

**ADECUACION DE UN PROGRAMA DE SALUD
BUCAL, LLEVADO A CABO A UNA POBLACION
(NIÑOS Y ADOLESCENTES), DE UNA ZONA
PRECARIA DE LA CIUDAD DE GUATEMALA,
CONOCIDA COMO LA LINEA DEL TREN
ZONA 8, 1996**

tesis presentada por

LOURDES ROSALES FARFAN

**Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la
Universidad de San Carlos de Guatemala que practicó el examen
General público previo a optar al título de:**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1996

10
C-4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Luis Alberto Barillas Vásquez
Vocal Tercero:	Dr. Victor Manuel Campollo Zavala
Vocal Cuarto:	Br. Franklin Aaron Alvarado López
Vocal Quinto:	Br. Gonzalo Javier Sagastume Herrera
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dra. Mirna Calderón Marquez
Vocal Tercero:	Dr. Julio Guzmán Meza
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por Jesucristo, hacedor e iluminador de mi vida y mi carrera.

A MIS PADRES:

Carlos Humberto Rosales Cárdenas

Rosa Farfán de Rosales

Con todo mi amor y respeto, ya que sin su apoyo incondicional jamás hubiese llegado este momento tan especial, y tiene un valor extraordinariamente elevado para mí, porque este acto representa el fruto de mucho trabajo y sacrificio de parte de ambos.

A MI ESPOSO:

Axel Suquen

Con amor eterno.

A MIS HERMANOS:

Zonia Carmina, Nora, Brenda Maribel y Juan Carlos.

Por su comprensión y colaboración permanente.

AL GRUPO EVANGELICO UNIVERSITARIO (GEU):

Por enseñarme la esencia del buen vivir, y su apoyo en todo momento.

A CASA VERBO Y PROYECTO JOSE:

Por su colaboración en la elaboración de esta Tesis.
Muchas gracias.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Por su enseñanza académica.

A MI PATRIA GUATEMALA:

Tierra amada, creada por Dios, a la cual espero servir dignamente.

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS

A TODA MI FAMILIA

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MI ASESORA

A MIS AMIGOS

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Cumpliendo con lo establecido en los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista, presento a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:

ADECUACION DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCAL, LLEVADO A CABO A UNA POBLACION (NIÑOS Y ADOLESCENTES), DE UNA ZONA PRECARIA DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, CONOCIDA COMO LA LINEA DEL TREN ZONA 8, 1996.

Agradezco la orientación de mi asesora Dra. Mirna Calderón Márquez, para la realización de este trabajo.

A vosotros distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, mi respeto y agradecimiento.

INDICE

	PAGINA
SUMARIO	1
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	8
REVISION BIBLIOGRAFICA	9
METODOLOGIA	51
PRESENTACION DE RESULTADOS	55
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	73
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	82
LIMITACIONES	83
ANEXOS	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	91

SUMARIO

El presente estudio de tipo descriptivo se realizó durante los meses de marzo a junio de 1996, en una zona precaria de la ciudad de Guatemala, conocida como la Línea del Tren, zona 8. La población estudiada fue de 40 niños y adolescentes comprendidos entre las edades de 0 - 15 años, asistentes al proyecto "José", con el propósito de adecuar un programa de salud bucal a esta zona.

Para el efecto, se diseñó dos boletas para registro de datos, y por medio de una entrevista se logró establecer el nivel socioeconómico y cultural real de la población en estudio.

Por medio de la observación y ejecución del programa de salud bucal, el cual consistió en charlas sobre educación en salud bucal, programa de fluorización, higiene bucal; se detectó en lo que se refiere al área administrativa, los elementos dinamizadores siguientes: Personal calificado (odontólogo), materiales para realizar la higiene bucal, programa de fluorización, institución formal y legal a nivel comunitario, sistematización y coordinación del programa de salud bucal.

Entre los elementos obstaculizadores encontrados están los siguientes: Guías de programas de salud bucal para zonas precarias, apoyo financiero gubernamental, estrategias gubernamentales, personal auxiliar (asistente dental).

En los aspectos detectados en la población en estudio como dinamizadores se encuentran: participación, receptividad, destreza en higiene bucal, hábitos en salud bucal.

