacionado con la administración de la clínica dental y la capacitación del personal auxiliar. En la fase de capacitación del personal auxiliar, se capacitó a dos asistentes dentales, una en la comunidad de San Marcos y otra en la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC de Guatemala.

A pesar de las complicaciones que se presentaron por el repentino cierre de la clínica del Club de Leones Marquenses en San Marcos y el traslado del programa a la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de USAC de Guatemala, el trabajo realizado en el Programa Ejercicio Profesional Supervisado concluyó con éxito.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

**EDUCACIÓN EN ALIMENTACION COMPLEMENTARIA A MUJERES
EMBARAZADAS, EN EDAD FERTIL Y PADRES DE FAMILIA, EN EL CLUB DE
LEONES MARQUENSES, SAN MARCOS, SAN MARCOS EN EL PERÍODO DE
JULIO DE 2013 A FEBRERO DE 2014**

INTRODUCCIÓN

Guatemala es el único país latinoamericano y caribeño en el grupo de las 24 naciones con mayor carga y más alta prevalencia de desnutrición en niños de 5 años o menos. Con una población de 1,052,000 niños de 5 años afectados por desnutrición infantil, según datos de 2011, Guatemala se sitúa en el puesto 25 de una clasificación de 81 países con altos índices de desnutrición.

En Guatemala, la prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años es una de las mayores del mundo con un 48%; lo cual es algo alarmante para el país. Por lo tanto el Consejo de Seguridad Alimentaria del Gobierno de la República de Guatemala anuncio nuevamente la implementación del plan “Hambre cero” coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, la Secretaria de Seguridad Alimentaria y diversas instituciones Gubernamentales.

Veintitrés de los veintinueve municipios del departamento de San Marcos, en su mayoría del Altiplano, se reportaron entre los 166 municipios priorizados por la SESAN, en toda la Republica, con índices alarmantes de desnutrición. En la actualidad, no solo al departamento de San Marcos afecta esta situación, si no que, en todo el país, se reportan índices alarmantes sobre desnutrición.

"Cada vez más se reconoce que mejorar la nutrición, particularmente la de los niños y las mujeres, es algo obligado para reducir la pobreza, promover el desarrollo económico y social sustentable y aminorar las inequidades", señala el informe global divulgado por la Unicef en el 2011.

Además de lo anteriormente mencionado, según estudios realizados, se demuestra que el momento más crucial para satisfacer las necesidades nutricionales es durante los 1,000 días desde el primer día de embarazo de la madre hasta el segundo cumpleaños del niño. Lo ideal para un niño es recibir lactancia materna temprana y exclusiva durante los primeros 6 meses, una

alimentación complementaria a tiempo, segura y de buena calidad de los 6 a los 24 meses, y una ingesta adecuada de micronutrientes.

Para los propósitos de la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se conceptualiza la seguridad alimentaria y nutricional como “el Derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, de preferencia de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa.”

Para la implementación, seguimiento y evaluación de esta política se deberá establecer un Sistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional que permita la participación articulada de todos los actores, en los ámbitos comunitario, regional y nacional.

Por tanto, el objetivo del presente proyecto radica en educar o informar a la población, brindando conocimientos que les permitan mejorar su alimentación y así prevenir la desnutrición. Dichas pláticas contienen información básica y sugerencias prácticas para modificar la alimentación de los infantes en crecimiento, para que las dietas sean más adecuadas a fin de tener una vida sana en todo sentido.

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición es una enfermedad que afecta a Guatemala posicionándonos en el puesto 24 de los países con mayor desnutrición en el mundo, que afecta al 48% de la población específicamente. Es por esto que es necesario ayudar, no solo a través de las diferentes sedes de la SESAN, sino a través de las diferentes instituciones de cada comunidad; a esto se une la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de la Facultad de Odontología y con la colaboración de los estudiantes de sexto año en el Ejercicio de la Práctica Supervisada (EPS).

Los estudiantes serán capacitados por la Institución encargada de la Seguridad Alimentaria y Nutricional sobre el conocimiento de una alimentación adecuada. Una vez capacitados, se pretende esparcir la información a la comunidad del Centro de Integración Familiar en el municipio de San Marcos del departamento de San Marcos, enfocada directamente a las mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y niños comprendidos de los 0 meses a los 3 años, por ser este un periodo importante en la etapa de crecimiento infantil.

Para poder evitar que se siga propagando la desnutrición, es necesario ampliar la ayuda, no solo a través de las diferentes Sedes de la SESAN, sino a través de las diferentes instituciones de cada comunidad. A esto se une la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de la Facultad de Odontología y con la colaboración de los estudiantes de sexto año en el Ejercicio de la Práctica Supervisada (EPS).

OBJETIVOS CUMPLIDOS

- Realización de actividades de educación en seguridad alimentaria y nutricional en la comunidad de Club de Leones Marquenses, San Marcos, para ayudar en la disminución de la malnutrición en dicha comunidad, y por ende, en todo el país, a través de métodos de educación que la población de la comunidad mencionada decidió aceptar, asimilar y practicar de manera cotidiana.
- Se educó de manera positiva a las mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y padres de familia del municipio San Marcos del departamento de San Marcos, debido a que ellos son la base fundamental de una adecuada alimentación complementaria después de los 6 meses de edad, para modificar la dieta de los niños y sus familias.
- Se enfatizó la importancia de los padres a lo largo del desarrollo de sus hijos, ofreciendo información para mejorar la alimentación y nutrición de las familias del área rural guatemalteca y de la población en general.
- Se dio a conocer la importancia de la buena nutrición en las mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años, brindando consejos prácticos para mejorarla. Se informó a cerca de los signos y síntomas de la desnutrición aguda, sus causas y consecuencias, y cómo prevenirla, además de las acciones que se pueden tomar para solucionarla.

METODOLOGÍA

Diagnóstico Comunitario

Se realizó un sondeo de la información que manejan las madres de familia en Centro de Atención Integral.

Se expusieron temas quincenalmente en el centro. Se evaluó la percepción de los oyentes y se resolvieron dudas.

Gestiones

Se solicitó autorización en el Centro de Atención Integral, para realizar capacitaciones educativas quincenalmente y se realizó una calendarización con días y horas en los cuales se llevarían a cabo dichas capacitaciones educativas.

Se entregó un programa con los títulos de cada capacitación educativa por impartir durante los seis meses.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	ACTIVIDADES
Junio	Recolección de información sobre programas y proyectos comunitarios, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Recolección de datos sobre seguridad alimentaria y nutricional.
Julio	Presentación del proyecto comunitario “Capacitación a madres y padres de familia, mujeres embarazadas, niños, adolescentes y población en general” sobre seguridad alimentaria y nutricional al coordinador local del programa EPS en la comunidad Dr. Oscar Leonel Barrios Flores.
Agosto	Se impartieron 3 capacitaciones educativas dirigidas a mujeres embarazadas, madres y padres de familia sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lactancia materna 2. Importancia de la lactancia en el recién nacido 3. Higiene alimentaria.
Septiembre	Se impartieron 3 capacitaciones educativas dirigidas a mujeres embarazadas y madres de familia sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventana de los Mil Días. 2. Importancia de la alimentación durante el crecimiento
Febrero	Se impartieron 2 capacitaciones educativas dirigidas a mujeres embarazadas y madres de familia sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Olla alimentaria 2. Deficiencia de vitamina A y anemia. 3. ¿Cómo saber si un niño está desnutrido? 4. Higiene del ambiente, personal y alimentaria.
Marzo	Se impartieron dos capacitaciones educativas dirigidas a mujeres embarazadas y madres de familia sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Consejería

GRUPOS CUBIERTOS Y PARTICIPANTES POR ACTIVIDAD

Tabla No. 1

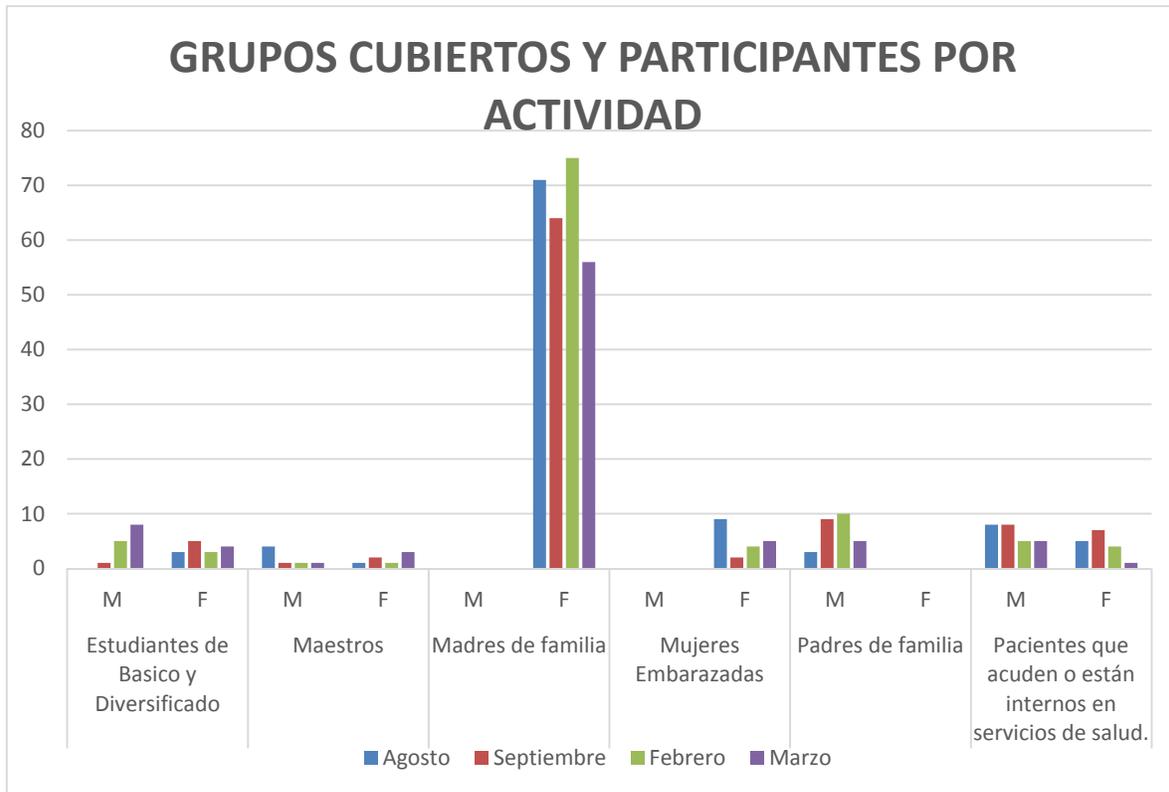
Grupos cubiertos y participantes en la capacitación educativa sobre seguridad alimentaria y nutricional del Subprograma de Actividad Comunitaria, en la Clínica del Club de Leones Marquenses, San Marcos.

	Estudiantes de básico y diversificado		Maestros		Madres de familia		Mujeres embarazadas		Padres de familia		Pacientes que acuden o están internos en servicios de salud.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Agosto	0	3	4	1	0	71	0	9	3	0	8	5
Septiembre	1	5	1	2	0	64	0	2	9	0	8	7
Febrero	5	3	1	1	0	75	0	4	10	0	5	4

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, de actividades comunitarias del Club de leones Marquenses, San Marcos realizados durante el Ejercicio Profesional Supervisado de junio de 2013 a marzo de 2014

Gráfica No. 1

Grupos cubiertos y participantes en la capacitación educativa sobre seguridad alimentaria y nutricional del Subprograma de Actividad Comunitaria, en la Clínica del Club de Leones Marquenses, San Marcos.



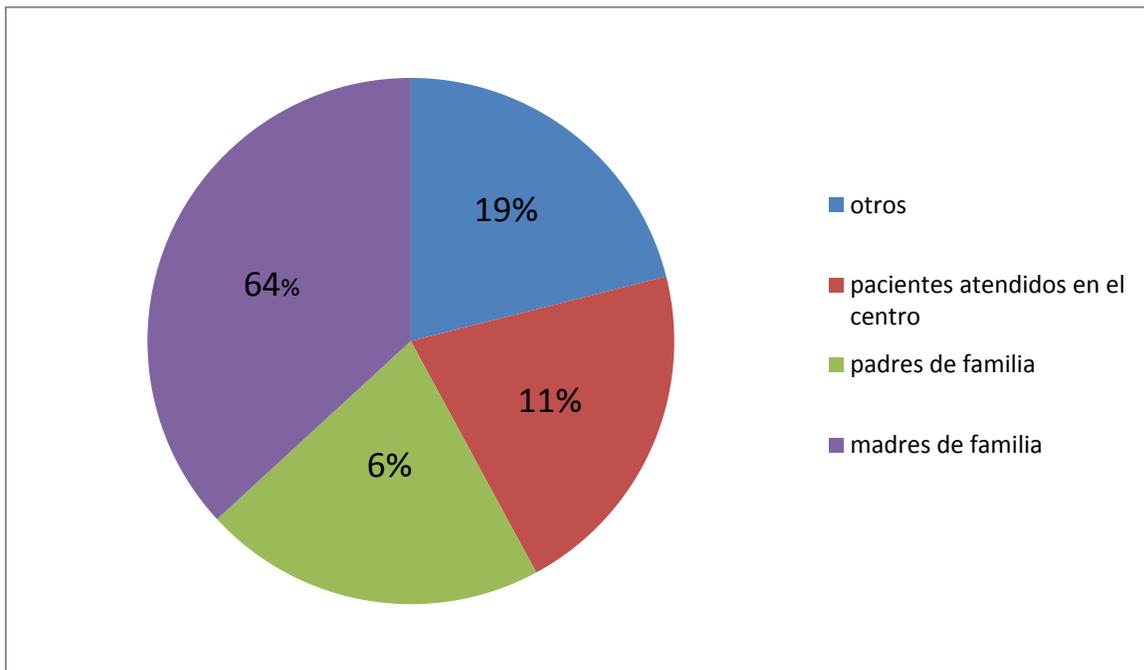
Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, de actividades comunitarias del Club de leones Marquenses, San Marcos realizados durante el Ejercicio Profesional Supervisado de junio de 2013 a marzo de 2014.

Interpretación de Tabla No. 1 y Gráfica No. 1

El total de participantes durante los 4 meses en las Capacitación educativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional fueron 416, con un promedio de 104 participantes por mes.

Gráfica No.2

Grupos cubiertos y participantes en la capacitación educativa sobre seguridad alimentaria y nutricional del Subprograma de Actividad Comunitaria, en la Clínica del Club de Leones Marquenses, San Marcos.



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, de actividades comunitarias del Club de Leones Marquenses, San Marcos realizados durante el Ejercicio Profesional Supervisado de junio de 2013 a marzo de 2014.

Interpretación de Tabla No. 1 y Gráfica No. 2

Del total de participantes, la mayoría fueron madres de familia, quienes conforman un 64% del total.

Tabla No.2

Grupos atendidos en educación por sexo sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Centro de Atención Integral, San Marcos, San Marcos.

De junio de 2013 a marzo de 2014

	No.	Masculino	Femenino
		No.	No.
1. Estudiantes de Básico y Diversificado	29	14	15
2. Maestros (as)	14	7	7
3. Madres de Familia	266		266
4. Mujeres embarazadas	21		21
5. Padres de Familia	27	27	
6. Pacientes que acuden o están internos en servicios de salud	43	26	17
7. Población en general			
Total	400	74	326

Se abarcó un total de 400 personas, 74 hombres y 326 mujeres, incluidas en este grupo madres de familia y mujeres embarazadas

LIMITACIONES

- El material audiovisual no fue proporcionado en las fechas adecuadas para su utilización (por entidades de la SESAN).
- En algunas ocasiones por irregularidades en el programa del Centro de Atención Integral, no fue posible dar la capacitación educativa a grupos de 25 personas y fue necesario concentrar a los grupos en una sola sesión.

CONCLUSIONES

- Sobre los objetivos planteados en cuanto al proyecto de educación en seguridad alimentaria y nutricional, se concluye que todos se alcanzaron satisfactoriamente.
- A lo largo de los 6 meses, se impartieron 12 capacitaciones educativas sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional a un total de 417 personas (embarazadas, mujeres en lactancia, padres de familia y adolescentes)
- Se concluye que del total de participantes, la mayoría fueron madres de familia, seguido de mujeres embarazadas y padres de familia y, por último, los adolescentes.
- Después de la capacitación, las madres de familia deben mejorar la alimentación y nutrición de la familia.
- Una vez capacitadas las madres de familia saben la importancia del consumo de alimentos y agua segura, y poner énfasis en los primeros mil días del crecimiento de sus hijos.

RECOMENDACIONES

- Para lograr un verdadero impacto en la comunidad del municipio de San Marcos, es necesario continuar con las capacitaciones educativas mensualmente y siempre proyectadas hacia las necesidades de nutrición de la comunidad.
- Coordinar la entrega de material audiovisual, y capacitaciones por parte de la SESAN en un tiempo adecuado para que no sea un limitante al momento de presentar la capacitación educativa en la comunidad.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES
SAN MARCOS, SAN MARCOS

RESUMEN

A continuación, se describen las actividades desarrolladas en el Subprograma de Prevención de Enfermedades Bucales del Programa del Ejercicio Profesional Supervisado, Enjuagatorios con flúor, Educación para la salud bucal y barrido de sellantes de fosas y fisuras.

Entendiendo las necesidades odontológicas y socioeconómicas en San Marcos y en el país, el subprograma fue enfocado en prevención y no tanto en la intervención. Tomando en cuenta la característica de la comunidad de San Marcos, fue necesario trabajar con la mayor cantidad de población infantil posible para prevenir que más adelante sean incluidos en ese 90% de pacientes cuya única solución es la extracción.

Debido a lo anteriormente descrito, se realizó a lo largo del Subprograma de Enjuagues de Flúor, se le aplicó a los niños enjuagues de flúor al 0.2% semanalmente, con vasos pequeños, 5 ml de enjuague, los miércoles de todas las semanas durante los meses que duro el Programa EPS, con el objeto de reducir la prevalencia de caries dental en niños de edad escolar.

En este subprograma, participaron los niños de las escuelas urbanas siguientes: Centro de Atención Integral "CAI"; Escuela Oficial de Párvulos No.3, "Santo Domingo"; Escuela Oficial Urbana de niñas No.2, "Isabel Barrios y Barrios"; Escuela Oficial Urbana de varones No.1 "J. Antonio De León Bonilla"; Escuela Oficial Urbana Mixta "Estado de Israel" Jornada Matutina; Escuela Oficial Urbana de Niñas tipo Federación "Dr. Ulises Rojas Benfell"; Escuela Oficial Urbana Mixta "Naciones Unidas"; Escuela Oficial Rural Mixta " caserío Navidad"; Escuela Oficial Rural Mixta "Julia Rebeca de Cansinos" jornada matutina, Las Lagunas. El total cubierto con el subprograma fue de 2467 niños.

En el Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras se colocaron sellantes en piezas dentarias permanentes que no presentaron caries dental o con caries incipiente sin cavidad, en niños que cursan los grados de segundo, tercero, cuarto y quinto primaria. En este subprograma participaron los niños de las escuelas: Escuela Oficial Urbana de niñas No.2, "Isabel Barrios y Barrios"; y Escuela Oficial Urbana de varones No.1, "J. Antonio De León Bonilla".

En el Subprograma de Educación en Salud Bucal, se impartieron capacitaciones educativas los miércoles durante los meses del Programa EPS, en donde el tema principal por tratar fue la de educación en salud, con una duración de 15 a 20 minutos cada una en todos los grados de las escuelas.

En este subprograma, participaron los niños de las escuelas: Escuela Oficial de Párvulos No.3 “Santo Domingo”; Escuela Oficial Urbana de niñas No.2, “Isabel Barrios y Barrios”; Escuela Oficial Urbana de varones No.1, “J. Antonio de León Bonilla”; Escuela Oficial Urbana Mixta “Naciones Unidas”; Escuela Oficial Rural Mixta “Caserío Navidad”; Escuela Oficial Rural Mixta “Julia Rebeca de Cansinos” jornada matutina, Las Lagunas.

OBJETIVOS

- Establecer la importancia de la prevención de enfermedades bucales, para beneficio de los niños y adolescentes escolares del municipio de San Marcos, utilizando la educación en técnicas de cepillado, alimentación balanceada y como mejorar los hábitos de higiene bucal.
- Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo con las necesidades de la comunidad, utilizando, educación en salud, protección específica, representada a través de barrido de sellantes de fosas y fisuras y enjuagatorios de fluoruro al 0.2% semanal.
- Aplicar las metodologías y técnicas más eficaces de prevención de enfermedades bucales para grupos de población, en los siguientes componentes: educación en salud, protección específica, representada a través de barrido de sellantes de fosas y fisuras y enjuagatorios de fluoruro al 0.2% semanal.
- Comparar la efectividad de cada uno de los componentes del programa de prevención de enfermedades bucales.
- Evaluar el desarrollo de metas y objetivos del programa de Enfermedades Bucles, con base en los componentes siguientes: Educación en salud, protección específica, representada a través de barrido de sellantes de fosas y fisuras y enjuagatorios de fluoruro al 0.2% semanal.
- Mejorar los hábitos de higiene bucal de los niños en edad escolar de las diferentes escuelas de la comunidad para lograr resultados en salud oral a largo plazo.

METAS DEL SUBPROGRAMA DE PREVENCIÓN

Para el Subprograma de Enjuagues Bucales de Flúor:

- Capacitar a monitores para que el mayor número de población posible, sea beneficiada; además del buen desarrollo del programa.
- Proporcionar los beneficios de los enjuagues de flúor de sodio al 0.2% a los escolares.
- Cubrir al mes, como mínimo, 1,000 niños en las diferentes escuelas participantes.
- Disminuir el índice de caries en los niños integrantes del programa.
- Promover y fomentar la participación de la comunidad educativa, en acciones de prevención y control de salud bucal.

Para el Subprograma del Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras:

- Cubrir al mes, como mínimo, a 20 niños con la protección de caries por medio de sellantes de fosas y fisuras.
- Informar a los escolares y padres de familia sobre la importancia y función de los sellantes de fosas y fisuras.

Para el Subprograma de Educación en Salud Bucal:

- A través de los temas impartidos de educación en salud bucal a los alumnos y maestros, mejoren sus hábitos de higiene, tanto bucal como personal.
- Dar a conocer las diferentes enfermedades bucales y cómo prevenirlas.
- Concientizar a los adultos sobre la importancia de dar el ejemplo, y motivar a la familia para que tengan una buena salud bucal a bajo costo.

II. PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES

II.I SUBPROGRAMA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2%

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

SAN MARCOS, SAN MARCOS

Tabla No. 3

Promedio mensual de niños beneficiados con el Subprograma de Enjuagues de Flúor en las escuelas del Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos de junio de 2013 a marzo de 2014

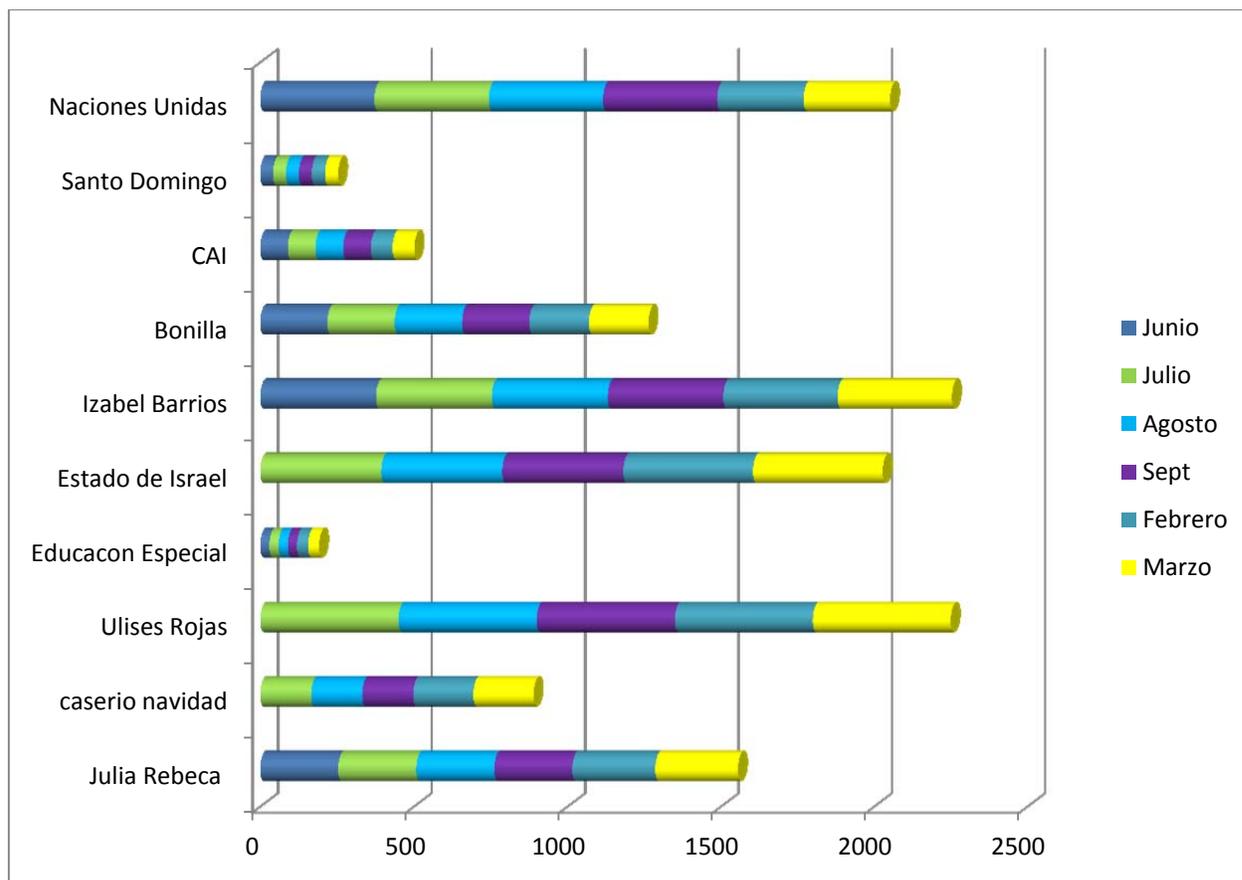
Escuela	Junio	Julio	Agosto	Sept	febrero	Marzo	Promedio
Escuela Oficial Rural Mixta “Julia Rebeca de Cancinos”	254	254	254	254	270	270	259
Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Navidad	0	166	166	166	196	196	148
Escuela Oficial Urbana de niñas “Dr. Ulises Rojas Benfell”	0	450	450	450	450	450	375
Escuela Oficial Urbana de Educación Especial	30	30	30	30	36	36	32
Escuela Oficial Urbana mixta	0	394	394	394	423	423	403

“Estado de Israel”							
Escuela Oficial Urbana de niñas No. 2 “Isabel Barrios y Barrios	377	377	377	377	373	373	338
Escuela Oficial Urbana de Varones No.1 “J. Antonio de Leon Bonilla	219	219	219	219	194	194	211
Centro de Atención Integral CAI	90	90	90	90	90	71	71
Escuela de Párvulos No.3 “Santo Domingo”	42	42	42	42	43	43	42
Escuela Oficial Urbana Mixta “Naciones Unidas”	372	372	372	372	282	282	342

Gráfica No. 3

Promedio mensual de niños beneficiados con el Subprograma de Enjuagues de Flúor en las diez escuelas de San Marcos, San Marcos, en la clínica de Club de Leones.

Junio de 2013 a marzo de 2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, programa de prevención de enfermedades bucales, subprograma de enjuagatorios de fluoruro al 0.2%, niños de la clínica del Club de leones Marquenses, San Marcos atendidos durante el Ejercicio Profesional Supervisado de junio de 2013 a marzo de 2014
Escribir Isabel con s y con inicial mayúscula el nombre propio Caserío Navidad

Interpretación de Tabla No. 2 y Gráfica No.3

Las diez escuelas de la comunidad de San Marcos, participantes del Subprograma preventivo de Enjuagues Bucales de Flúor suman un total de 2,476 niños de nivel primario. Las escuelas urbanas suman un total de 2,010 niños, lo que conforma el 81.18% del total de los niños beneficiados. Las escuelas rurales suman un total de 466 niños, lo que conforma el 18.82% del total de los niños beneficiados.

II. PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES

II.II SUBPROGRAMA DE BARRIDO DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

SAN MARCOS, SAN MARCOS Y

BIENESTAR ESTUDIANTIL, UNIDAD DE SALUD USAC, GUATEMALA

Tabla No. 4

Número de escolares beneficiados en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras y cantidad de sellantes realizados en la clínica del Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos.

Mes	Niños atendidos	No. de sellantes realizados
Junio	9	50
Julio	20	96
Agosto	20	115
Septiembre	21	55
Febrero	21	137
Marzo	7	42
Total	98	505

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, del programa preventivo de enfermedades, subprograma de barrido de sellantes de fosas y fisuras del Club de leones Marquenses, San Marcos realizados durante el Ejercicio Profesional Supervisado de junio de 2013 a marzo de 2014

Gráfica No. 4

Número de escolares beneficiados en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras, en las escuelas de San Marcos, San Marcos en la clínica de Club de Leones.

Junio de 2013 a marzo de 2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, programa de prevención de enfermedades bucales, Subprograma de sellantes de fosas y fisuras, niños de la clínica del Club de leones Marquenses, San Marcos atendidos durante el Ejercicio Profesional Supervisado de junio de 2013 a marzo de 2014

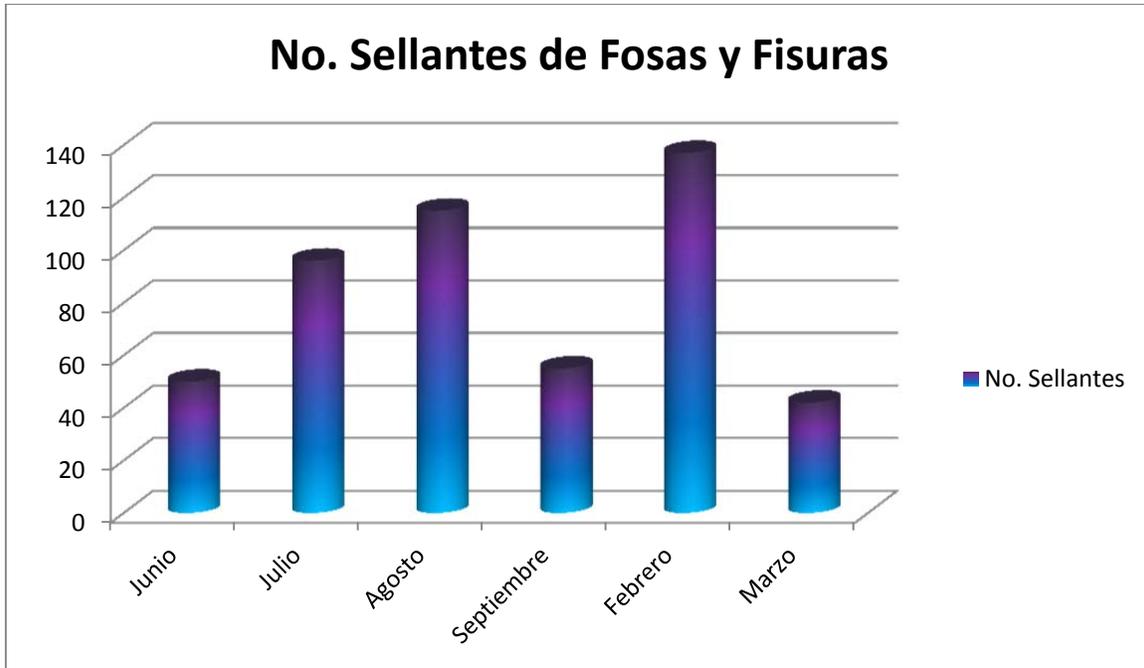
Interpretación de Tabla No. 4 y Gráficas No. 4

El total de niños beneficiados en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras es de 98, con un promedio de 16 niños al mes. También se aprecia la discrepancia en cuanto a la cantidad de niños atendidos cada mes, ya que en algunos meses se cubrieron menos de 20 niños, esto debido al primer mes de adaptación y al mes en el que se interrumpe el EPS.

Gráfica No. 5

Número de sellantes de fosas y fisuras realizados en la clínica de Club de Leones.
De junio de 2013 a marzo de 2014

Escribase Número sin abreviatura.



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, programa de prevención de enfermedades bucales, subprograma de sellantes de fosas y fisuras, niños de la clínica del Club de leones Marquenses, San Marcos atendidos durante el Ejercicio Profesional Supervisado de junio de 2013 a marzo de 2014

Interpretación de Tabla No. 4 y Gráficas No. 5

. El total de sellantes de fosas y fisuras realizados es de 505 sellantes, con un promedio de 85 sellantes al mes. También se aprecia la discrepancia en cuanto a la cantidad de sellantes realizados por mes, esto debido a que va relacionado directamente con la cantidad de niños atendidos mensualmente.

Tabla No. 5

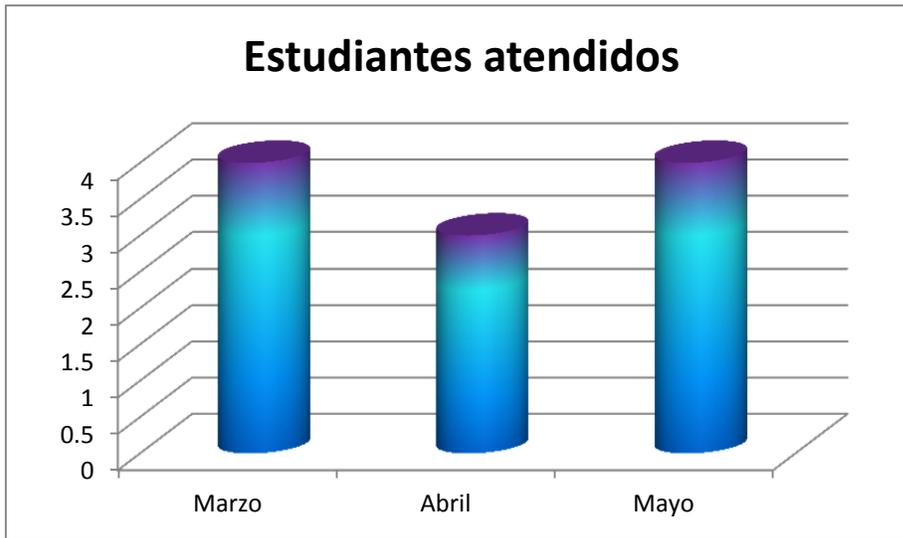
Número de estudiantes universitarios atendidos en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras y cantidad de sellantes realizados en la clínica de la Unidad de Salud, Bienestar Estudiantil, USAC, Guatemala, Guatemala

Mes	Estudiantes atendidos	No. de sellantes realizados
Marzo	4	10
Abril	3	11
Mayo	4	23
Total	11	44

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, programa de prevención de enfermedades bucales, Subprograma de sellantes de fosas y fisuras, atendidos en la Unidad de Salud, clínica de Bienestar Estudiantil, USAC durante el Ejercicio Profesional Supervisado de marzo a mayo de 2014

Gráfica No. 6

Número de estudiantes universitarios atendidos en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras, en la Unidad de Salud, clínica de Bienestar Estudiantil, USAC de Guatemala.



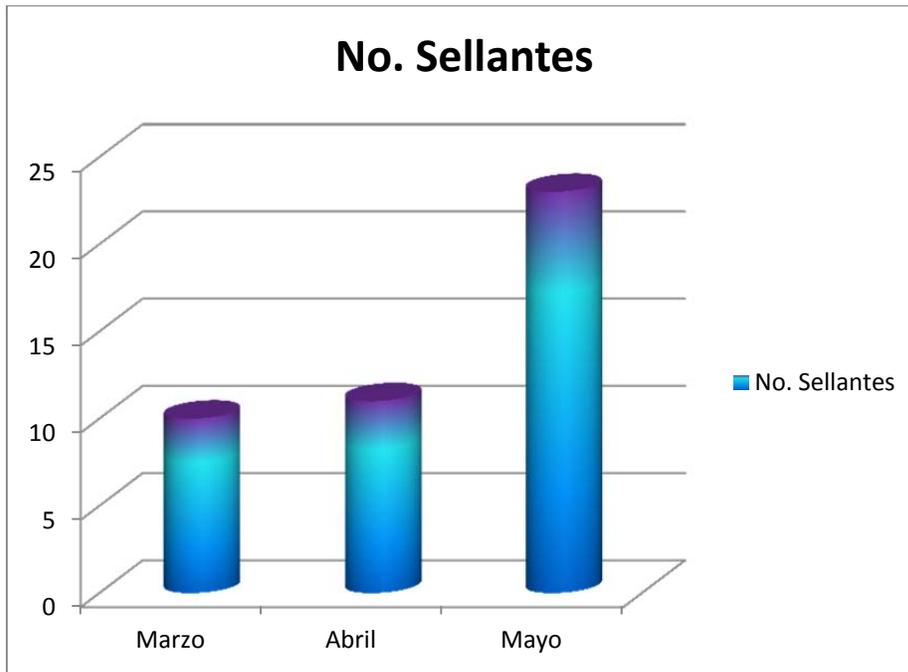
Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, programa de prevención de enfermedades bucales, subprograma de sellantes de fosas y fisuras, atendidos en la Unidad de Salud, clínica de Bienestar Estudiantil, USAC durante el Ejercicio Profesional Supervisado de marzo a mayo de 2014

Interpretación de Tabla No. 5 y Gráficas No. 6

El total de estudiantes universitarios atendidos en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras es de 11, con un promedio de 4 estudiantes al mes. La cantidad de datos recaudados durante estos meses es menor a los anteriormente expuestos ya que la atención en la clínica de la Unidad de Salud no es gratuita por lo que disminuye la afluencia de estudiantes y, a la vez, la cantidad de estudiantes atendidos.

Gráfica No.7

Número de sellantes de fosas y fisuras realizados en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras, en la Unidad de Salud, clínica de Bienestar Estudiantil, USAC. Guatemala, Guatemala. De marzo a mayo de 2014.



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, programa de prevención de enfermedades bucales, subprograma de sellantes de fosas y fisuras, atendidos en la Unidad de Salud, clínica de Bienestar Estudiantil, USAC durante el Ejercicio Profesional Supervisado de Marzo - Mayo 2014

Escríbase Número sin abreviatura.

Interpretación de Tabla No. 5, y Gráficas No. 7

El total de sellantes de fosas y fisuras realizados es de 44 sellantes, con un promedio de 15 al mes. La cantidad de datos recaudados durante estos meses es menor a los anteriormente expuestos, ya que la atención en la clínica de la Unidad de Salud no es gratuita, por lo que disminuye la afluencia de estudiantes a la clínica y a su vez la cantidad de sellantes de fosas y fisuras realizados.

II. PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES

II.III SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

SAN MARCOS, SAN MARCOS Y

BIENESTAR ESTUDIANTIL, UNIDAD DE SALUD USAC, GUATEMALA,
GUATEMALA

EDUCACIÓN EN SALUD

En este subprograma se realizaron ocho capacitaciones educativas al mes, durante los seis meses del Programa EPS en San Marcos, municipio de San Marcos, con un total de 1,179 niños. Se incluyen las capacitaciones impartidas durante los tres meses del programa de EPS en La Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC de Guatemala, con un promedio de 75 estudiantes.

Los temas desarrollados fueron:

Tabla No. 6

Número de escolares que participaron en la capacitación educativa de salud bucal, por mes, y por tema impartido, en las escuelas de San Marcos municipio de San Marcos, en la clínica de Club de Leones. Junio de 2013 a febrero de 2014.

Mes	No. Capacitación	Tema	Total de niños
Junio	8	Anatomía de la cavidad bucal, y Anatomía de las piezas dentarias	232
Julio	8	Caries dental	253
Agosto	8	Enfermedad Periodontal	210
Septiembre	8	Beneficios de los enjuagues fluorados	248
Febrero	8	Uso correcto del cepillo y seda dental	236
Total	48 capacitaciones		1179

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, programa de prevención de enfermedades bucales, subprograma Educación en Salud Bucal, realizado en la clínica del Club de leones Marquenses de junio de 2013 a febrero de 2014.

Durante las capacitaciones educativas se realizaban preguntas, a las cuales, una acertada participación era premiada con cepillos dentales. Se entregaron, a lo largo del programa, aproximadamente, 75 juegos de cepillo y pasta.

Opinión de los grupos de la comunidad: los directores y maestros indicaron que estaban muy agradecidos con el programa, y que esperan que en los próximos años sean tomados en cuenta para el desarrollo del programa, para beneficio de la población escolar. Los niños mostraron empatía por el programa, haciendo de las capacitaciones una actividad interactiva de doble vía: además de escuchar, formulaban preguntas referentes a los temas impartidos. Así mismo, los padres de familia, a largo del desarrollo del programa, tuvieron gestos de agradecimiento, refiriéndose a la educación en salud como una ayuda no solo para el escolar sino para la familia en general.

Tabla No. 7

Número de estudiantes que participaron en la capacitación de educación en salud bucal, por mes, y por tema impartido, en la Clínica de Odontología de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil USAC. De junio de 2013 a febrero de 2014.

Mes	No. de capacitación	Tema	Total de niños
Marzo	1	Anatomía de las piezas dentales, Caries y enfermedad periodontal	25
Abril	1	Anatomía de las piezas dentales, Caries y enfermedad periodontal	21
Mayo	1	Prevención, técnicas de cepillado y relación azúcar - caries	32
Total	3 capacitación		78

Las impartidas en los meses de marzo, abril y mayo fueron dirigidas a estudiantes universitarios de primer ingreso, quienes mostraron interés por los temas impartidos y hubo respuesta positiva por parte de los diferentes grupos.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES BUCALES, EN SU CONJUNTO

El Subprograma de Prevención tiene un impacto importante en la salud oral de la comunidad ya que la cobertura que se logra con el mismo es mucho mayor a la lograda con la atención a la clínica integral de los escolares de la comunidad beneficiada.

Los enjuagues de fluoruro de sodio, son de suma importancia entre los subprogramas, ya que en este se cubrió el 100% de escolares de las escuelas participantes de este programa. Se les brindaron así los beneficios que proporciona el flúor.

Durante los 6 meses del programa del Ejercicio Profesional Supervisado, se alcanzaron todas las metas planteadas. Se capacitó, en total, a 18 monitores, quienes ayudaron en la realización de los enjuagues, y, con ello, se obtuvo más eficacia y cuidado en el desarrollo de este subprograma. Los enjugatorios con fluoruro al 0.2% se aplicaron semanalmente y se cubrió un total de 2,338 niños; fueron estos de las nueve escuelas participantes y un centro de atención familiar.

Los sellantes de fosas y fisuras son de gran beneficio para los niños, porque les ayudan a prevenir la caries dental en las superficies dentales de mayor riesgo; por ello, este programa tuvo como objetivo cubrir a una gran cantidad de niños con este tratamiento. Se observó que los niños que han tenido la oportunidad de recibirlo, tienen un índice de caries menor a los que no han ingresado al programa. La educación en salud es importante para los niños, pues se les brinda información de una manera sencilla de comprender, interactiva y a la vez se les motiva a ponerla en práctica y a lograr que ellos transmitan en casa lo aprendido en cada capacitación.

El Subprograma de Prevención fue bien recibido en la comunidad, ya que supieron valorar los beneficios que se les facilitaron a los niños, de una manera gratuita. Esto permite que exista una buena relación entre la clínica y las escuelas y por consiguiente muchas facilidades para atender a los niños en horarios de clases.

Además de esto, los padres de los niños que se tomaron en cuenta para el programa señalaron que sus hijos, ahora, se cepillan hasta más de 3 veces al día, y que se preocupan por su salud bucal, y que, sintiéndose motivados, promueven la salud bucal en familia. Los padres se mostraron agradecidos.

Los maestros y niños respondieron de una manera positiva, no solo durante el desarrollo de las actividades de educación, sino también en cuanto a la participación en las actividades durante las capacitaciones educativas, los enjuagues y sobre todo con el tiempo invertido en la colocación de sellantes de fosas y fisuras.

En las gráficas No. 4 y 5, se puede observar la cantidad de actividades realizadas cada mes en la Unidad de Salud de la USAC. La diferencia en cantidades de pacientes atendidos en comparación con San Marcos es grande, esto debido a que para la realización de cualquier tratamiento en la unidad era necesario cancelar el tratamiento, lo cual hace que el programa tenga limitante.

CONCLUSIONES

- El diseño del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales realizado en la comunidad de San Marcos, logró alcanzar los objetivos planteados. Esto debido a que la población respondió positivamente con el proceso y desarrollo de las actividades realizadas durante los seis meses del Ejercicio Profesional Supervisado 2013 – 2014, en el periodo comprendido entre junio y febrero.
- En el Subprograma de Prevención con Enjuagues de Flúor en forma semanal, se atendieron los escolares de diez escuelas del municipio de San Marcos, tanto rurales como urbanas. Se logró beneficiar a un total de 2,338 niños, durante los seis meses que duró el programa. Para causar un verdadero impacto preventivo con los enjuagatorios de fluoruro al 0.2%, en esta comunidad fue necesario extenderse a diferentes escuelas, y solo entregar el fluoruro a los monitores ya capacitados, los primeros meses; ya que las escuelas cuentan con muchos niños y las distancias entre escuelas eran grandes y algunas con acceso limitado.
- Se impartieron 48 capacitaciones de educación en salud bucal a escolares de primero a sexto grado de primaria, debidamente calendarizadas y con temas preestablecidos en las escuelas de la comunidad.
- Durante la realización del barrido de sellantes de fosas y fisuras, se presentaron muchos obstáculos, entre ellos la presencia de amelogenesis imperfecta en muchos de los niños atendidos en la

clínica, sin embargo el más relevante fue debido a la destrucción temprana de las primeras molares permanentes, esto debido a la caries dental, ya que algunos de los niños de las escuelas en la Comunidad presentan un índice de CPOT muy alto (según los estándares de la Organización Mundial de la Salud). Así que en general, esta comunidad tiene necesidad de practicar enjuagues de fluoruro y de recibir pláticas sobre la salud bucal, para que en el futuro existan las piezas permanentes en condiciones óptimas para la colocación de sellantes. Al finalizar el programa, se realizaron sellantes de fosas y fisuras a 98 escolares, con un total de 505 piezas dentarias selladas.

- Debido a la suspensión del programa en la comunidad de San Marcos, se finalizó el programa en la unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC, Guatemala. Se dio capacitación en salud oral y se colocaron sellantes de fosas y fisuras en la comunidad universitaria. Dichas actividades fueron exitosas, ya que la afluencia de estudiantes a la clínica fue constante durante la ejecución del programa.

RECOMENDACIONES

- En cuanto al barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, como en la comunidad realmente existen pocos niños con las piezas permanentes libres de caries, se recomienda realizar con mayor énfasis las pláticas educativas respecto a la salud bucal.
- Instar tanto a directores, maestros, escolares, como a la población en general de la comunidad ya descrita, que continúe con esta cadena y transmitan a sus familias lo aprendido durante las capacitaciones educativas en higiene bucal, para que los índices de los problemas dentales de Guatemala vayan disminuyendo.
- Se recomienda que en esta comunidad, se envíe a más de un estudiante, para así cubrir a mayor población, ya que la demanda odontológica es alta. Esto puede realizarse en colaboración con el personal del Centro de Salud de la comunidad, porque hay predisposición para colaborar con el programa y se cuenta con las instalaciones adecuadas para la realización de este programa.
- Se recomienda continuar trabajando en el municipio de San Marcos, debido a que la cantidad de población que asiste a la clínica es significativa y con mucha necesidad.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA

CREENCIAS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU
RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO
SOCIOECONÓMICO DE ESCOLARES EN 2013
SAN MARCOS, SAN MARCOS

Título de la Investigación

Creencias y aptitudes en salud bucal de padres de familia y su relación con prevalencia de caries dental y estado socioeconómico de escolares en el 2013. San Marcos, San Marcos.

Tipo de estudio

Estudio observacional transversal en el cual se evaluó el tipo de alimentos que ingieren los escolares de 8 a 12 años durante su estancia en la escuela y se determinó el nivel de riesgo cariogénico individual y su relación con variables clínicas y socioeconómicas.

Escuela en la que se realizó el estudio

Escuela Oficial Rural Mixta “Caserío Navidad”

JUSTIFICACIÓN

La salud bucal de muchas personas es muy escasa, debido que la educación en salud bucodental es deficiente y la falta de recursos para adquirir implementos de limpieza bucal es alta. Estos factores hacen que el índice de caries sea alto. La poca educación de salud bucal que adquieren los padres de familia, no está fundamentada en por información verídica, lo que genera falsas creencias de cómo realizar una adecuada higiene bucodental.

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. Es por esto que surge la necesidad de evaluar las creencias y aptitudes de los padres de familia de los alumnos de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío Navidad para determinar si existe una relación entre sus creencias y sus hábitos de higiene, y conocer como esto influye en el CPOT de los niños incluidos en el estudio.

Por lo tanto, el EPS siendo parte de la Universidad de San Carlos de Guatemala, debe de ayudar a solucionar los grandes problemas orales y participar con acciones concretas a través de sus conocimientos y los resultados obtenidos de la investigación para poder inculcar, a nivel comunitario y escolar, la importancia de la higiene oral para una boca sana y libre de caries.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Asociar las variables biológicas y socioeconómicas que presenta la población atendida y de esta manera identificar las creencias y actitudes sobre salud bucal de padres de familia de los niños incluidos en el estudio.
- Establecer la historia de caries a través del índice CPOT.
- Lograr una descripción epidemiológica de las patologías bucodentales de la población, según su nivel socioeconómico.
- Establecer la prevalencia de caries dental con variables socioeconómicas, por medio de visitas domiciliarias.
- Determinar el estrato socioeconómico de las familias de los escolares incluidos en el estudio.

METODOLOGÍA

- **Diseño del estudio**

Se propuso un estudio observacional, transversal y analítico, para detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio.

- **Criterios de inclusión y exclusión**

Cada sujeto de estudio deberá cumplir los siguientes criterios de inclusión antes de ser seleccionado:

- Escolares de ambos sexos.
- Edad entre 8 y 12 años.
- Inscritos en escuelas urbanas oficiales del Ministerio de Educación

- **Diseño de la muestra**

Las variables de diseño consideradas fueron:

- 1) Conglomerados: escuelas públicas rurales del municipio sede del Programa EPS.
- 2) Estratos: grados y secciones de la escuela seleccionada.

En cada comunidad sede del Programa EPS, se seleccionó una escuela pública del sector oficial por muestreo aleatorio simple. En la escuela seleccionada, se utilizó la división de la población escolar por grados como estratos. El tamaño de cada estrato se tomó en cuenta para la asignación proporcional al tamaño de la muestra. A nivel de los estratos, se seleccionaron los escolares por muestreo aleatorio simple. Se utilizó un tamaño de muestra (TM) de 20 escolares. La escuela seleccionada fue la EORM Caserío Navidad.

- **Selección de la muestra**

Etapa 1: Muestreo dentro del conglomerado para seleccionar la escuela que sería estudiada.

Etapa 2: Muestreo estratificado (grados) proporcional al tamaño de cada estrato. Al interior de cada estrato, se realizó un muestreo aleatorio simple.

- **Variables principales de valoración**

- Creencias en salud bucal.
- Prevalencia de caries dental.
- Edad, sexo y grado del escolar.
- Ocupación del jefe de familia, nivel de escolaridad de la madre, fuente de ingresos de la familia, condiciones de la vivienda.

- **Instrumentos de medición**

Para la medición de la prevalencia de caries dental, se utilizaron los criterios del índice **CPOT** (piezas **C**ariadas, **P**erdidas y **O**bturadas **T**otales) de Klein, Palmer Iknutson.

- Paciente en posición horizontal
- Iluminación artificial
- Secado de piezas dentales con aire a presión
- Diagnóstico visual utilizando espejo No. 5

Para la medición de la variable socioeconómica de los escolares, se utilizó el Método Graffar-Méndez Castellano.

Para la medición de creencias y aptitudes en salud bucal de padres de familia y su relación con prevalencia de caries dental y estado socioeconómico, se utilizó la encuesta diseñada para este estudio.

MARCO TEÓRICO

Existen suficientes evidencias que los azúcares son los principales elementos de la dieta diaria que influyen en la prevalencia y el avance de las lesiones de caries. La sacarosa se considera el azúcar más cariogénico, no solo porque su metabolismo produce ácidos, sino porque el *Streptococcus mutans* lo utiliza para producir glucan, polisacárido extracelular que le permite a la bacteria adherirse firmemente al diente, inhibiendo las propiedades de difusión de la placa. La intensidad de las caries en niños preescolares se debe en parte, a la frecuencia en el consumo de azúcar. Un alto consumo de azúcares favorece la formación de ácidos por las bacterias cariogénicas, dichos ácidos desmineralizan la estructura dentaria dependiendo del descenso absoluto del pH y del tiempo que este pH se mantenga por debajo del nivel crítico.

Estudios sobre caries dental en niños menores de 5 años, muestran porcentajes de caries dental relativamente altos. La enfermedad dental en niños ha sido atribuida a una higiene bucal deficiente y a una dieta inadecuada. En los niños preescolares, la caries se debe a una combinación de factores que incluyen la colonización de los dientes por bacterias cariogénicas, en especial el *Streptococcus mutans*, el tipo de alimento, la frecuencia de exposición a dichas bacterias y la susceptibilidad del diente. El riesgo de caries es mayor si los azúcares son consumidos en una alta frecuencia y de forma que sean retenidos en boca por largos períodos de tiempo. Factores como la retención de los alimentos, la hora del día en la cual son consumidos y la frecuencia de ingestión son determinantes de su potencial cariogénico. Otros estudios han demostrado la estrecha relación que existe entre la frecuencia del consumo de azúcares y las variaciones en la experiencia de caries dental en niños aún muy pequeños. Se ha reportado en la literatura que los patrones de consumo de azúcares son establecidos a edades muy tempranas y que con el tiempo, estos se vuelven resistentes al cambio.

La caries dental se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Según la OMS afecta entre el 60 % y 90 % de la población escolar. La caries dental es un proceso multifactorial. Al estudiar la temática, se abordan por lo general factores de riesgo biológicos y se pasa por alto el hecho de que la familia y en especial los padres o cuidadores forman una parte esencial de futuros programas de promoción y prevención para poder disminuir la morbilidad, el progreso de la enfermedad y los costos de la misma.

Factores presentes en las familias como la falta de educación en salud oral familiar y el tipo de estructura familiar, podrían incrementar el riesgo de presentar caries dental y acentuar su severidad. Actualmente poco se ha estudiado al respecto a nivel de la población escolar y tampoco se ha logrado explicar la relación que existe entre estos factores y la caries dental, lo que conlleva a que no se puedan tomar medidas, desde la institución universitaria docente, asistencial e investigativa, que contribuyan a controlar o evitar que estos factores se presenten, desde el diseño de los programas de promoción y prevención implementados. Desde esta perspectiva, hoy es claro que la salud oral no es solo problema del odontólogo; la familia y la comunidad juegan también un papel importante en la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades.

Salud bucodental

La salud bucal afecta a todos los aspectos de la vida, pero con frecuencia se da por sentado. La boca es un reflejo de la salud del cuerpo; puede mostrar signos de deficiencias nutricionales o infección. Las enfermedades sistémicas, las que afectan al cuerpo entero, podrían ponerse de manifiesto debido a lesiones en la boca u otros problemas bucales.

En Guatemala, específicamente en el área rural, las personas no ven la importancia de ir al odontólogo, a pesar de la prevención de enfermedad que los exámenes dentales periódicos y buena higiene bucal pueden ofrecer. La población

no lo tiene como una prioridad en sus vidas. Muchas personas creen que solo tienen que ver a un dentista si están adoloridos o si algo está mal, pero las visitas regulares al odontólogo pueden contribuir a una vida con buena salud oral. En el caso de Guatemala, la mayoría de padres de familia tienen la creencia de que los dientes en los niños no son importantes, porque estos se caen y salen lo nuevos. Esta es una de las causas principales de la pérdida prematura de piezas dentales en niños menores de cinco años. Se puede practicar una buena higiene bucal si se cepillan los dientes siempre dos veces al día con una pasta dental fluorada, se limpia entre los dientes una vez al día con seda dental u otro limpiador interdental, se sustituye el cepillo dental cada tres o cuatro meses, y se llevan una dieta equilibrada. El dentista también podrá recomendar un enjuague bucal como parte de su higiene bucal habitual. Visitar al odontólogo por lo menos una vez al año y cuando se detecten alteraciones susceptibles de tratamientos.

Con estas sencillas actividades diarias, será más fácil mantener el estado correcto de la dentición y de la cavidad oral, lo cual repercutirá positivamente en la salud de la persona, tanto en sus vertientes física como psicológica y social.

Cepillado dental

El cepillado dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales (la gingivitis y la conocida piorrea).

Características de los cepillos de dientes

Las cerdas de los cepillos dentales pueden ser naturales (pelos de cerdo o de jabalí) o sintéticas (nailon). En la actualidad la recomendación es utilizar cepillos de cerdas sintéticas y con un grado de dureza medio o blando.

Actualmente hay una gran diversidad de cepillos y se debe utilizar siempre el que más se adapte a nuestras necesidades:

- Cepillo convencional: con 3 o 4 tiras de cerdas.
- Cepillo periodontal: también llamado sulcular o crevicular, tiene dos tiras de cerdas. Se utiliza en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. También es recomendable en niños con ortodoncia fija.
- Cepillo eléctrico: tiene 3 tipos de movimiento horizontal, alternado, vertical arqueado o vibratorio. Puede ser especialmente útil en personas disminuidas físicas o mentales, debido a la simplicidad de la operación por el paciente o por quien le ayude.
- Cepillo interproximal: es un penacho para los espacios interdentes.

El tiempo de vida promedio de un cepillo dental es de tres meses. Sin embargo esto es muy variable, de manera que se debe cambiar el cepillo cuando las cerdas empiezan a doblarse hacia los lados, ya que esto podría dañar las encías, además de que cuando ocurre esto el cepillo pierde su función de limpieza.

Técnicas de cepillado

Existen muchas técnicas, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas.

Aunque está claro que existen casos en que, debido a determinadas patologías o factores como la falta de cooperación o falta de destreza manual, se recomienda una técnica determinada. Es importante en todas las técnicas seguir un orden que deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria. Para enseñar a las personas a cepillarse los dientes hay que enseñarles una rutina: en primer lugar cepillar la mitad superior derecha por la parte externa, seguida de la mitad superior izquierda también por la parte externa, mitad inferior izquierda y mitad inferior derecha también por la parte externa. Seguir el mismo orden por la parte interna. A continuación, las caras masticatorias u oclusales de los dientes y por último cepillaremos la lengua. En total la técnica de cepillado correcto debe durar entre 2 y 3 minutos.

Cabe destacar las distintas técnicas existentes aunque no todas ellas son utilizadas:

Técnica de fregado u horizontal. Es una técnica sencilla y la más recomendada en niños. Consiste simplemente en "fregar" los dientes con movimientos horizontales.

Técnica circular o de Fones. Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.

Técnica vertical. Con los dientes contactando, se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

Técnica del rojo al blanco. Se cepilla desde las encías hacia el diente. Las cerdas del cepillo se sitúan en la encía y se realizan movimientos de arriba hacia abajo en la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior.

Técnica de Bass. Es la más efectiva. Se sitúa el cepillo con una inclinación de 45° con respecto a la encía. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Así se consigue remover la placa bacteriana, por lo cual cada vez tenemos que lavar bien el cepillo porque las cerdas se cargan de placa bacteriana. Es una técnica muy recomendada en adultos. Se deben ir cepillando de dos o tres piezas, siguiendo la secuencia explicada anteriormente. En la cara masticatoria de los dientes, hacer movimientos circulares rápidos para eliminar todos los restos de alimentos.

Frecuencia de cepillado

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una

vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. En los niños, hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición.

En pacientes portadores de prótesis parcial o total removible, se deben extraer las mismas de la boca y realizar el cepillado tanto de la mucosa, como de los dientes remanentes y también cepillar las prótesis con agua y jabón.

En pacientes discapacitados, se pueden confeccionar mangos especiales para facilitar el cepillado, como por ejemplo fijar el cepillo a la mano con una banda elástica; doblar el mango del cepillo; alargar el mango con un trozo de madera o plástico y agrandarlo con la empuñadura de un mango de bicicleta o usar un cepillo eléctrico. Aunque la mayoría de las veces es recomendable llevar a estos pacientes a clínicas dentales donde exista personal especializado en pacientes disminuidos, donde se les realiza técnicas de higiene oral que son necesarias en este tipo de pacientes.

Estas han sido unas nociones básicas sobre técnicas de cepillado. En conclusión, una buena higiene bucal para una buena salud oral. No solo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta de dientes, sino una buena técnica, ya que muchas veces es mejor el cepillado incluso sin pasta, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales. Por ello hay que instruir a los niños desde pequeños a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de irse a dormir, y crearles un hábito de higiene bucal diario.

Flúor

El flúor (F) es el primer elemento de la familia de los halógenos y el elemento químico más reactivo. El término "fluoruro" hace referencia a los compuestos que contienen el ión flúor (F⁻) como sal del ácido fluorhídrico; y el término "fluoruros", a los compuestos que contienen fluoruro, ya sean orgánicos o inorgánicos.

El flúor no se puede encontrar como tal en la naturaleza. Sin embargo, los fluoruros están en todas partes: en el suelo, el aire, el agua, así como en las plantas y los animales.

Los fluoruros son compuestos orgánicos e inorgánicos que contienen el elemento flúor. Generalmente incoloros, los diferentes compuestos de flúor son más o menos solubles en agua y pueden ser sólidos, líquidos o gases.

Los fluoruros se liberan en el medio ambiente de manera natural a través de la meteorización y disolución de minerales, las emisiones de volcanes y los aerosoles marinos. También se liberan a través de la combustión del carbón y las aguas industriales y los desechos de diversos procesos industriales, en particular la fabricación de acero, la producción primaria de aluminio, de cobre y de níquel, la elaboración de minerales de fosfato, la producción y uso de fertilizantes fosfatados, la fabricación de vidrio, ladrillos y cerámica y la producción de cola y adhesivos. La utilización de plaguicidas que contienen fluoruros, así como la fluoración del abastecimiento de agua potable contribuye a la emisión de fluoruros a partir de actividades humanas. Según los datos disponibles, la obtención y uso de minerales de fluoruro, así como la fabricación de aluminio, son las principales fuentes industriales de emisiones de fluoruros en el medioambiente.

Los usos más comunes son la producción de aluminio, la fluoración del agua y la fabricación de productos fluorados para los dientes.

Se ha determinado un nivel "óptimo" de fluoruros en el agua de bebida, tomando como objetivo un nivel máximo de prevención de caries y un nivel mínimo de fluorosis dental.

Históricamente, las poblaciones que han disfrutado de agua de bebida fluorada han tenido menos caries. Hoy en día, existen más productos fluorados cuyo uso se ha extendido y que por lo tanto ayudan a proteger a un espectro de población más amplio.

Existe una gran variedad de productos fluorados: agua de bebida, pasta de dientes, soluciones bucales, geles o esmaltes dentales, sal, leche y otros suplementos.

Actualmente está demostrado que la ingestión de cierta cantidad de flúor, especialmente cuando tiene un carácter continuo desde la primera infancia, confiere una protección considerable tanto a los dientes de leche como a los definitivos contra la caries dental, sin ejercer la menor influencia nociva sobre el aspecto de los dientes ni sobre el periodonto.

El mejor procedimiento para asegurar un consumo adecuado de flúor es la fluoración del agua potable, medida de protección colectiva, de la que se benefician todos los usuarios que utilizan agua de una red central de abastecimiento para beber o cocinar.

La experiencia adquirida hasta la fecha indica que el agua potable fluorada es el mejor vehículo de que se dispone para la fluoración, ya que ningún otro asegura una ingestión de fluoruro óptima y permanente.

Los métodos de aplicación local de fluoruro también parecen prometedores en cuanto a su eficacia para prevenir la caries dental, por eso es importante realizar las visitas periódicas al dentista quien podrá prevenir las caries dentales haciendo dichas aplicaciones de flúor en la clínica dental.

Y en caso de detectar en forma precoz la aparición de la caries, poder eliminarla con la menor destrucción posible de la estructura dental.

Enjuague bucal

El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia.

MÉTODO GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANO

Introducción

Existen estructuras sociales, donde es evidente la desigualdad en lo económico, en lo cultural y en lo social al hablar en general de un tipo de familia, por lo que se hace necesario precisar grupos de familias distintas según el estrato al que pertenecen, y estudiar, en relación a cada estrato, cómo sus características respectivas influyen no sólo en su conducta social sino en su crecimiento y desarrollo biológico.

Antecedentes

Los primeros estudios que procuran relacionar la estructura económica del país con la estratificación social, se publican a partir de que la mayoría de autores estaban vinculados a la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela, entre los cuales se encontraba el doctor Hernán Méndez Castellano. Con motivo del cuatricentenario de la ciudad de Caracas, se acuerda una investigación multidisciplinaria e interdisciplinaria de la ciudad, que debía comprender estudios sobre su población, historia, ecología, familia, vida religiosa y cultural. Los resultados de esta investigación comienzan a publicarse

desde 1967 con el nombre de Caracas. El volumen IV de este trabajo se denomina *Estratificación social y familia*, en donde se presentan los resultados siguientes:

- a) Estructura socio-ocupacional de la ciudad de Caracas. Clases sociales y desarrollo de la sociedad venezolana.

- b) Dinámica de los grupos familiares en una sociedad subdesarrollada.

El segundo de los trabajos señalados parte del hecho de que la familia caraqueña presenta características propias que han marcado los diferentes estadios de la estructura económica y social del país. Al mismo tiempo, se considera que “las diferentes etapas de las estructuras socioeconómicas deberán corresponder a los distintos tipos de familia que se caracterizan por rasgos peculiares y organización familiar, relaciones de parentesco, actividades económicas, destacándose la importancia que tiene la estructura, determinación tipológica y caracterización de la estructura familiar”. Los autores fundamentan, esencialmente, la estratificación de la ciudad de Caracas en los niveles de ingreso, y observan la correspondencia existente entre el ingreso y el tipo de vivienda.

Nace el Método Graffar Méndez-Castellano

En el “Seminario sobre Problemas Sociales del País” dictado en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Venezuela desde 1959, el doctor Hernán Méndez Castellano decide aplicar el método de estratificación social del profesor belga Marcel Graffar, el cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDESA con algunas modificaciones introducidas por el doctor Méndez para considerar que permite más que otros métodos una aproximación más precisa a la interrelación entre biología y sociedad.

La aplicación del Método del profesor Marcel Graffar en Venezuela por Méndez Castellano, trajo consigo algunas modificaciones para el estudio de la realidad social:

1. Se sustituyó la denominación de clase social por el término estrato social, ya que para efectos del análisis de la población se confronta una complejidad que va mas allá de las tres clases sociales a las que hace referencia este término. El concepto permite contemplar mejor esta complejidad.
2. Las posibilidades de aplicación del método en Venezuela plantearon al doctor Méndez Castellano la necesidad de emplear el Nivel de Instrucción de la Madre en lugar del Nivel de Instrucción de los Padres, en atención a la realidad venezolana en la cual la madre con frecuencia es la única responsable de la conducción del hogar.
3. Otro cambio de importancia en el Método Graffar lo constituye, atendiendo a la realidad educativa y tecnológica venezolana, los obreros calificados del ítem 3 al 4.

En una prueba preliminar realizada en la población de Caucagua, los resultados de la estratificación social alcanzaron un nivel inferior comparado con el obtenido por Graffar en la aplicación de su método. En consecuencia se produce la aplicación del Método Graffar Méndez-Castellano en el estudio piloto del Proyecto Venezuela (Conocido hoy como Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la República de Venezuela) en el estado Carabobo. Se aplicó a una muestra de 3,760 familias. Esta experiencia permitió modificaciones en cuanto al puntaje y el desarrollo de una metodología para su aplicación. Es así como nace el Método Social Graffar-Méndez Castellano que utiliza los siguientes criterios o variables:

- 1.- Profesión del jefe de familia.
- 2.- Nivel de instrucción de la madre.
- 3.- Fuente de ingreso (o modalidad de ingreso).
- 4.- Condiciones de alojamiento.

Cada variable se define en cinco categorías, las cuales toman un valor numérico definido a continuación:

Clase I: familias cuya suma de puntos va de 4 a 6.

Clase II: familias cuya suma de puntos va de 7 a 9

Clase III: familias cuya suma de puntos va de 10 a 12

Clase IV: familias cuya suma de puntos va de 13 a 16

Clase V: familias cuya suma de puntos va de 17 a 20

Cada variable se define en cinco categorías, las cuales toman un valor numérico.

I. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE DE FAMILIA:

PUNTAJES:	ITEMS
1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA: ingeniero, agrónomo, médico, auditor, administrador de empresas, abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria
2	Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado) bachiller, maestro, perito contador, secretaria, mediano comerciante o productor como: taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajador con primaria completa, albañil, herrero, personal de seguridad, agricultor, mensajero, mecánico, electricista, fontanero, fotógrafo, carpintero, otros. Obrero especializado y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADOR CON PRIMARIA COMPLETA.
5	Trabajador sin primaria completa, albañil, herrero, otros.

II. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:

1	Educación universitaria
2	Nivel Diversificado, secretaria, maestra, bachiller, perita contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

III. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA:

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

IV. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estrato	Total de puntaje
I	4-6
II	7-9
III	10-12
IV	13-16
V	17-20

ENCUESTA DE CREENCIAS Y APTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL.

No.	Creencias	1	2	3	4
1	Creo que son los niños los que avisan cuando necesitan ayuda en el cuidado de su salud bucal.				
2	Si cepillo los dientes y uso la seda dental correctamente, espero menos problemas dentales.				
3	Creo que sé cómo se pueden tratar las diferentes enfermedades de la mucosa (mejillas, labios, lengua, piso de boca, cielo de boca).				
4	Creo que los productos fluorados son más apropiados para los niños.				
5	Creo que los dientes deben de durar toda la vida.				
6	Solo los dentistas pueden prevenir las caries y las enfermedades de las encías.				
7	Creo que las caries pueden prevenirse.				
8	Si me hubieran dado entrenamiento en el cuidado de la salud bucal, sería capaz de realizar un mejor cuidado de la salud bucal.				

9	Si ambos padres tuvieron mala dentadura, el cepillo y el uso de seda dental no ayudará.				
10	Creo que las prótesis dentales no tienen que ser removidas durante la noche, a menos que la persona lo quiera.				
11	Creo que sé cómo usar la seda dental correctamente.				
12	No se puede evitar que las enfermedades y los medicamentos destruyan los dientes.				
13	Creo que usar seda dental puede ayudar a prevenir las enfermedades de las encías.				
14	Una vez que la enfermedad de las encías se ha iniciado, es casi imposible detenerla.				
15	Creo que sé cómo evitar la caries dental.				
16	Si las encías sangran cuando usa la seda dental, por lo general significa que debe dejar de usarla.				
17	Creo que perder dientes es parte del envejecimiento normal.				
18	Incluso si realiza un buen cuidado de sus dientes, estos se van a caer en la medida que se envejece.				
19	Creo que los niños desean que se les ofrezca ayuda para el cuidado bucal.				
20	Creo que visitar al dentista es solo necesario cuando se siente dolor.				
21	Si conociera las manifestaciones de las enfermedades dentales, sería capaz de realizar un mejor cuidado bucal.				
22	Creo que el cuidado de la prótesis dental es menos				

	problemático que cuidar los dientes naturales.				
23	Creo que puedo eliminar en forma satisfactoria la mayoría de la placa bacteriana para ayudar a prevenir las caries y las enfermedades de las encías.				
24	Creo que el método de cepillado es tan efectivo como cualquier otro.				
25	Creo que las enfermedades de las encías pueden prevenirse.				
26	Si las encías sangran cuando se cepillan los dientes, por lo general significa que deben dejar de cepillarlos.				
27	Creo que las personas comen mejor si tienen una boca sana y limpia.				
28	Creo que el cepillado de los dientes pueden prevenir las caries.				

Cada numeral equivale a:

1 = Sí

2 = tal vez

3 = No

4 = No sé

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Distribución de niños por edad

Tabla No. 8

Distribución de los niños encuestados por edad, de la investigación.

En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013

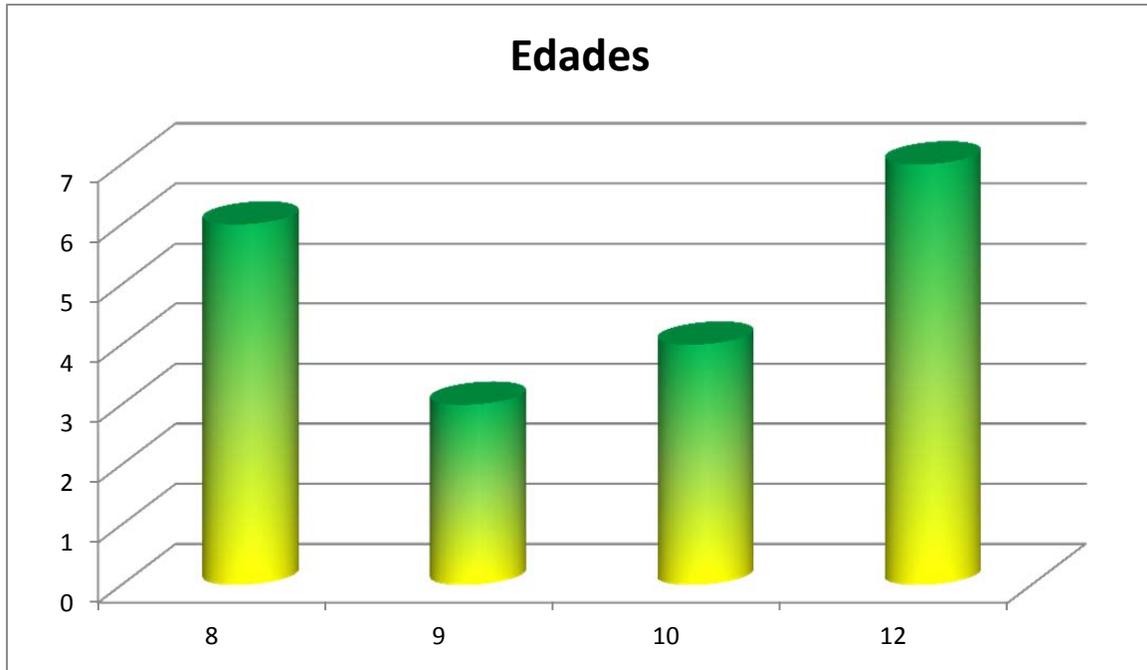
Edad	Niños
8	6
9	3
10	4
12	7

Fuente: datos obtenidos de investigación única de creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia. Club de Leones Marquenses, junio – octubre, 2013.

Gráfica No. 8

Distribución de los niños encuestados por edad, de la investigación.

En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013



Fuente: datos obtenidos de investigación única de creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia. Club de Leones Marquenses, junio – octubre, 2013.

Interpretación de Gráficas No. 8

La muestra de la población de la Escuela Oficial Rural Mixta “Caserío Navidad” suma 20 niños en total. Los escolares encuestados tienen un edad promedio de 8 a 12 años. En su mayoría, son de 8 y 12 años.

Distribución de niños por sexo

Tabla No. 9

Distribución de los niños encuestados por sexo, de la investigación.

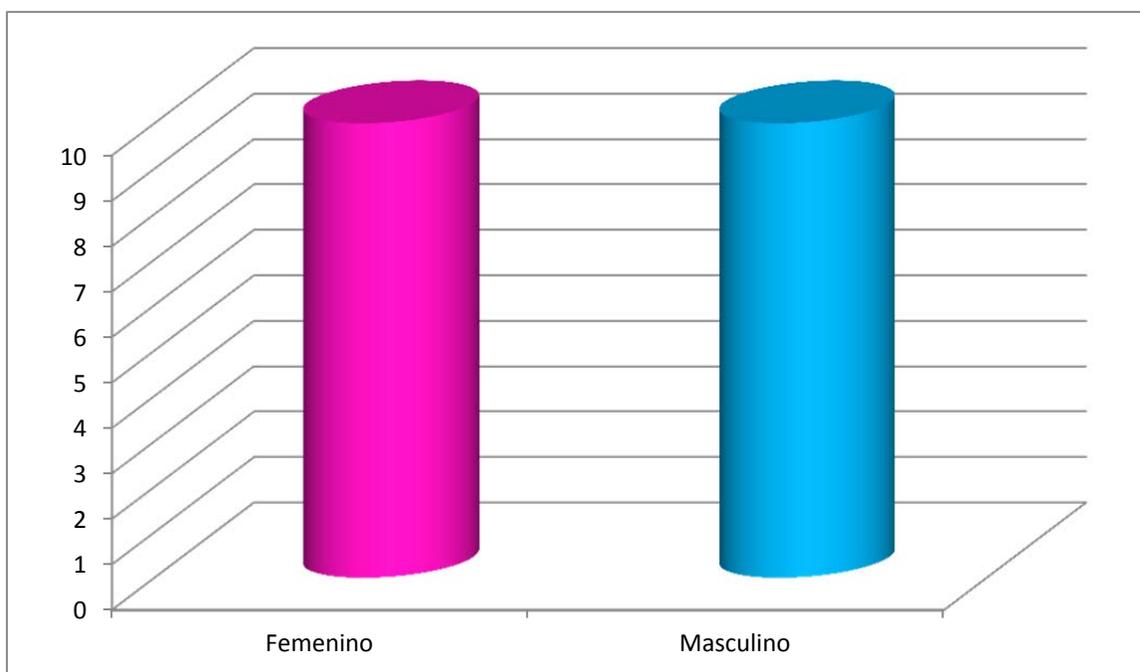
En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2014

Femenino	Masculino	Total
10	10	20

Gráfica No. 9

Distribución de los niños encuestados por sexo, de la investigación.

En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013



Fuente: datos obtenidos de investigación única de creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia. Club de Leones Marquenses, junio – octubre, 2013.

Interpretación de Gráficas No. 9

.No hay diferencia estadísticamente significativa entre los géneros de los escolares, ya que las mujeres conforman el 50%, y los hombres el otro 50%.

Tabla No. 10

Distribución de los niños encuestados por grado, de la investigación.

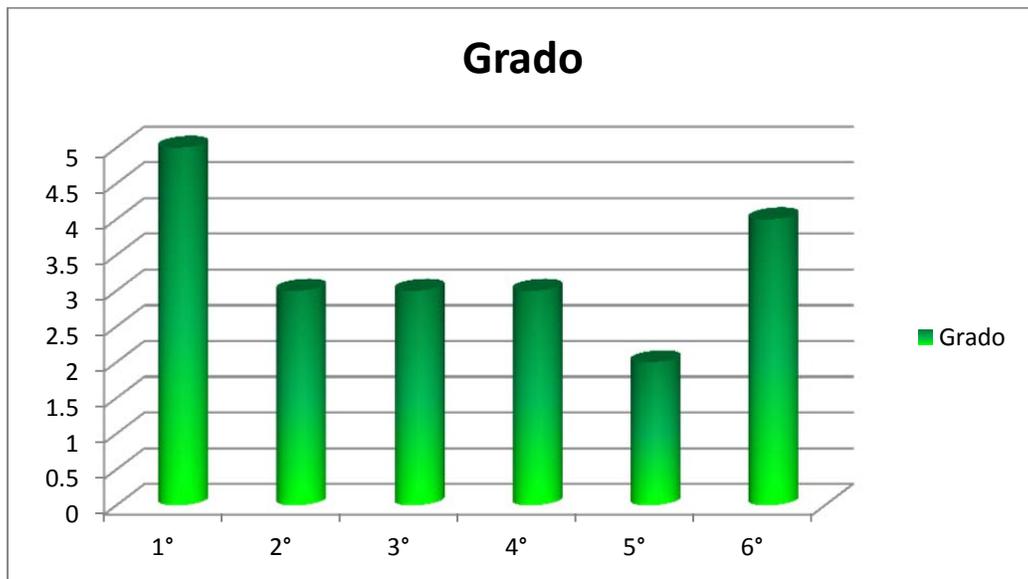
En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013

Grado	Niños
1º	5
2º.	3
3º.	3
4º.	3
5º.	2
6º.	4

Gráfica No. 10

Distribución de los niños encuestados por grado, de la investigación.

En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013



Fuente: datos obtenidos de investigación única de creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia. Club de Leones Marquenses, junio – octubre, 2013.

.Interpretación de Gráficas No. 10

Los niños encuestados cursan grados de 1º a 6º, con una moda en el primer grado.

Tabla No. 11

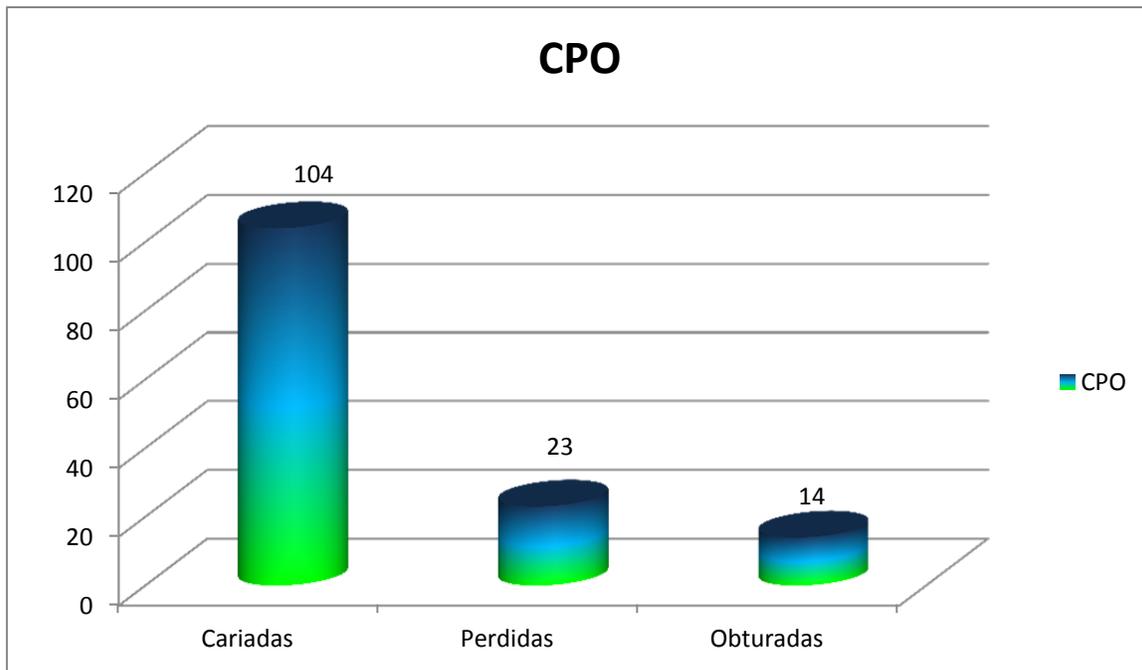
CPO de los niños encuestados, de la investigación
En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013

	Cariadas	Perdidas	Obturadas
Total	104	23	14

Fuente: datos obtenidos de investigación única de creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia. Club de Leones Marquenses, junio – octubre, 2013.

Gráfica No. 11

CPO de los niños encuestados, de la investigación
en el Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013



Fuente: datos obtenidos de investigación única de creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia. Club de Leones Marquenses, junio – octubre, 2013.

Interpretación de Gráfica No. 11

Los escolares encuestados tienen un CPO promedio de 7, con una moda de 4. La mayoría son cariadas permanentes, lo que conforman el 78.87%, las piezas perdidas conforman el 17.31%, y por último las piezas obturadas que conforman el 10.58%.

Distribución de niños por estrato

Tabla No.12

Estrato Socioeconómico de los niños encuestados de la investigación.

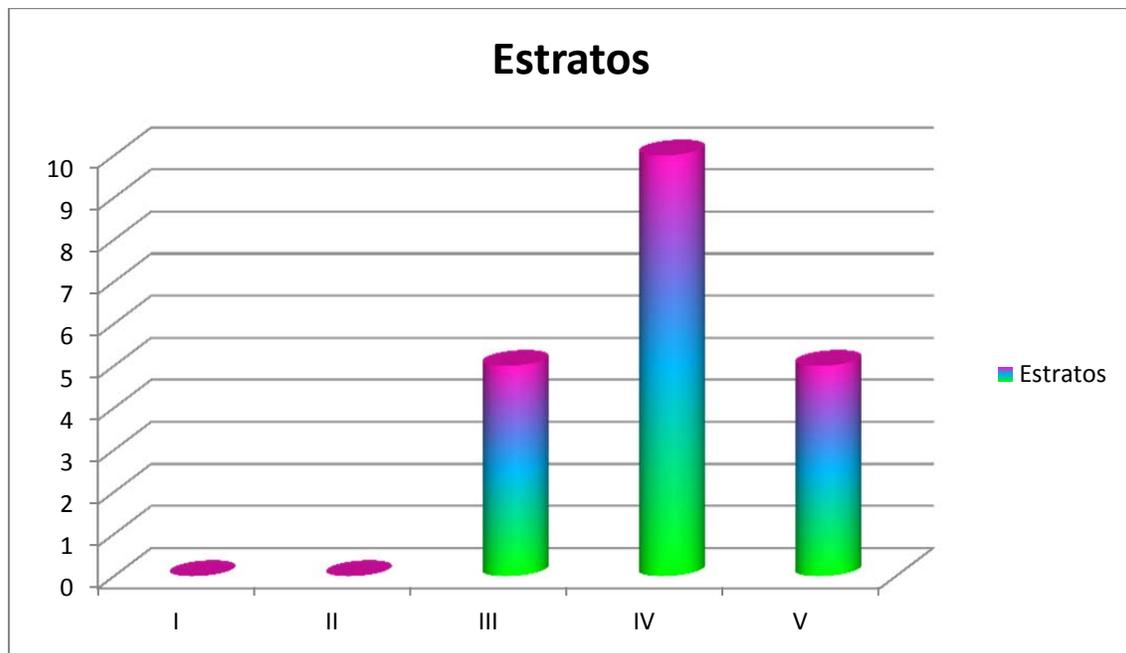
En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013

Estrato	I	II	III	IV	V	Total
Niños	0	0	5	10	5	20

Gráfica No. 12

. Estrato Socioeconómico de los niños encuestados de la investigación.

En Club de Leones, San Marcos. Junio – octubre, 2013



Fuente: datos obtenidos de investigación única de creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia. Club de Leones Marquenses, junio – octubre, 2013.

Interpretación de Gráfica No. 12

Los resultados que se obtuvieron para las diez familias, con la ficha socioeconómica, fueron de cinco familias que representan un 25% de población en el estrato III, que significa población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.

Diez familias equivalentes al 50% del total en el estrato IV, que pertenecen a población en pobreza relativa, porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores, vulnerables a cambios económicos, privados de beneficios culturales.

Cinco familias equivalentes a 25% se ubican en el estrato V, que es una población en pobreza crítica, personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas. Resaltan que la mayoría de las familias se encuentran en el estrato IV. Son estas las que presentan condiciones de vida menos favorables. Ninguna familia se ubica en el estrato I, y II, que corresponde a un nivel socioeconómico óptimo.

Tabla No. 13

Creencias en salud bucal, de padres de familia de los escolares de la EORM
 “Caserío Navidad” respuestas y porcentajes.
 Club de Leones, San Marcos, San Marcos.

	Sí	%	Tal vez	%	No	%	No sé	%
P1	13	65	1	5	6	30	0	0
P2	19	95	1	5	0	0	0	0
P3	8	40	3	15	9	45	0	0
P4	13	65	1	5	2	10	3	15
P5	6	30	2	10	11	55	1	5
P6	13	65	0	0	7	35	0	0
P7	16	80	1	5	1	5	2	10
P8	19	95	0	0	1	5	0	0
P9	4	20	0	0	15	75	1	5
P10	13	65	0	0	2	10	5	25
P11	7	35	1	5	11	55	1	5
P12	15	75	1	5	2	10	2	10
P13	11	55	1	5	2	10	6	30
P14	9	45	4	20	4	20	3	15
P15	14	70	1	5	4	20	1	5
P16	6	30	1	5	5	25	8	40
P17	13	65	1	5	4	20	2	10
P18	14	70	0	0	6	30	0	0
P19	14	70	1	5	5	25	0	0
P20	5	25	0	0	15	75	0	0
P21	17	85	0	0	2	10	1	5
P22	4	20	1	5	14	70	1	5
P23	16	80	1	5	3	15	0	0

P24	9	45	1	5	9	45	1	5
P25	16	80	0	0	2	10	2	10
P26	4	20	1	5	15	75	0	0
P27	18	90	0	0	2	10	0	0
P28	15	75	0	0	5	25	0	0

Interpretación de la Tabla No. 13

La tabla muestra las respuestas obtenidas de padres de familia a quienes se les realizó la “Encuesta de creencias y aptitudes sobre salud bucal”. Además de mostrar en porcentajes la respuesta más frecuente entre los encuestados, y denominado, está como la creencia más común en la población encuestada.

Siendo para P1 el 65% de la población que desconoce la responsabilidad “como padre” de cuidar la salud de sus hijos. P2, el 95% cree que la buena higiene mejorará la salud. P3, el 65% desconoce cómo cuidar las lesiones bucales. P4, el 65% cree en el flúor como ayudante para la buena salud. P5, el 55% ve con normalidad perder piezas dentales durante la vida. P6, el 65% desconoce cómo cuidar correctamente la dentadura. P7, el 80% cree en la prevención de la caries. P8, el 95% cree que sí pueden mejorar su salud con buen conocimiento acerca de la higiene dental. P9, el 75% cree que la mala dentadura es hereditaria. P10, el 65% cree en dejar las prótesis puestas todo el tiempo. P11, el 55% desconoce el uso correcto de la seda dental. P12, el 75% cree que los medicamentos arruinan los dientes. P13, el 55% cree que la seda ayuda a una buena salud bucal. P14, el 45% desconoce los tratamientos. P15, el 70% cree tener el conocimiento para prevenir la caries. P16, el 45% no sabe la utilidad de la seda dental. P17, el 65% cree que perder los dientes es normal. P18, el 70% desconoce que el buen cuidado de dientes evita la pérdida. P19, el 70% cree que la responsabilidad de la higiene es de los niños (los niños deben solicitar ayuda). P20, el 75% cree en visitar al dentista regularmente. P2, el 85% cree en la prevención bucal. P22, el

70% cree que hay que cuidar las prótesis. P23, el 80% sabe que puede prevenir las enfermedades bucales. P24, el 50% cree que cualquier método es efectivo para limpieza dental. P25, el 80% cree en la prevención bucal. P26, el 75% reconoce la utilidad del cepillo. P27, el 90% cree comer mejor con una boca sana. P28, el 75% cree que del cepillo previene la caries.

Estos resultados, con el 53.57% de sus creencias, indican que aun con un 50% de población en estrato IV, es evidente que reconocen que la prevención es importante para la salud bucal. Sin embargo también por las creencias socioculturales que poseen, creen que la pérdida de piezas dentales durante la vida es normal.

IV. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES Y GRUPOS DE ALTO RIESGO

RESUMEN

El Programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala tiene como objetivo primordial brindar atención odontológica integral y gratuita a la población escolar de nivel primario y grupos de alto riesgo de la comunidad en que dicho programa se desarrolla. Se lleva a cabo con el fin de lograr una adecuada salud oral y general de todos los individuos beneficiados, mejorando de este modo, la calidad de vida de ellos.

En este programa, se brinda atención odontológica integral y gratuita a los niños y niñas en edad escolar. Los tratamientos realizados dentro de dicho programa son: restauraciones de amalgama, restauraciones de resina compuesta, exámenes clínicos, extracciones, coronas de acero, sellantes de fosas y fisuras, profilaxis y aplicaciones tópicas de flúor.

Las escuelas seleccionadas para realizar este subprograma fueron:

Centro de Atención Integral "CAI"; Escuela Oficial de Párvulos No.3 " Santo Domingo; Escuela Oficial Urbana de niñas No.2 "Isabel Barrios y Barrios"; Escuela Oficial Urbana de varones No.1 "J. Antonio De León Bonilla"; Escuela Oficial Urbana Mixta "Estado de Israel" Jornada Matutina; Escuela Oficial Urbana de Niñas tipo Federación "Dr. Ulises Rojas Benfell"; Escuela Oficial Urbana Mixta "Naciones Unidas"; Escuela Oficial Rural Mixta "Caserío Navidad"; Escuela Oficial Rural Mixta "Julia Rebeca de Cansinos" jornada matutina, Las Lagunas.

Se brindó tratamiento dental en forma integral a 93 escolares, comprendidos entre 10 y 15 años de edad, de tercero a sexto grado de primaria, en un período de cinco meses. Se realizaron 215 exámenes clínicos, 93 profilaxis bucales, 86 aplicaciones tópicas de flúor, 530 sellantes de fosas y fisuras, 120 restauraciones de amalgama, 87 restauraciones de resina compuesta, 39 pulpotomías, 7 TCR y 13 coronas de acero y 71 extracciones.

Los grupos de alto riesgo comprendieron mujeres embarazadas, adultos mayores y adolescentes. En ellos, se realizaron 72 exámenes clínicos, 26 profilaxis bucales, 24 aplicaciones tópicas de flúor, 66 sellantes de fosas y fisuras, 33 amalgamas, 45 restauraciones de resina, 19 pulpotomias, 17 TCR, 5 coronas de acero, 2 emergencias y 41 extracciones.

Tabla No. 14

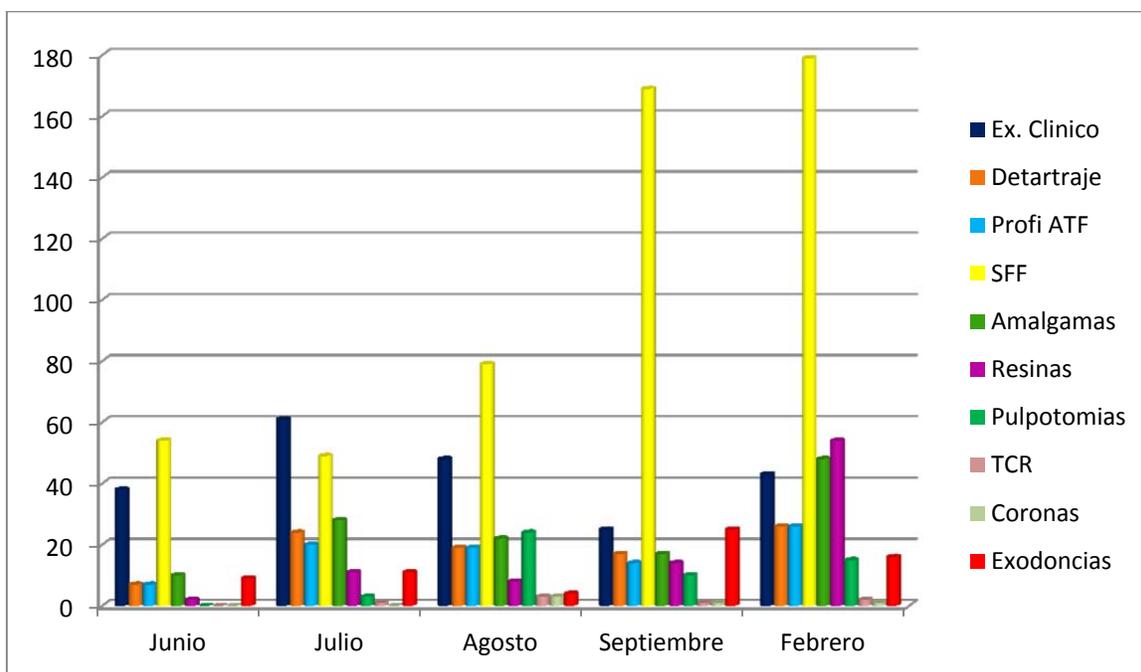
Tratamientos realizados por mes en pacientes integrales en la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014

Tratamientos	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Febrero	Total	%
Exámenes Clínicos	38	61	48	25	43	215	16.94
Detartraje	7	24	19	17	26	93	7.32
Profilaxis y ATF	7	20	19	14	26	86	6.77
SFF	54	49	79	169	179	530	41.76
Amalgamas	10	28	22	17	48	125	9.85
Resinas	2	11	8	14	54	89	7.01
Pulpotomías	0	3	24	10	15	52	4.09
TCR	0	1	3	1	2	7	0.55
Corona	0	0	3	3	1	7	0.55
extracciones	9	11	4	25	16	65	5.12
TOTAL	127	208	229	295	410	1269	100
%	10	16.39	18.04	23.24	32.30	100	

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en escolares la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Grafica No.13

Tratamientos realizados por mes en pacientes integrales en la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014



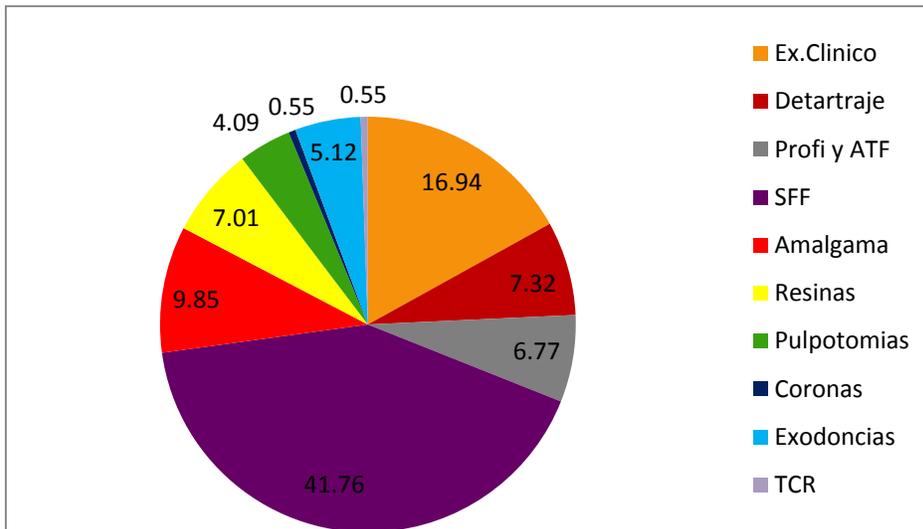
Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en escolares la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación de Tabla No. 14 y Gráfica No.13

El total de los principales tratamientos realizados en la atención integral a escolares, en la clínica dental del Club de Leones Marquenses, fue de 1,269 tratamientos. Se puede apreciar que el tratamiento que se realizó en mayor cantidad fue el sellante de fosas y fisuras.

Gráfica No.14

Porcentaje de tratamientos realizados en pacientes integrales en la clínica Dental del Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en escolares la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación de Tabla No. 14 y Gráfica No. 14

La mayoría de tratamientos realizados fueron sellantes de fosas y fisuras, que conforman el 41.76% del total de los tratamientos; luego, en orden de frecuencia, exámenes clínicos (16.94%), restauraciones de amalgama (9.85%), restauraciones de resina compuesta (7.01%), profilaxis y aplicación tópica de flúor (6.77%), extracciones (5.12%) y, por último, las pulpotomías (4.09%).

Tabla No. 15

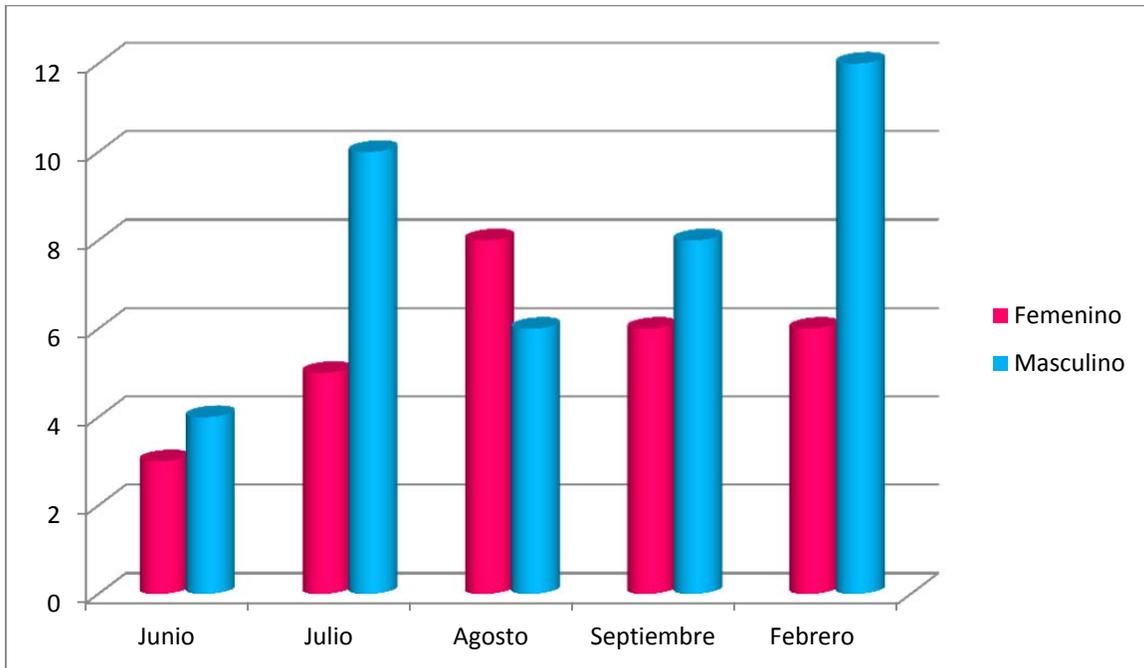
Distribución de los escolares según el sexo, en la Clínica Dental Del Club de Leones Marquenses San Marcos, de junio 2013 a febrero 2014

	Femenino	masculino
Mes		
Junio	3	4
Julio	5	10
Agosto	8	6
Septiembre	6	8
Febrero	6	12

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en escolares la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Gráfica No.15

Distribución de los escolares según el sexo por mes, en la Clínica Dental del Club de Leones Marquenses San Marcos, de junio 2013 a febrero 2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en escolares la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación tabla No.15 y Gráfica No.15

La gráfica No.16 indica la distribución por sexo del número de escolares integrales terminados cada mes. La mayoría de los escolares son de sexo masculino, con el 58.82%, y de sexo femenino, 41.18%. Se percibe que en casi todos los meses, la cantidad de niños de sexo masculino es mayor.

Tabla No. 16

Distribución de edades de los escolares atendidos en la Clínica Dental del Club de Leones Marquenses San Marcos, de junio 2013 a febrero 2014

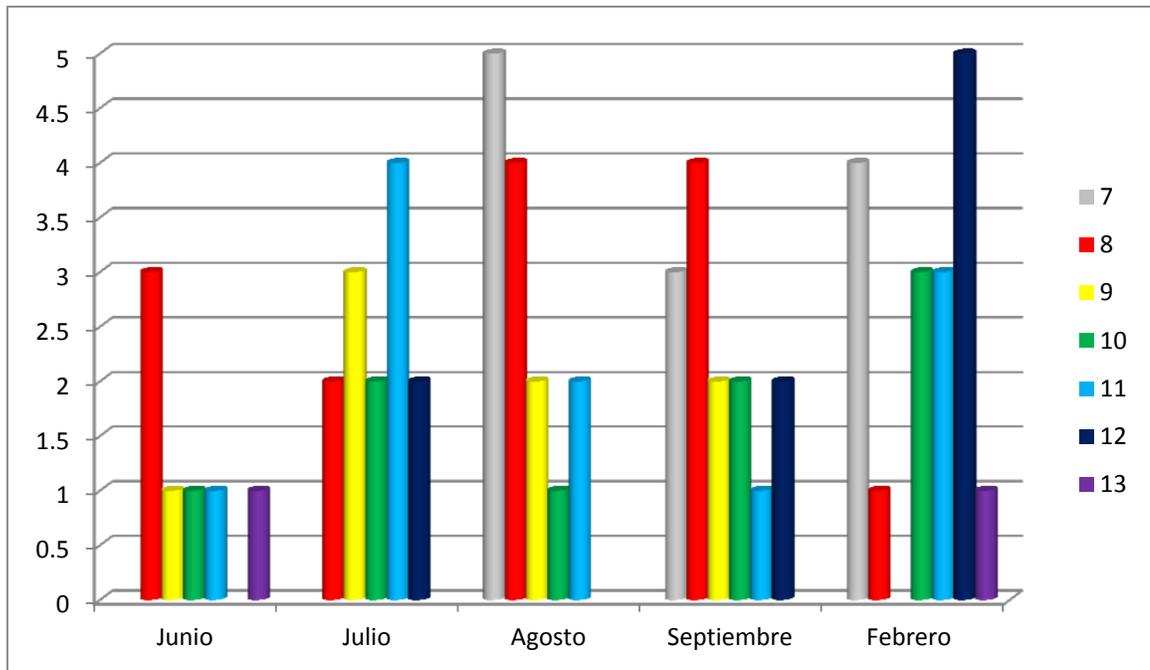
EDAD

Mes	7	8	9	10	11	12	13
Junio		3	1	1	1		1
Julio		2	3	2	4	2	
Agosto	5	4	2	1	2		
Septiembre	3	4	2	2	1	2	
Febrero	4	1		3	3	5	1

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en escolares la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Grafica No. 16

Distribución de edades de los escolares atendidos en la Clínica Dental del Club de Leones Marquenses San Marcos, de junio 2013 a febrero 2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en escolares la clínica de Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación de la Tabla No. 16 y Gráfica No.16

Los escolares que recibieron atención integral en la Clínica del Club de Leones Marquenses, en San Marcos de junio de 2013 a febrero de 2014 son pacientes comprendidos en las edades de 7, 8 y 11 años, mayormente que conforman el 57% del total.

Se aprecia un decrecimiento significativo en junio. Esto se debe a que se finalizó el tratamiento de únicamente 7 escolares; el resto de la gráfica presenta uniformidad relativa.

Tabla No. 17

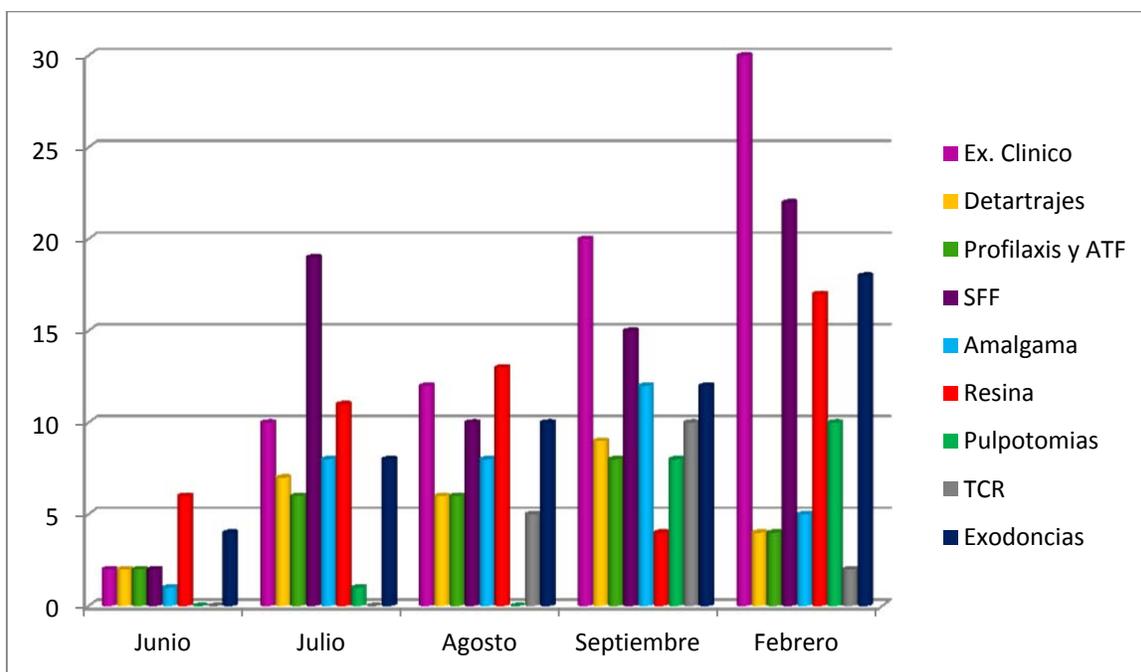
Tratamientos realizados por mes en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Clínica Dental del Club de Leones Marquenses San Marcos, junio de 2013 a febrero 2014

Tratamientos	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Febrero	Total	%
Exámenes Clínicos	2	10	12	20	30	74	20.55
Detartraje	2	7	6	9	4	28	7.77
Profilaxis y ATF	2	6	6	8	4	26	7.22
SFF	2	19	10	15	22	68	18.88
Amalgamas	1	8	8	12	5	34	9.44
Resinas	6	11	13	4	17	51	14.16
Pulpotomías	0	1	0	8	10	19	5.27
TCR	0	0	5	10	2	17	4.72
extracciones	2	6	5	12	18	43	11.94
TOTAL	17	68	65	98	112	360	100
%	4.72	18.88	18.05	27.22	31.11	100	

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Gráfica No.17

Cantidad de tratamientos realizados por mes en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Clínica Dental del Club de Leones Marquenses San Marcos, de junio 2013 a febrero 2014



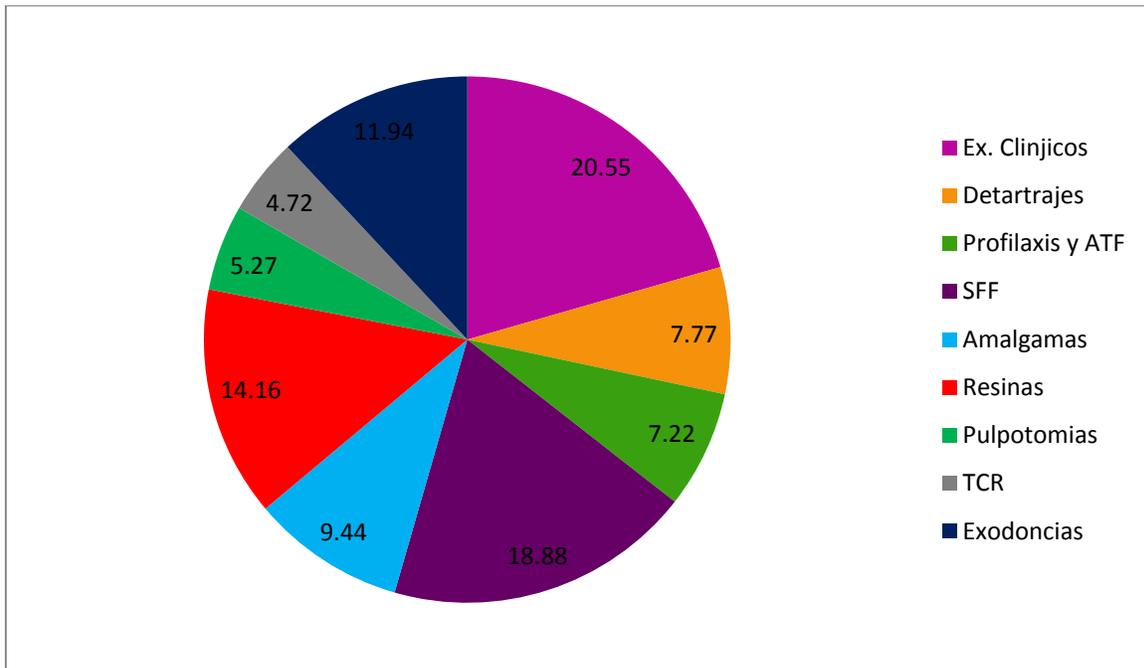
Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación de la Tabla No. 17 y Gráfica No. 17

El total de los principales tratamientos realizados en la atención a grupos de alto riesgo, en la clínica dental la Clínica del Club de Leones Marquenses, en San Marcos de junio de 2013 a febrero 2014, fueron 360 tratamientos. Se puede apreciar en febrero se realizó la mayor cantidad de tratamientos a grupos de alto riesgo.

Gráfica No.18

Porcentaje de tratamientos realizados en pacientes de alto riesgo en la clínica de Odontología Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos 2013 -2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación de la Tabla No. 17 y Gráficas No. 17 y 18

La mayoría de los tratamientos realizados en la atención a grupos de alto riesgo, en la clínica dental la Clínica del Club de Leones Marquenses, en San Marcos fueron sellantes de fosas y fisuras, que conforman el 18.88% del total de los tratamientos; luego, en orden de frecuencia, resinas compuestas (14.16%), extracciones (11.94%). y, por último, detartrajes (7.7%).

Tabla No.18

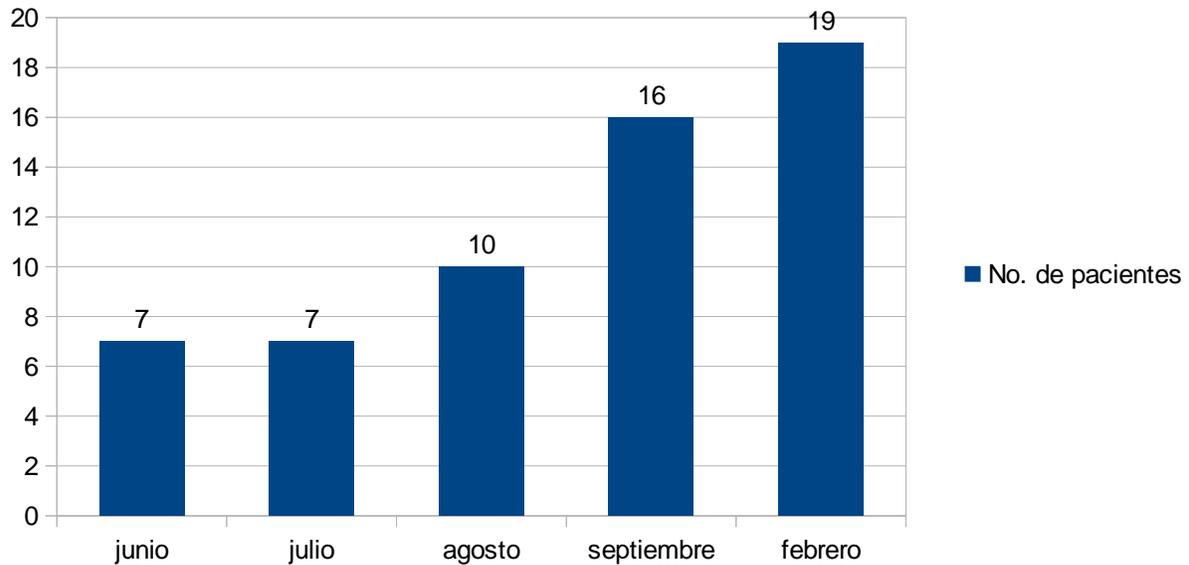
Distribución por mes de pacientes de alto riesgo atendidos en la clínica de Odontología Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos 2013 -2014

Tratamientos	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Febrero	Total	%
Preescolares	1	3	4	3	6	17	28.81
Adolescentes	6	1	3	10	7	27	45.76
Embarazadas	0	2	1	0	1	4	6.77
Adultos mayores	0	1	2	3	5	11	18.64
TOTAL	7	7	10	16	19	59	100
%	11.86	11.86	16.94	27.11	32.20	100	

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Gráfica No. 19

Distribución del número de pacientes de alto riesgo tratados por mes en la clínica de Odontología Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos 2013 -2014



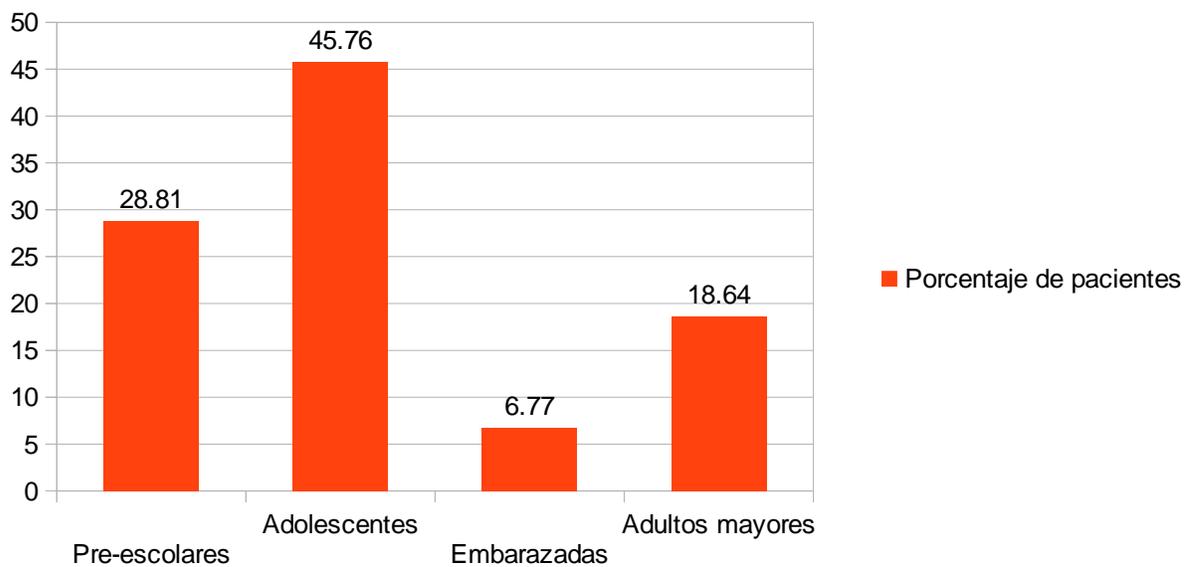
Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación de la Tabla No.18 y Gráfica No. 19

El total de pacientes de alto riesgo atendidos en la clínica del Club de Leones Marquenses fue de 59 entre los cuatro grupos de riesgo. Se puede apreciar que, al paso de los meses, se fue incrementando el número, desde junio 2013 a febrero de 2014. Su máxima fue en el último mes, en el cual se atendieron 19 pacientes.

Gráfica No.20

Porcentajes de pacientes de alto riesgo tratados en la clínica de Odontología Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos durante el EPS 2013 - 2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos, 2013 -2014.

Interpretación de la Tabla No.18 y Gráfica No. 19 y 20

Del total de pacientes atendidos en la clínica del Club de Leones Marquenses, se puede apreciar que la mayor cantidad fue de adolescentes, lo que representa el 45.76% del total.

ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

El EPS se practicó por tres meses en la Clínica de Odontología de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la Universidad San Carlos de Guatemala. Se realizó Clínica Integral, en este programa a diferencia del EPS de San Marcos, se brindó atención odontológica integral a estudiantes universitarios quienes deben cancelar Q40.00 por cada tratamiento que se les realice. Por esta razón la cantidad de pacientes atendidos en el transcurso de los tres meses es menor al realizado mensualmente en San Marcos. Los tratamientos realizados dentro de dicho programa fueron: detartrajes, profilaxis y aplicaciones tópicas de flúor, restauraciones de amalgama, restauraciones de resina compuesta, extracciones y sellantes de fosas y fisuras. Además se realizaron exámenes de ingreso; sin embargo no todos los pacientes ingresados regresaron por su tratamiento.

Tabla No.19

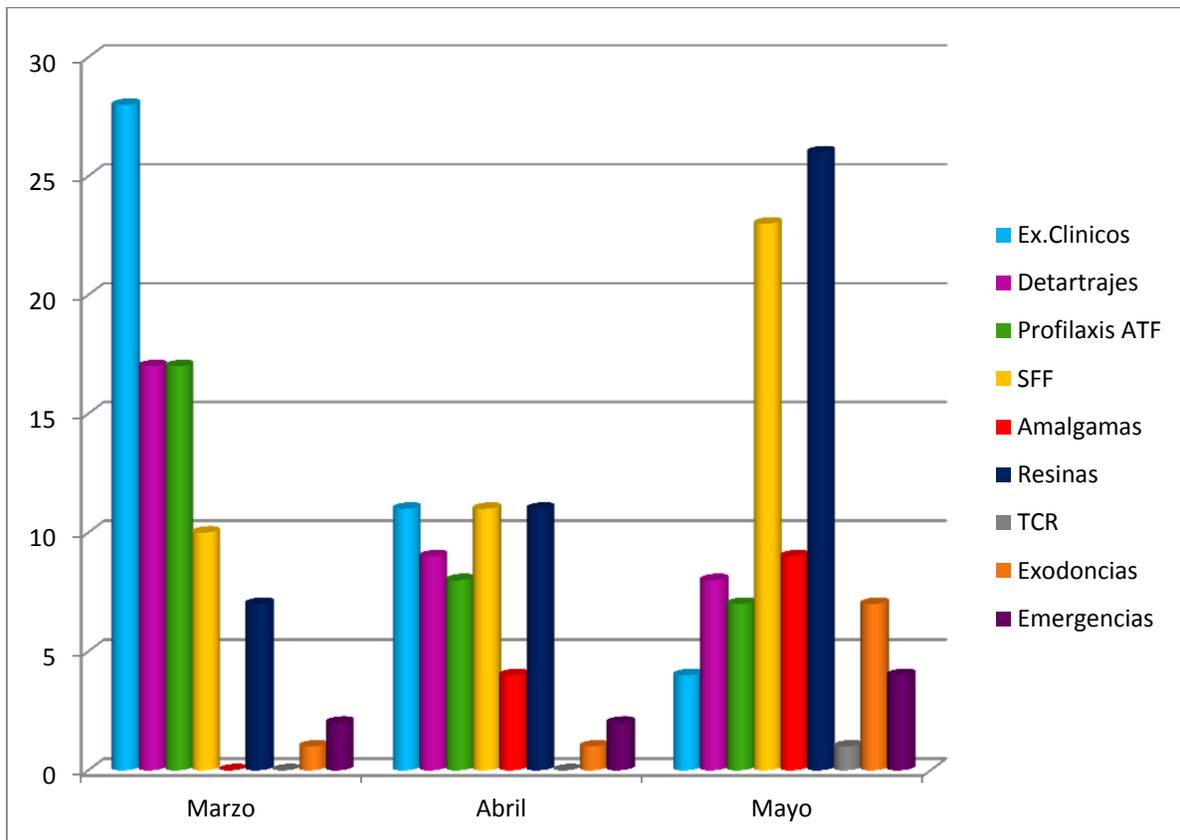
Tratamientos realizados por mes en pacientes universitarios en la clínica Dental de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de marzo a mayo de 2014

Tratamientos	Marzo	Abril	Mayo	Total	%
Exámenes Clínicos	28	11	4	43	18.38
Detartraje	17	9	8	34	14.53
Profilaxis y ATF	17	8	7	32	13.68
SFF	10	11	23	44	18.80
Amalgamas	0	4	9	13	5.56
Resinas	7	11	26	44	18.80
Emergencias	2	2	4	8	3.42
TCR	0	0	1	7	3
Extracciones	1	1	7	9	3.85
TOTAL	82	57	89	234	100
%	35.04	24.36	38.03	100	

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental de Bienestar Estudiantil de la USAC, marzo – mayo 2014.

Gráfica No. 21

Cantidad de tratamientos realizados por mes en pacientes universitarios en la clínica Dental de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de marzo a mayo de 2014



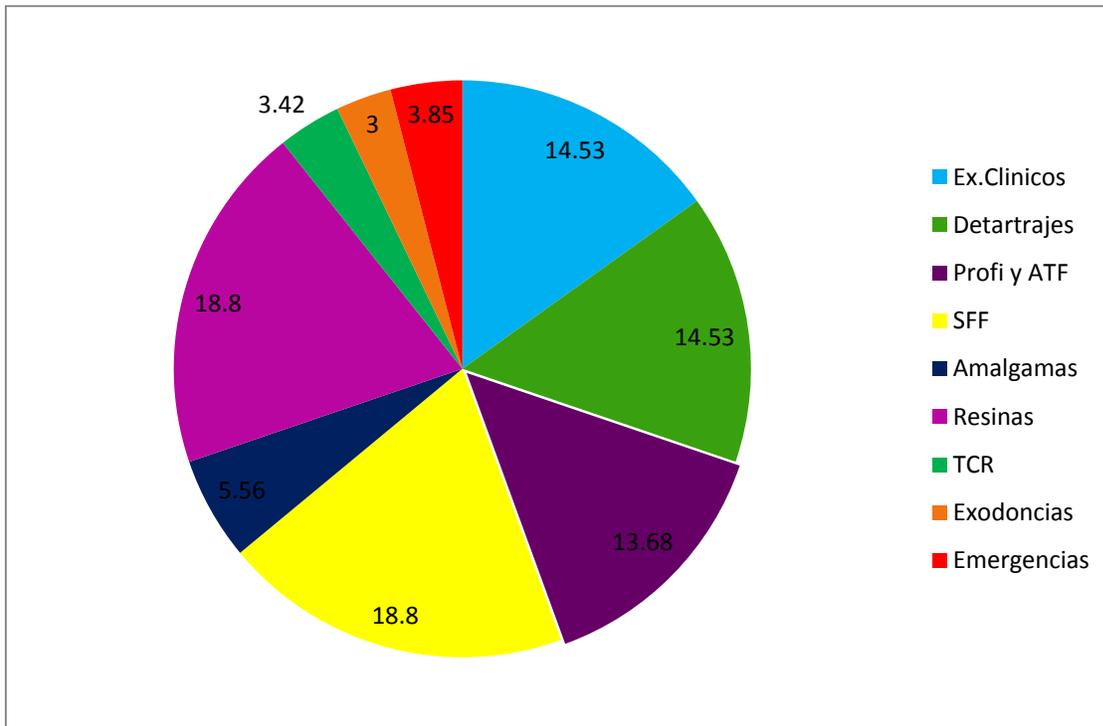
Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental de Bienestar Estudiantil de la USAC, marzo – mayo 2014.

Interpretación de Tabla No. 19 Y Gráfica No. 21

El total de los tratamientos realizados en la atención integral a estudiantes universitarios, en la clínica dental de la unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC de Guatemala, fue de 234. Estos se realizaron a lo largo de los tres meses que duro el EPS. En la gráfica se aprecia que mayo fue el mes en el que se realizó la mayor cantidad de tratamientos.

Gráfica No. 22

Porcentajes por tratamientos realizados en la Clínica Odontológica de la Unidad Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC.



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental de Bienestar Estudiantil de la USAC, marzo – mayo 2014.

Interpretación de Tabla No. 19 y Gráfica No. 22

Del total de los tratamientos realizados se puede apreciar en la gráfica No. 22 que la mayoría fueron sellantes de fosas y fisuras, que conforman el 18.8% del total de los tratamientos; luego, en orden de frecuencia, restauraciones de resina compuesta (18.8%), exámenes clínicos (14.53%), detartrajes (14.53%), profilaxis y aplicación tópica de flúor (13.68%), restauraciones de amalgama (5.56%).

Tabla No.20

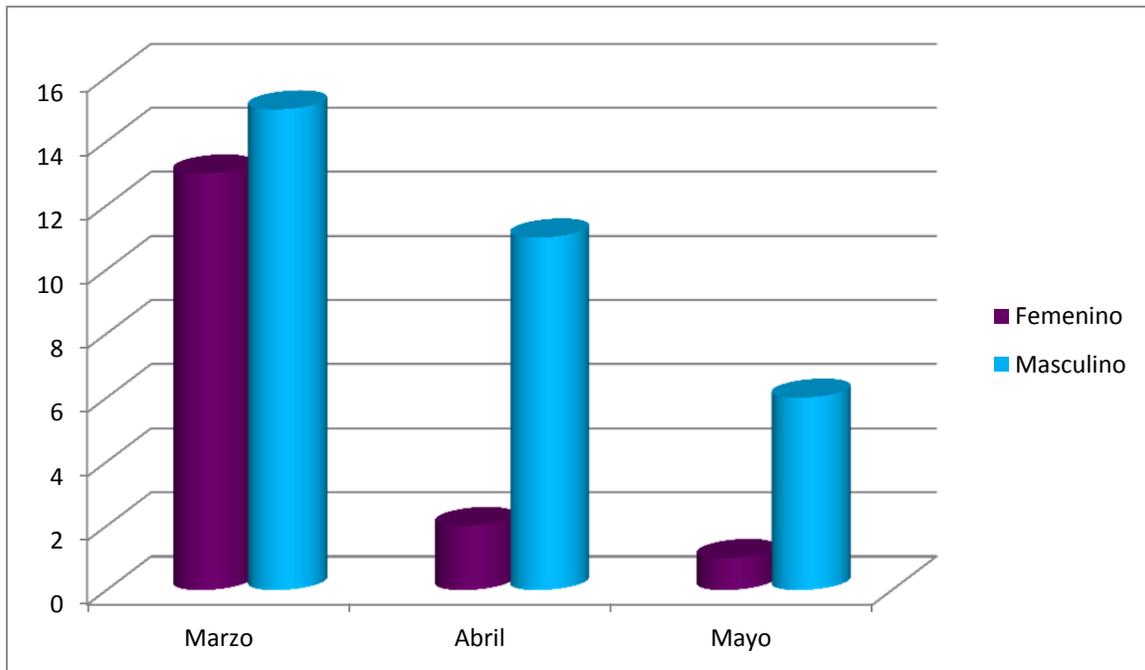
Distribución de estudiantes universitarios según el sexo por mes, Clínica Dental de Bienestar Estudiantil de la USAC, marzo – mayo 2014

Mes	FEMENINO	MASCULINO
MARZO	13	15
ABRIL	2	11
MAYO	1	6

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental de Bienestar Estudiantil de la USAC, marzo – mayo 2014.

Gráfica No. 23

Distribución de estudiantes universitarios según el sexo por mes, Clínica Dental de Bienestar Estudiantil de la USAC, marzo – mayo 2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica integral en pacientes de alto riesgo en la clínica Dental de Bienestar Estudiantil de la USAC, marzo – mayo 2014.

Interpretación de la Tabla No. 20 y Gráfica No. 23

La gráfica No. 23 indica la distribución por sexo del número de estudiantes universitarios terminados cada mes. La mayoría de los estudiantes son de sexo masculino, con el 66.67% y de sexo femenino, 33.33%. Se percibe que, en todos los meses, la cantidad de estudiantes de sexo masculino es mayor.

Se aprecia un decrecimiento significativo en mayo. Esto se debe a que únicamente se terminaron pacientes previamente ingresados con el propósito de no dejar ningún paciente sin terminar.

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Institución donde se realiza el subprograma

El Programa Ejercicio Profesional Supervisado se realizó por cinco meses en la Clínica del Club de Leones Marquenses, en San Marcos, San Marcos.

Datos del coordinador

Clínica del Club de Leones Marquenses: Dr. Oscar Leonel Barrios Flores

Estructura administrativa

El Club de Leones es una organización mundial de servicio con más de 45,000 clubes y 1.35 millones de miembros activos distribuidos en 206 países y áreas geográficas.

La organización tiene como objetivo satisfacer las necesidades de la comunidad tanto a nivel local como global. Las oficinas centrales se encuentran en Oak Brooks, Illinois, Estados Unidos.

Los *leones* —como se hacen llamar sus miembros— se afilian a clubes por la invitación de uno de sus miembros, con reuniones semanales, quincenales o mensuales, para abordar diversos temas de interés colectivo, con excepción de aquellos que se relacionen con preferencia partidista o credo religioso.

El lema del leonismo es "we serve" ("nosotros servimos") y se refiere directamente a la idea central de la institución: la realización de servicio comunitario privado en la mayor escala posible. El servicio comunitario ha sido definido del siguiente modo: "Se trata de una actividad social, asumida en forma voluntaria, por personas que se integran en una entidad sin fines de lucro, conscientes de su responsabilidad con el prójimo y la sociedad; el

objeto es brindar una atención en profundidad a las necesidades que se manifiestan en la comunidad, para que sus componentes alcancen el bienestar en su más amplia acepción".

La organización y representación de cada club recae en una directiva que es renovada cada julio, encabezada por un presidente. También forman parte de la directiva, el presidente inmediato anterior, el primero y segundo vicepresidentes, un secretario y un tesorero.

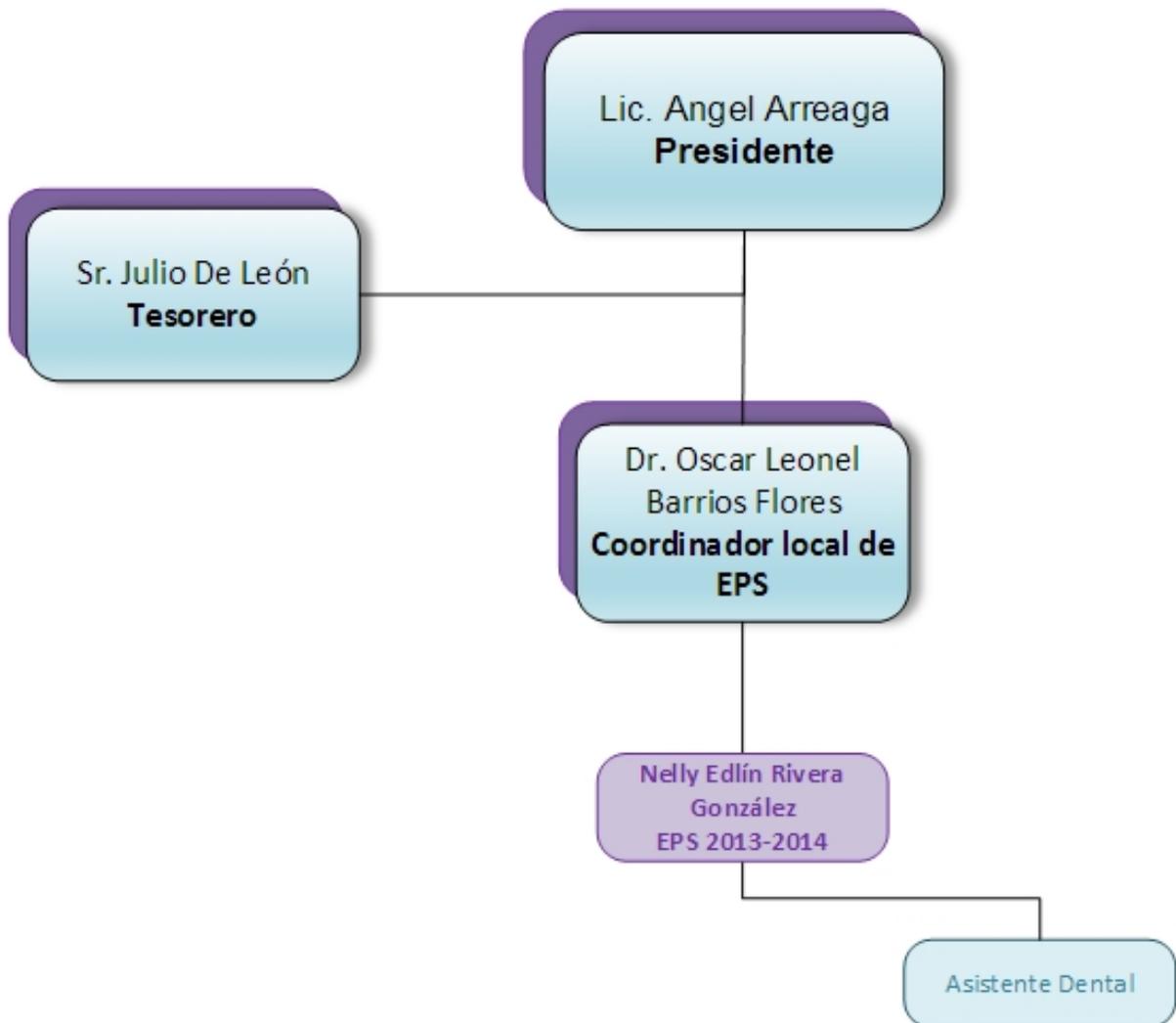
Los leones realizan sus actividades sociales de servicio comunitario con recursos económicos que se reúnen en actividades de recaudación (clínica realizada por el estudiante en EPS). Los gastos administrativos son pagados por los propios miembros.

Las personas que laboran en el Club de Leones son:

- Clínica dental: EPS de Odontología (cada año de junio a mayo).
 - Asistente dental (junio a mayo).
- Tipos de servicios que presta el Club de Leones:
- Consulta odontológica.

Club de Leones Marquenes
San Marcos, San Marcos, Guatemala
Consultorio

Organigrama General



Descripción de la comunidad

El departamento de San Marcos fue fundado el 25 de abril de 1533, día del arribo de la colonia militar, integrada por 50 hombres españoles, enviados por el conquistador Pedro de Alvarado, mismo grupo de hombres que estaban bajo el mando del capitán Juan de León Cardona, con el propósito de extender sus dominios a estos lugares.

Aunque se estima que su arribo lo hicieron en primavera, para ellos parecía un lugar frío, por lo cual denominaron "CANDACUCHEX" que significa tierra de frío. El párroco Juan en su "Historia de Guatemala" dice que antes era un barrio y que era una aldea de ladinos de la provincia de Quetzaltenango; fue mandado a erigirse por la Real Audiencia en el año de 1675.

San Marcos, al ser fundado en el siglo XVI, se le conocía como El Barrio y se le levantó un templo donde funcionaría la Iglesia Católica consagrada a San Marcos Evangelista, de donde el departamento tomó su nombre, por haber sido puesto bajo la advocación de San Marcos.

Don José Luis García dice, sobre la fundación y construcción de viviendas al estilo español, y con la necesidad de encauzar la vida colectiva dentro de normas administrativas, en el año de 1752, y en el año de 1754, que fue aprobado San Marcos representado por 4 vecinos, y que se solicitó la instalación de su ayuntamiento municipal. Con esto, se inició la carrera política autónoma del pueblo y la actividad cívica de sus ciudadanos, principiando a figurar el apellido Barrios, para nominar a hombres que dedicaron su vida al nacimiento público de la entidad de este nuevo pueblo.

Al distribuirse los pueblos del Estado de Guatemala para la administración de la justicia por el sistema de jurados, adoptado en el Código de Livingston y decretado el 27 de agosto de 1836, San Marcos fue adscrito al circuito del Barrio y elevado a la categoría de valle, por decreto el 12 de noviembre de 1825 (Y como tal paso a ser la cabecera del distrito territorial del Departamento de San Marcos el 3 de julio de 1832).

El censo fue elevado por el vecino Jesús del Castillo, el que dio por resultado la elección de la primera municipalidad.

Extensión territorial y poblacional

Extensión territorial 3791 km². Altura de la cabecera es de 2,398 metros sobre el nivel del mar. Latitud de 14 grados 17' 40" longitud 91 grados 47' 44". A nivel departamental, presenta una población de 95,742, de la cual el 31.28% es población indígena. El municipio de San Marcos cuenta con una población de 50,437 (15,734 área urbana y 34,694 área rural) de la cual 26,218 son mujeres y 24,219 hombres. En el año 2013, predominan el idioma mam y el español. Clima, frío.

Infraestructura de la clínica

Las instalaciones de la clínica se encuentran en estado aceptable. La humedad es un problema serio pero no inconveniente para el desarrollo de los labores de la clínica. Esta se recibió en junio 2013 con varios problemas de fugas en los baños.

Mobiliario y equipo

- 1 Aparato de Rayos X marca Belmont Contrex; (No Funciona)
- 1 Sillón dental marca Aidec: Cuya caja de controles, en la pieza de alta velocidad, se entregó funcional, no posee lámpara funcional.
- 2 Sillas blancas de plástico
- 1 Mesa blanca de plástico
- 1 Mesa café de melanina con rodos
- 1 Mesa pequeña color negro
- 1 Dispensador de Agua Pura Salvavidas
- 1 Garrafón de Agua Pura Salvavidas

- 1 Gabacha de plomo
- 1 Banco plástico color negro
- 1 Taburete café con rodos
- 1 Gabinete de madera
- 1 Camilla color beis marca Hamilton
- 1 Olla esterilizadora de metal marca All American
- 2 Espejos cuadrados, uno en clínica y uno en baño de sala de espera
- 1 Compresor dental, al cual se le compró un cabezal nuevo a cargo del EPS cancelado, en su totalidad, al técnico. El otro cabezal se mandó a arreglar por parte del Club de Leones, sin embargo este no es funcional ni quedó en condiciones de ser usado.
- 1 Lavatrastos de metal, nuevo, que fue comprado por el EPS.
- 1 Baño: funcional arreglado por EPS.
- 1 Colgador de madera para ropa
- 3 Escobas
- 1 Sacabasura plástico
- 3 Basureros plásticos
- 1 Cuadro decorativo de la Madre Teresa
- 1 Cuadro decorativo de flores
- 1 Dispensador para papel mayordomo
- 1 Cajita plástica transparente
- 1 Par de cortinas rosadas
- 1 Par de cortinas verdes
- 2 Manteles amarillos
- 1 Sábana verde
- 1 Extensión de tomacorriente
- 1 Jeringa triple con sus repuestos
- 1 Reloj turquesa de mesa
- 2 Manteles beis
- 3 Toallas para manos

- 2 Rosas artificiales
- 1 Gorro quirúrgico
- 1 Dulcera de cristal con su respectiva tapadera
- 3 Botes plásticos blancos
- 1 Tijera
- 2 Cajas plástica con sus respectivas tapaderas, una roja y una beis
- 1 Caja plástica verde con divisiones
- 1 Foco rojo y su conector
- 1 Sello del Club de Leones San Marcos
- 1 Almohadilla pequeña marca Sina, para el sello
- 1 Almohadilla para pizarrón
- 1 Títere de trapo
- 1 Bombilla dental de repuesto, marca Henry Schein; no funciona

Instrumental

- 1 Juego de turbina, micromotos, pieza recta, contrángulo marca Nsk
- 1 Guía de colores Coltene Whaledent
- 1 Loseta de vidrio
- 3 Elevadores rectos (grueso, mediano y fino), marca Impex Gil
- 2 Elevadores Cryer
- 1 Fórceps No. 151, marca Impex Gil
- 1 Fórceps No. 150, marca Impex Gil
- 1 Fórceps No. 18R, marca Impex Gil
- 1 Fórceps No. 18l, marca Impex Gil
- 1 Fórceps No. 65, marca Impex Gil
- 1 Fórceps No. 16, marca Impex Gil
- 1 Jeringa aspiradora
- 2 Espátulas para cemento, Impex Gil
- 2 Espejos dentales, marca Sheimp
- 3 Pinzas: 1 marca Denteco, 1 marca Panorama, 1 marca Impex Gil

- 2 Exploradores marca Nordent Usa, puntas dobladas
- 1 Cincel Zerfin, marca Hu Friedy
- 1 Cureta 103/106, marca Hu Friedy
- 1cureta 13/14, marca Hu Friedy
- 1 Lima para hueso
- 4 Cucharillas marca Impex Gil
- 1 Huevo de paloma
- 1 Hollemback
- 1 Portaplástico
- 1 Condensador de amalgama
- 1 Portamatriz Toflemire
- 2 Dapen de silicona
- 1 Tapón de compresor

Materiales

- 1 Botecito de mercurio
- 1 Gotero lubricante
- 1 Frasco con piedra pómez
- 1 Bote de Clorhexidina empezado
- 1 Caja de agujas largas Dental Needles, empezada
- 1 Botecito de óxido de zinc
- Puntas dispensadoras de ácido grabador
- 1 Rollo de cinta testigo
- Vasos desechables
- 3 Goteros plásticos
- 1 Bote de formalina al 10%
- 1 Bote de aceite mineral
- 1 Regla promocional
- 1 Bote de eugenol
- 1 Cucharita medidora verde
- 2 Jeringas descartables
- Vaselina
- Plástico adherible
- 1 Archivo
- 2 Cajas de guantes, empezadas
- Papel de articular
- Alcohol
- Líquido revelador y fijador

PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

La desinfección es una técnica de saneamiento que tiene por objeto destruir los microorganismos patógenos, productores de enfermedades transmisibles. Actúa sobre personas, animales, ambiente y superficies de locales, objetos y excretas que son portadores de aquellos, para evitar, así, su propagación. Esta acción germicida puede ser bactericida, viricida, fungicida o esporicida.

La esterilización es una técnica de saneamiento preventivo para conseguir la asepsia, o sea, la destrucción de todos los microorganismos y sus formas de resistencia que puedan existir en la superficie o en el espesor de un objeto cualquiera. Obtiene como resultado la ausencia de todo germen vivo y consigue material estéril.

Se dice que un objeto es infectante cuando en su superficie o en su masa lleva gérmenes de alguna enfermedad transmisible. Para que deje de serlo, se emplea la desinfección o la esterilización. La primera es la técnica de saneamiento, que utiliza la medicina preventiva, para destruir los gérmenes patógenos. Se utiliza la esterilización cuando no solamente se destruyen los gérmenes patógenos, sino cualquier forma elemental de vida patógena o saprofita e incluso las formas de resistencia.

Protocolo de desinfección y esterilización en la clínica del Club de Leones:

Los procedimientos de esterilización, desinfección y asepsia, deben ser aplicados en todos los tratamientos dentales para lograr reducir al mínimo la posibilidad de contaminación cruzada.

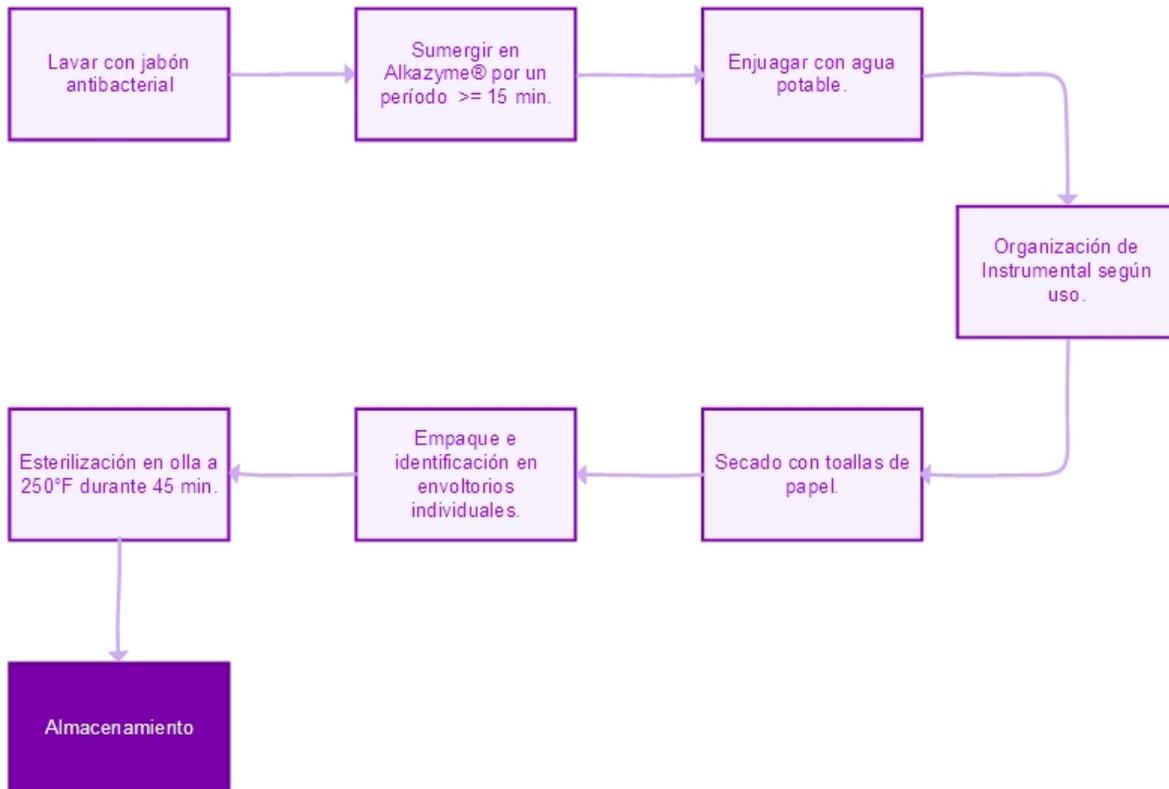
En la clínica del Club de Leones Marquenses, se utilizó olla esterilizadora y alkazyme.

Olla esterilizadora. Procedimiento universalmente utilizado, empleando el vapor de agua saturado calentado en recipiente cerrado para producir una elevación en la temperatura y en la presión con la siguiente correspondencia y tiempo preciso para conseguir la esterilización en cada caso. Con el calor húmedo, pueden esterilizarse, material textil (gasas, vendas, etc.), materiales duros (instrumental, palanganas, jeringas y agujas, vidrio, etc.) y líquidos hidrosolubles.

Alkazyme. Es un detergente limpiador enzimático que limpia y descontamina cualquier superficie, viene en prácticas bolsitas hidrosolubles. Hidroliza todo tipo de residuos proteicos y fluidos corporales; sin enjuague previo, sin cepillar y sin el uso de otro producto. Actividad bactericida, fungicida y virucida.

Preparación de Alkazyme: En un recipiente o charola con agua tibia (de preferencia) sumergir completamente el instrumental por lavar. Se agrega un sobre de Alkazyme por cada 4 litros de agua por utilizar (sin necesidad de abrir el sobre) y se espera a que el sobre se disuelva completamente. Después de 15 minutos en reposo, se extrae instrumental, se enjagua y listo (cepillar si es necesario, dentro de la misma preparación). Se puede ocupar la preparación en botes aspersores. El líquido queda activo hasta por 8 horas y si se vierte en la cañería, sirve incluso para descontaminarla. No daña a los seres vivos y tampoco es tóxico.

Protocolo de esterilización



Abastecimientos de materiales dentales

De estos, unos son aportados por la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de la Facultad de Odontología, y otros, por el estudiante de EPS.

El primer aporte proporcionado por la USAC son materiales diferentes como: anestesia, pastillas de amalgama, agujas, rollos de algodón, algodón en rama, set de óxido de zinc mejorado, set de policarboxilato, baja lenguas, cuñas de madera, flúor en gel, matriz de metal, set de hidróxido de calcio (Dycal), eugenol, formocresol, dique de goma, servilletas, óxido de zinc corriente, pastillas de flúor, seda dental y mercurio.

El EPS aportó los materiales siguientes: guantes, mascarillas, resina, ácido grabador, sellante de fosas y fisuras, adhesivo, micro aplicadores, eyectores, alkazyme, papel para esterilizar, radiografías, lubricante implementos de limpieza de la clínica dental (desinfectante, detergente, jabón antibacterial, trapeador) bolsas, vasos y alcohol.

Tratamiento de los desechos

Se debe seguir la normativa vigente sobre tratamiento y almacenaje de diferentes materiales de desechos potencialmente peligrosos que se producen en las clínicas. Para eso se debe disponer de un recipiente rígido para depositar mediante técnicas seguras, las agujas y hojas de bisturí que se desechan. Recordar que estos recipientes no se deben llenar más de $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad. En la Clínica del Club de Leones, por gestiones del EPS 2013 – 2014 se llegó al acuerdo con ECOTERMO, para la recolección gratuita de desechos bioinfecciosos.

Los restos de amalgama, así como los líquidos de revelado utilizados deberán almacenarse para su posterior recogida y procesamiento.

Los dientes extraídos no deben ser dados a los pacientes que los requieran sin una esterilización previa, ya que son considerados como “material de desecho humano”.

Inmunización del personal

La inmunización es el mejor mecanismo para evitar las enfermedades infecciosas. Por ello, todo el personal de la clínica debe estar vacunado contra:

- Hepatitis B
- Tétanos
- Tuberculosis
- Influenza

Y debe utilizar las barreras de protección mínimas requeridas: guantes, gorro y mascarilla.

DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIDAD DE SALUD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL DE LA USAC DE GUATEMALA.

Institución donde se realiza el subprograma

El Programa Ejercicio Profesional Supervisado se realizó por tres meses en la clínica de odontología de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Datos del coordinador

Dr. Francisco Guillermo Alarcón Rodas

Estructura administrativa

La unidad de salud fue creada según Acuerdo de Rectoría No. 7,735 de fecha 10 de noviembre de 1971, autorizado por el Consejo Superior Universitario en el Punto TERCERO, inciso 3.1 del Acta Número 1130 de fecha 13 de noviembre de 1971 como parte del Departamento de Bienestar Estudiantil.

El 7 de julio de 1999, según Punto SEGUNDO del Acta No. 21-99 de la sesión celebrada por el Consejo Superior Universitario, se creó la Dirección General de docencia –DIGED-, e integró a la división de Bienestar Estudiantil Universitario a su estructura orgánica, con las Secciones y Unidades que lo integran.

Misión

Detectar y contribuir a la recuperación de la salud del estudiante universitario. Cumplir con la responsabilidad de preservar y mantener sana a la población estudiantil, basados en la creación y coordinación de programas confiables y efectivos que contribuyan a la prevención y promoción de la salud integral del estudiante.

Visión

Ser la dependencia líder, expresa, confiable multiprofesional e interdisciplinaria de

la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la cual emanen las directrices en cuanto a la educación, promoción y prevención de la salud integral del estudiante universitario, que le hagan participe de la responsabilidad de adquirir conocimientos necesarios para llevar un estilo de vida sano, que se introduzca en un mejor rendimiento académico y cuyos programas se descentralicen y se apliquen a todos los estudiantes de centros regionales, bajo una supervisión directa que permita la uniformidad en la calidad de los mismo y cubran las necesidades de atención en salud.

Objetivos

De docencia

Ofrecer a las unidades académicas de la Universidad de San Carlos, un área integrada de investigación, docencia y extensión en las ciencias de la salud para que sus estudiantes tengan la oportunidad de realizar su práctica.

Crear en coordinación con las respectivas unidades académicas programadas para que los estudiantes que realizan su práctica adquieran experiencias de acuerdo con el proceso de enseñanza-aprendizaje y que los mismos se adecuen a su correspondiente currículum.

Capacitar y formar a los estudiantes que realizan su práctica en la unidad de salud para que tengan un desempeño efectivo en sus tareas.

Diseñar y desarrollar programas permanentes de promoción y protección de la salud dirigidos a toda la población estudiantil universitaria.

De investigación

Investigar el estado físico, emocional, social, y ambiental del sector estudiantil ya sea catalogado este como sano, en deterioro o enfermo, por medio de exámenes de salud en todas sus fases (medicina, psicología, odontología y laboratorio).

Evaluar periódicamente la eficiencia y eficacia de los programas de salud.

De extensión

Detectar tempranamente las deficiencias de salud del estudiante universitario y resolver las ya establecidas a través de los siguientes servicios: consulta externa (medicina general, psicología, odontología y laboratorio clínico según se requiera) atención de emergencias referencias a hospitales nacionales, seguro social u otras entidades similares, según el nivel secundario de atención.

Capacitar a promotores de salud como agentes multiplicadores de educación en salud.

Interrelacionar con dependencias similares de tal forma que se unan esfuerzos encaminados a la recuperación, promoción y protección de la salud del estudiante universitario.

Coadyuvar a establecer programas de saneamiento ambiental en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Funciones Generales

Efectuar evaluaciones de salud: médica, psicológica, odontológica, y de laboratorio clínico a estudiantes de primer ingreso, reingreso, como parte del control epidemiológico.

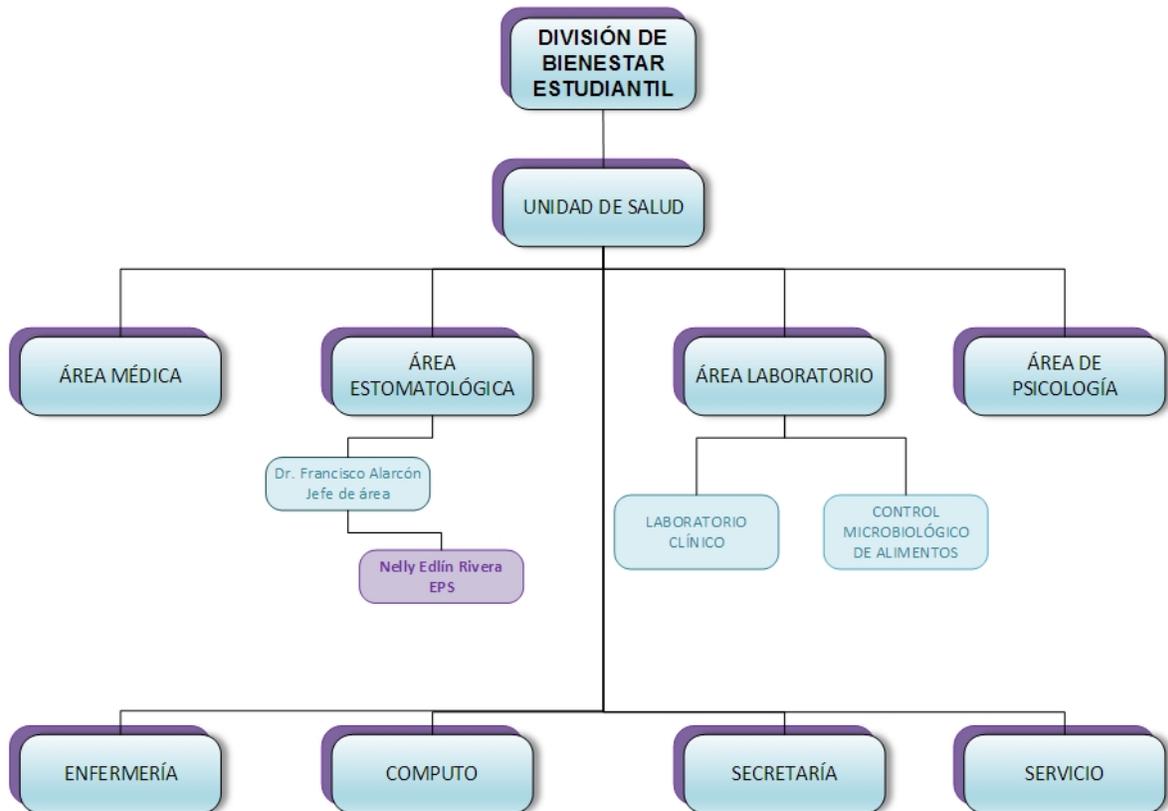
Coordinar con el Departamento de Servicios, de la División de Servicios Generales la toma de muestras periódicas de los productos comestibles que se expendan para comprobar los registros sanitarios de aceptabilidad establecidos.

Desarrollar programas docentes y de práctica en servicios que contribuyan a la adquisición de conocimientos aplicables a nuestro medio, enseñando métodos, sistemas, pautas para evaluar, mejorar y preservar la salud.

Ofrecer consejería y ayuda a los estudiantes que lo soliciten en el ámbito de su competencia.

Desarrollar preventivos en salud dirigidos a toda la población estudiantil universitaria.

Organigrama General



Atención clínica en adultos

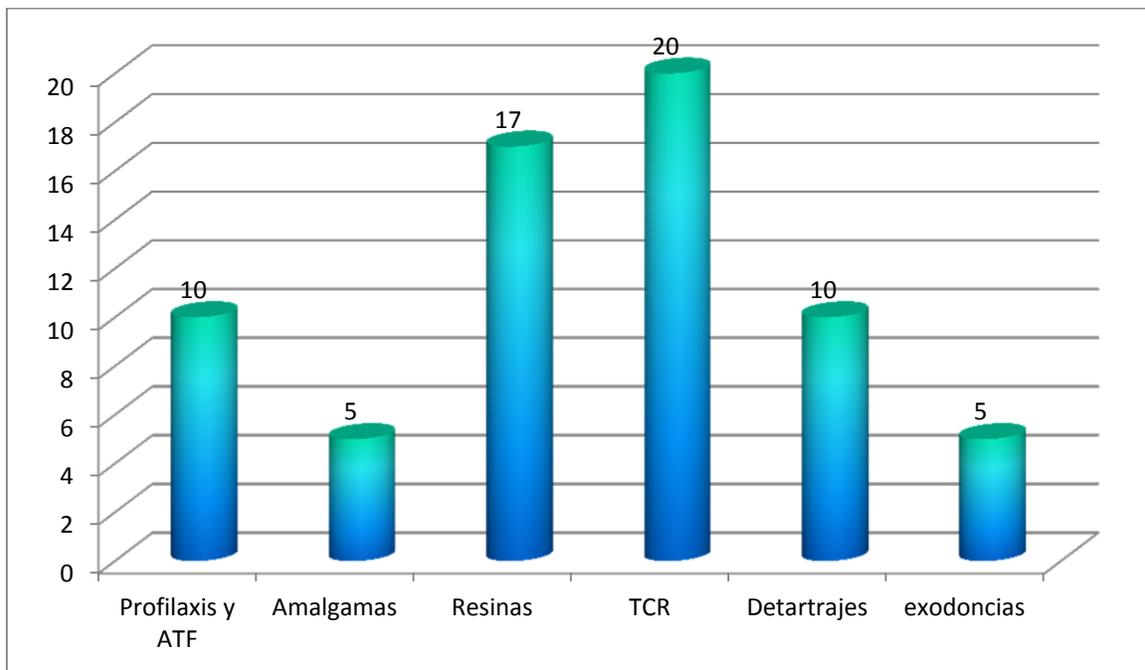
Entre las actividades que se realizan en el Programa Ejercicio Profesional Supervisado en la Clínica del Club de Leones Marquenses, con el objetivo de aplicar los conocimientos científicos y técnicos obtenidos durante los años previos a la realización del Programa E.P.S., está la atención clínica de las personas adultas de la población donde se encuentre ubicada, que demanden servicio y que no pertenezcan al grupo denominado materno infantil.

La atención clínica para adultos no es gratuita, por la falta de recursos de la institución patrocinadora, por lo que se elaboró conjuntamente con el coordinador del programa en la población, una lista con el valor de los tratamientos dentales. Se pretende que el odontólogo practicante no lucre con la realización de esta actividad. La copia de esta lista fue colocada en un lugar visible al público.

El presidente del Club estableció un procedimiento para el cobro y manejo de estos ingresos el cual es controlado por el tesorero del Club de Leones Marquenses en el cual se cobra al paciente para obtener un acumulado mensual al finalizar el mes. Del total de ingresos, el 60% le pertenece al club y el 40% se utiliza para sueldos y materiales. Esto se realiza con el fin de que la clínica sea autosostenible. Se logra, de esta manera, brindar un servicio odontológico de bajo costo y de alta calidad para la población del lugar.

Gráfica No. 24

Frecuencia de tratamientos realizados en atención clínica en adultos, en la clínica de Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos. Junio 2013 – febrero, 2014



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final, clínica de adultos de en la clínica de Club de Leones Marquenses, San Marcos, San Marcos. Junio 2013 – Febrero 2014

Interpretación de Tabla No. 21 y Gráfica No. 24

El total de los tratamientos realizados en la atención clínica en adultos es de 67 tratamientos, de los cuales, la mayoría son de conductos radiculares, restauraciones de resina compuesta y limpiezas, que conforman el 70.15% del total de los tratamientos.

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

V.I CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

**CLÍNICA DEL CLUB DE LEONES MARQUENSES, SAN MARCOS, SAN
MARCOS, Y CLÍNICA DENTAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE BIENESTAR
ESTUDIANTIL DE LA USAC DE GUATEMALA**

INTRODUCCIÓN

Un asistente dental o auxiliar de odontología es la persona encargada de apoyar al odontólogo en sus labores cotidianas, facilitando la práctica clínica, optimizando el tiempo con cada paciente, y generando así la capacidad de atender más pacientes en un menor tiempo.

En la actualidad, los odontólogos modernos no pueden prescindir del personal auxiliar altamente calificado para prestar un servicio de calidad al paciente. Esta persona o personas, no solamente deben ser calificadas para tal función, sino que también deben ser capacitadas constantemente, ya que la odontología es una ciencia que día a día trasciende y evoluciona hacia nuevos descubrimientos.

Un asistente eficiente es clave para optimizar el tiempo en la clínica. A lo largo de los meses en los que se le capacita, el asistente dental adquiere conocimientos que lo familiarizan con los materiales, procedimientos, y principios básicos sobre temas de odontología.

El estudiante de EPS es el encargado de capacitar a su asistente brindándole los conocimientos obtenidos en su formación académica e instruirle de la mejor forma a fin que se sienta cómodo y su trabajo en la clínica sea eficaz.

Un asistente hábil es parte clave para optimizar el tiempo en la clínica, por lo que a continuación se presentan los resultados de las actividades realizadas cada semana con el personal auxiliar, durante seis meses, tiempo que duró el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado en el municipio de San Marcos, en el sede Club de Leones Marquenses. También se muestra el resultado obtenido de la capacitación del personal auxiliar durante tres meses, que se realizó el programa en la Clínica de Bienestar Estudiantil de la Unidad de Salud de la USAC de Guatemala.

LISTADO Y CALENDARIZACIÓN DE LOS TEMAS CUBIERTOS

Los temas se impartieron cada semana y, al final de la misma, se evaluó con una prueba ya sea escrita, práctica u oral, para retroalimentar los conocimientos. A continuación, se presentan los temas impartidos:

Calendarización de los temas cubiertos			
Mes	Temas impartidos	Evaluaciones	Observaciones
Junio	Orden y limpieza y desinfección del consultorio Puntualidad	Prueba práctica	No aprobado
	Limpieza, lavado y esterilización de instrumental. Protección personal y del equipo	Prueba práctica	Aprobado
	Bioseguridad en el consultorio	Prueba práctica	Aprobado
	Nombre y uso del equipo e instrumental en la clínica.	Prueba práctica	Aprobado
Julio	Manejo de mercurio (riesgos y control)	Prueba escrita	Aprobado
	Nomenclatura de las piezas dentales	Prueba oral	Aprobado
	Nombres y usos de los materiales dentales más utilizados en la clínica	Prueba oral	No aprobado
	Nomenclatura de los instrumentos dentales.	Prueba práctica	Aprobado
Agosto	Mezcla de amalgama	Prueba práctica	Aprobado
	Mezcla de cementos	Prueba	Aprobado

		práctica	
	Enjuagues con flúor (preparación y dosis)	Prueba escrita y práctica	Aprobado
	Mezcla de yesos y alginato, medidas y usos.	Prueba práctica	Aprobado
Septiembre	Toma de signos vitales	Prueba práctica	Aprobado
	Fotocurado de SFF, adhesivo, resina	Prueba práctica	Aprobado
	Anatomía dentaria	Prueba escrita	Aprobado
	Caries dental	Prueba escrita	Aprobado
Febrero	Enfermedad Periodontal	Prueba escrita	Aprobado
	Técnica de cepillado	Prueba práctica	Aprobado
	Funciones del flúor	Prueba escrita	Aprobado
	Uso del hilo dental y sustitutos	Prueba práctica	Aprobado
Marzo	Terminología de odontología restaurativa estética	Prueba práctica	Aprobado
	Odontología a cuatro manos	Prueba práctica	Aprobado
	Intercambio de instrumental	Prueba práctica	Aprobado
	Terminología odontológica de endodoncia	Prueba práctica	Aprobado
Abril	Orden y limpieza de instrumental, unidad dental y equipo dental	Prueba práctica	Aprobado
	Orden y utilización de instrumental de periodoncia	Prueba práctica	Aprobado
	Orden y utilización de instrumental	Prueba	Aprobado

	de operatoria dental	práctica	
	Orden y utilización de instrumental de endodoncia.	Prueba práctica	Aprobado
Mayo	Alginato uso y propiedades y mezcla	Prueba práctica	Aprobado
	Yeso: uso propiedades y mezcla	Prueba práctica	Aprobado
	Vaciado de impresión con yeso	Prueba práctica	Aprobado
	Instrumental para endodoncia rotatoria	Prueba práctica	Aprobado

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto se desarrolló a lo largo de seis meses en el municipio de San Marcos, en la clínica del Club de Leones Marquenses, y por tres meses se desarrolló en la clínica de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC de Guatemala. El proyecto se ejecutó con dos personas totalmente diferentes, en conceptos y experiencia, lo cual generó una repetición de algunos temas en la segunda etapa.

Durante la ejecución del proyecto los primeros meses en la Clínica de San Marcos, se encontraron algunas dificultades por parte de la asistente dental, ya que se le dificultó acatar órdenes de cómo higienizar el instrumental del equipo dental. Con el paso de los meses, la situación mejoró; sin embargo su modo de aprendizaje fue lento, por lo tanto se hizo necesario reforzar varias áreas, como por ejemplo, mezcla de cementos, yeso y alginatos.

A lo largo de los primeros meses la asistente dental mostró desinterés por aprender. Como consecuencia, hubo necesidad de evaluarla más veces de lo necesario a modo de motivar su aprendizaje. Sin embargo cabe recalcar que los conceptos de asepsia y esterilización de la clínica y del instrumental fueron satisfactoriamente aprendidos y ejecutados.

Las normas de higiene en la Clínica de Bienestar Estudiantil eran totalmente diferentes a las aprendidas durante la carrera de cirujano dentistas lo cual dificultó el desarrollo del proyecto. La asistente dental estaba adiestrada de una manera totalmente diferente a la que se pretendía llegar con el proyecto. Debido a esta situación se optó por llevar todo el material necesario para la higiene de la clínica y de esta manera ejecutar mejor el proyecto.

Por medio de la capacitación del personal auxiliar, se logró: brindar un servicio de calidad en el menor tiempo posible a la población, formar un equipo que trabajó en

armonía y con mejor rendimiento en la clínica dental beneficiando a los pacientes con citas más cortas, implementar la odontología a cuatro manos para un mejor rendimiento del tiempo de trabajo y distribución de las responsabilidades del odontólogo y su asistente, capacitar a la asistente con respecto al protocolo de asepsia y esterilización de la clínica dental para el control de infecciones, aprender a capacitar a una persona que tenía poco conocimiento de los materiales dentales y lograr que ahora sea eficiente como asistente dental, y por último aprender a trabajar con la ayuda de una asistente.

CONCLUSIONES

- El proyecto de la capacitación de personal se ejecutó con éxito, ya que la asistente dental logró desempeñar funciones fundamentales para la optimización de la realización de tareas durante el desarrollo de las actividades de la clínica y optimización del tiempo de trabajo ayudando a un mejor servicio de la clínica en general.
- Se capacitó a la asistente dental, eficientemente, reforzando conocimientos previamente adquiridos. Ella fue capaz de ejecutar las actividades de asistente dental que serán requeridas por futuros profesionales de la odontología que puedan necesitar de sus servicios.
- Se logró una comunicación adecuada entre auxiliar y odontólogo lo cual permitió, alcanzar las metas establecidas por el proyecto.

RECOMENDACIÓN

Continuar con este subprograma del programa de Ejercicio Profesional Supervisado, ya que tiene un impacto positivo en la práctica odontológica, y que permite desarrollar al futuro profesional de la odontología en el campo de trabajo y de liderazgo para optimizar y administrar de mejor manera, la clínica.

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: JUNIO Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Tema por Impartir	Evaluación	Observaciones
1 ^a	Orden y limpieza Desinfección de la clínica Puntualidad	Práctica 70% Teórica (Oral) 30 %	Primera semana de evaluación, no satisfactoria.
2 ^a	Limpieza, lavado y esterilización de instrumental Protección personal y del equipo	Práctica 70% teórica (oral) 30%	Mejoría en aspecto 1 y Resolución, satisfactoria.
3 ^a	Bioseguridad en el consultorio.	Práctica 70% Teórica (Oral) 30%	Satisfactorio. Utiliza todas las barreras de seguridad.
4 ^a	Nombre y uso del equipo e instrumental en la clínica	Práctica 70%. Teórica (oral) 30 %	Satisfactorio.

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA
DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: JULIO Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Tema por impartir	Evaluación	Observaciones
1 ^a	Manejo de mercurio (riesgos y control)	Prueba teórica (oral) 20 %	Satisfactorio
2 ^a	Nomenclatura de las piezas dentales, fórmulas para las piezas dentarias.	Prueba teórica (oral) 15%	Satisfactorio. Reforzar nombre de las piezas
3 ^a	Nombres y usos de los materiales dentales más utilizados en la práctica clínica	Prueba práctica. 45%	No satisfactorio. Se necesita reforzar esta área
4 ^a	Nomenclatura de los instrumentos dentales.	Prueba práctica 20 %	Satisfactorio

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: AGOSTO

Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Tema por impartir	Evaluación	Observaciones
1 ^a	Mezcla de amalgama	Prueba práctica 30%	Satisfactorio
2 ^a	Mezcla de cementos dentales	Prueba práctica 30%	Satisfactorio. Fue necesario reforzar la técnica y las medidas.
3 ^a	Enjuagues de flúor (preparación y dosis)	Prueba escrita y práctica 20%	Satisfactorio
4 ^a	Yesos y alginato, utilización mezcla medidas	Prueba práctica 20%	Insatisfactorio. Se necesita reforzar esta área.

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: **SEPTIEMBRE** _Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Tema A Impartir	Evaluación	Observaciones
1 ^a	Toma de signos vitales	Prueba práctica 10%	Satisfactorio
2 ^a	Fotocurado de sff, ácido, adhesivo, resina, etc.	Prueba práctica 50%	Satisfactorio
3 ^a	Anatomía dentaria	Prueba escrita 20%	Satisfactorio. Existe un buen dominio del tema.
4 ^a	Caries dental	Prueba escrita 20%	Satisfactorio

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: FEBRERO

Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Tema por impartir	Evaluación	Observaciones
1 ^a	Enfermedad periodontal	Prueba teórica 20%	Satisfactorio
2 ^a	Técnicas de cepillado	Prueba práctica 60%	Satisfactorio
3 ^a	Funciones del flúor	Prueba oral y práctica 10%	Satisfactorio
4 ^a	Usos del hilo dental y sustitutos	Prueba oral y práctica 10%	Satisfactorio

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: MARZO

Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Tema por impartir	Evaluación	Observaciones
1 ^a	Terminología odontológica restaurativa estética	Prueba escrita 20%	Se realizó una actualización del instrumental y terminología. Satisfactorio
2 ^a	Odontología a cuatro manos	Prueba práctica 40%	Satisfactorio
3 ^a	Intercambio instrumental de	Prueba práctica 30%	Satisfactorio
4 ^a	Terminología odontológica endodoncia de	Prueba práctica 10%	Satisfactorio

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: ABRIL

Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Temas Impartidos	Evaluaciones	Observaciones
1 ^a	Orden y utilización de instrumental unidad y equipo dental	Prueba práctica 55%	Satisfactorio
2 ^a	Orden y utilización de instrumental de: periodoncia	Prueba práctica 15%	Satisfactorio
3 ^a	Orden y utilización de instrumental de: Operatoria dental.	Prueba práctica 15%	Satisfactorio
4 ^a	Orden y paso de instrumental de: endodoncia	Prueba práctica 15%	Satisfactorio

**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

Mes: MAYO

Vo.Bo. Coordinador Docente: _____

Semana	Temas Impartidos	Evaluaciones	Observaciones
1 ^a	Alginato: usos propiedades mezcla	Prueba práctica 20%	Satisfactorio
2 ^a	yeso: uso propiedades mezcla	Prueba práctica 20%	Satisfactorio
3 ^a	Vaciado de impresión con yeso	Prueba oral 40%	Satisfactorio
4 ^a	Instrumental para endodoncia rotatoria.	Prueba oral 20%	Satisfactorio

REFERENCIAS

1. **Asistente dental.** (2009). (en línea). Consultado el 27 de junio 2013. Disponible en: http://www.articulosinformativos.com.mx/Asistente_Dental-a854156.html
2. **Asistente dental.** (2010). (en línea). Consultado el 27 de junio 2013. Disponible en: <http://www.ucu.edu.uy/Home/Facultadesy%C3%81reas/Odontolog%C3%A4Da/Carrera/AsistenteDental/tabid/1630/Default.aspx>
3. Bratthall, D. (2003). **Caries risk assesement.** (en línea). Departament of Cariology. Faculty of Odontology. Lund University, Sweden: Consultado el 18 de junio 2013. Disponible en <http://www.db.od.mah.se/car/data/riskbasic.html>
4. **San Marcos en Linea.** (2013). (en línea). Consultado el 19 de junio. 2014. Disponible en: <http://www.sanmarcosenlinea.com/inicio/>
5. **Historia de San Marcos.** (2014). (en línea). Consultado el 19 de junio 2014. Disponible en: <http://www.gt7.es/visitasanmarcos/noticias/San-Marcos-departamento-de-tradicion-y-cultura>
6. **El mercurio y sus riesgos.** (2003). (en línea). Consultado el 29 de agosto 2013. Disponible en: <http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/ciencia-y-tecnologia/2003/10/07/8670.php>



No. 130.
David Medina
23 - 07 - 2014

7. **Cementos dentales** (2011). (en línea). Consultado el 29 de agosto 2013.
Disponible en: [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P Presentaciones/icsa/asignatura/M D 1 1.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Presentaciones/icsa/asignatura/M_D_1_1.pdf)

8. **Protocolo de esterilización.** (2010). (en línea). Consultado el 19 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.clinicadentalolivares.es/resources/PROTOCOLO+DE+ESTERILIZACION.pdf>

9. **Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización del material, equipamiento y vehículos sanitarios.** (2009). (en línea). Consultado el 20 de junio 2014. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/esteril.pdf>

10. **Mejorar la desnutrición infantil.** (2013). (en línea). Consultado 20 de junio 2013. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/nutrition>

11. **El plan del pacto hambre cero.** (2012). (en línea). Consultado 20 de junio 2013. Disponible en: <http://www.sesan.gob.gt/index.php/descargas/17-plan-del-pacto-hambre-cero/file>

12. **Ventana de los mil días.** (2010). (en línea). consultado 20 junio 2013. Disponible en: <http://www.sesan.gob.gt/index.php/noticias/region-occidente/item/1067-expo-de-la-ventana-de-los-mil-dias-llega-a-tejutla-san-marcos>

13. **Desnutrición por departamentos.** (2013). (en línea). Consultado 19 junio 2014. Disponible en: <http://www.sesan.gob.gt/index.php/noticias/region-occidente>

vo. B.S.

Heidi M. Ochoa
23-07-2014



14. **Método Graffar-Méndez Castellano.** (2001).. (en línea). Consultado el 23 de junio de 2014. Disponible en: <http://cyberpediatria.com/graffarmendezcastellano.pdf>
15. Serra, L.; Roman, B. y Ribas, L. (2001). **Metodología de los estudios nutricionales. actividad dietética.** (en línea). Pp: 4-11: Consultado el 15 de Oct. 2012. Disponible en: <http://www.aedn.es/resources/publico12.pdf>
16. Sánchez, R. A. y Molina, H. E. (2003). **Guía para la elaboración de bibliografías en trabajos de investigación.** (en línea). Consultado el 9 de Oct. 2012. Disponible en: <http://www.usac.edu.gt/fdeo/biblio/guia.pdf>



No. 130.
H. E. Molina
23-07-2014.

ANEXOS

Capacitación a las madres de familia y mujeres embarazadas en el Centro de Atención Integral CAI de San Marcos sobre seguridad alimentaria y nutricional.





PREVENCIÓN

Educación en salud en las escuelas de San Marcos.





Aplicación de enjuagues de flúor



Barrido de sellantes de fosas y fisuras



Investigación única



Mobiliario y equipo de la clínica

Antes



Después



Capacitación al personal auxiliar



**CREENCIAS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA
Y SU RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO
SOCIOECONÓMICO DE ESCOLARES-2013**

Ficha socioeconómica para realizar visita domiciliar

Boleta No. _____

DATOS GENERALES:

Comunidad _____

Nombre del entrevistador:

Nombre del/la escolar:

Edad: _____ años cumplidos Sexo: M: F:

Escolaridad: 1° 2° 3° 4° 5° 6°

Nombre del Establecimiento

Educativo: _____

Nombre del padre, madre o encargado:

Dirección del domicilio:

IV. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE DE FAMILIA:

(Este rubro le indica la profesión u ocupación del jefe de familia, quien es la persona que sostiene económicamente el grupo familiar. Debe preguntar qué nivel académico posee el jefe de familia; completamente terminada la carrera, o la ocupación u oficio que aprendió y debe marcar la casilla que le indica el entrevistado, solo una opción es válida.)

PUNTAJES:	ITEMS
1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA, ingeniero, agrónomo, médico, auditor, administrador de empresas, abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria
2	Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado) bachiller, maestro, perito contador, secretarías, medianos comerciantes o productores como: taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajador con primaria completa, albañil, herrero, personal de seguridad, agricultor, mensajero, mecánico, electricista, fontanero, fotógrafo, carpintero, otros. Obrero especializado y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADOR CON PRIMARIA COMPLETA.
5	Trabajador sin primaria completa albañil, herrero, otros.

V. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:

(Este rubro le permitirá saber el nivel de escolaridad que cursó la madre. En casos de que la madre **no** esté presente en el hogar debe anotar los datos de la persona que desempeña este rol. Debe anotar el puntaje donde la madre haya **iniciado** el nivel académico por ejemplo: si la madre inicio a estudiar en la Universidad pero no culminó solo aprobó algunos cursos, debe marcar el puntaje de "Educación Universitaria".)

1	Educación universitaria
2	Nivel Diversificado, secretaria, maestra, bachiller, perita contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

VI. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA:

(Este rubro le permitirá conocer la fuente de ingresos que tiene la familia para su sostenimiento. En este aspecto debe marcar la opción principal que la familia utiliza para sobrevivir económicamente.)

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual

4	Salario semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

(Debe marcar la opción que más se asemeja a la realidad que observa.)

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

VI. PUNTUACIÓN:

RUBROS.	PUNTAJE
I. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:	
II. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:	
III. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA	
IV. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:	
TOTAL	

Estrato	Total de puntaje obtenido	Marque con una X
I	4-6	
II	7-9	
III	10-12	
IV	13-16	
V	17-20	

INSTRUCTIVO PARA INVESTIGACIÓN DE EPS 2013

Antes de realizar las visitas domiciliarias debe realizar lo siguiente:

1. Leer completamente la ficha, su instructivo y la temática del método que se está aplicando en las visitas domiciliarias para explicar

adecuadamente el propósito de la investigación al momento de la entrevista.

2. Realizar una reunión previa con los padres de familia de los niños que forman parte de la investigación.

Se debe dar a conocer a los padres de familia el proceso de investigación y atención médica, para que ellos estén atentos a la visita domiciliaria, también indicar que la atención odontológica a sus hijos es completamente gratuita.

3. Solicitar acompañamiento a líderes comunitarios o personas reconocidas dentro de la comunidad.

Se recomienda ir acompañado (a) de alguna persona conocida dentro de la comunidad, esto como parte de la precaución y cuidado individual por la situación de inseguridad que se vive en el país.

4. Presentar el carné como estudiantes de la Facultad de Odontología a las personas que se va a entrevistar, dando a conocer el propósito de la investigación.

Explicar a las personas que la investigación se realiza para conocer el contexto de los niños (as) a quienes brindan atención odontológica, lo que permitirá reconocer sus necesidades e intereses y contribuir a mejorar su calidad de vida, a través de un servicio odontológico gratuito.

5. Mostrar actitud de respeto ante las personas

Al iniciar la entrevista se recomienda dar un saludo cordial y en todo momento mostrar interés y respeto por lo que las personas exponga.

6. Ser muy observadores

Observar a la persona mientras hace la entrevista, además observar la situación del domicilio, esto permitirá aproximarnos a las reales condiciones de vida de las personas. Se deben hacer anotaciones sobre situaciones que considere relevantes.

Para completar la ficha de visita domiciliar debe tomar en cuenta los siguientes

aspectos e instrucciones:

DATOS GENERALES:

Estos les indicaran aspectos relevantes de la persona a la que le realizará su visita domiciliar y le serán de gran utilidad.

Comunidad: Debe escribir el nombre de la comunidad incluyendo el municipio y departamento al que pertenece.

Nombre del entrevistador: Su nombre completo puesto que es usted quien realizará las visitas domiciliarias.

Nombre del/la escolar: El nombre completo con apellidos paternos y maternos según sea cada caso.

Edad: Escribir la edad en años cumplidos

Sexo: Indicar con una X si es masculino o femenino.

Escolaridad: Anotar el grado que actualmente cursa el o la escolar.

Nombre del establecimiento educativo: Nombre completo donde estudia el escolar.

Nombre del padre, madre o encargado: Anotar el nombre completo de la persona que es encargada del escolar.

Dirección del domicilio: Escribir la dirección completa de la vivienda.

Estrato al cual corresponde la familia: Debe sumar las puntuaciones que marcó con una X e identificarlo en la escala que a continuación se detalla y ubicar a la familia en un estrato.

Análisis de cada visita domiciliaria realizada:

Realizar análisis de acuerdo con estrato al que pertenece la familia.

Hacer un contraste entre lo observado y lo que está descrito en el método Graffar.

Registrar todos aquellos hallazgos observados y que no se encontraban incluidos en la boleta.

Observaciones generales: Anotar lo que crea conveniente, lo que observó y no está descrito dentro de la ficha.

CALIFICACIONES:

RUBROS.	PUNTAJE
OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE DE FAMILIA:	
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:	
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA	
CONDICIONES DE LA VIVIENDA:	
TOTAL	

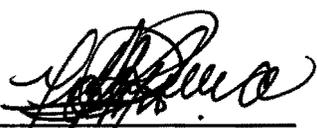
Para ubicar a la familia en un estrato según el método de Graffar debe realizar los siguientes pasos:

- Anotar la puntuación que marcó con una X en los rubros que se describen en el cuadro de calificaciones.
- Sumar los puntajes y anotarlos en la casilla de Total.
- El puntaje total ubicará automáticamente a la familia en uno de los estratos que se describen en el siguiente cuadro:

ESTRATO	TOTAL PUNTAJE OBTENIDO	DE	DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO
I	4-6		Población con las mejores condiciones de vida.
II	7-9		Población con buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del estrato I.

III	10-12	Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
IV	13-16	Población que se ubica en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
V	17-20	Población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

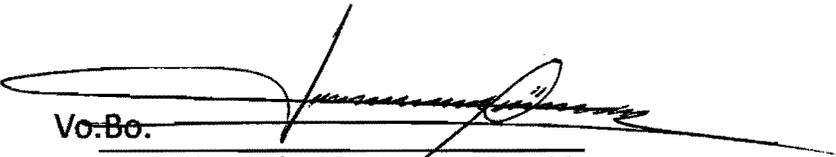
El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad
del autor:



Nelly Edlín Rivera González

El infrascrito Secretario Académico de la Facultad de Odontología hace constar que se firma para cumplir trámite académico-administrativo sin responsabilidad del contenido del presente trabajo de Informe Final de EPS, las modificaciones sugeridas fueron exclusivamente en estilo, redacción y ortografía, cuando se consideró necesario.

Vo.Bo.


Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario General
Facultad de Odontología