Un elemento obstaculizador encontrado fué el conocimiento sobre salud bucal e importancia que se le concede a la misma.

En cuanto al aspecto socioeconómico de la población estudiada se considera que es obstaculizador, puesto que por sus condiciones de indigente, no les permite prestar la importancia a la salud bucal y sus necesidades de sobrevivencia sobrepasan a la atención puesta al cuidado bucal.

La escolaridad de la población de estudio, en ambos sexos no logra terminar la escuela primaria, hay deserción escolar y a su corta edad son seres productivos dedicándose a recolectar basura, vender. Otro grupo es inactivo escolar y laboralmente, siendo presa fácil de vicios.

Las condiciones sociales de la población de estudio son viviendas improvisadas e informales de la gran mayoría, hechas de materiales de desecho con extensiones pequeñas para el número de habitantes por familia, la cual tiene un promedio de 7 a 9 personas.

Un 59 % de familias es desintegrada y en su mayoría hay núcleos familiares fragilizados. En cuanto a lo relacionado con unidad doméstica no se encontró ningún caso puesto que todos refieren tener lazos sanguíneos. El ingreso familiar diario de las de esta zona es variable por la actividad laboral de los padres y en la misma contribuyen todos los miembros de la familia activos laboralmente.

Un 70 % de la población de estudio refiere ser ladina, ha nacido en zonas precarias la mayoría y un 30 % indígena, que ha emigrado en los últimos años y meses.

Se detecto que solamente un 5 % de la población en estudio ha recibido atención odontológica en caso de emergencia y les han prestado los servicios las clínicas particulares y Organizaciones no Gubernamentales, el resto nunca ha recibido atención dental ni visitado al odontólogo.

Se considera que para lograr cambios que redunden en la salud bucodental, como respuesta a las infecciones que padecen la población estudiada, la ayuda debe de ser integral, abordando los distintos problemas que se presentan e involucrando a las familias de esta población en particular

INTRODUCCION

El presente trabajo reseña la problemática en el área de salud odontológica que presentan las zonas precarias urbanas como la Línea del tren zona 8, tomando en cuenta aspectos socioeconómicos y culturales que caracterizan dichas poblaciones.

Por medio de la ejecución de un programa de salud bucal llevado a cabo en esta zona precaria en el cual participaron niños y adolescentes, detectándose elementos dinamizadores y obstaculizadores del mismo. Se estableció la adecuación del programa de salud bucal. En cuanto a aspectos administrativos se encontraron más elementos facilitadores que los contrarios, pero aunado a esto su situación socioeconómica y nivel de vida de la población estudiada, se considera que es un elemento obstaculizador de peso y que probablemente la intervención de políticas gubernamentales que atiendan las necesidades de estas zona de manera integral contribuirán al mejoramiento de esta población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un país en vías de desarrollo como Guatemala, la realidad social y económica comprende la existencia de grupos poblacionales que viven en zonas urbanas llamadas precarias.

Estas son el reflejo del deterioro de la situación socioeconómica del país, son lugares donde habitan los estratos más pobres de la población, caracterizándose por la ausencia de los servicios básicos como: vivienda, servicios de salud, agua y luz, etc. Y se manifiesta esta zona como la desintegración cultural, núcleos familiares fragilizados, muchas veces víctimas de violencia. Debido a la complejidad de estos problemas los servicios de salud médico y odontológico son escasos o inexistentes.

De ahí que se hace necesario enfrentar la problemática que presentan estas personas, específicamente en el campo de la salud bucal, según corresponde a las instituciones relacionadas con ésta.

Por lo tanto, se planteó la adecuación de un programa de salud bucal a una población (niños y adolescentes de una zona precaria conocida como la Línea del tren zona 8.

Tal adecuación se estableció en la ejecución del programa de salud bucal en esta población, cuyas características socioeconómicas y culturales tipifican a las áreas precarias, identificando aquellos aspectos que permitan el avance, retroceso o estancamiento para dicho programa, es decir, elementos facilitadores u obstaculizadores durante la implementación del mismo.

JUSTIFICACION

En Guatemala en el área de salud bucal, no todas las personas tiene acceso al servicio odontológico, debido a múltiples características que predominan en nuestra sociedad entre ellas: pobreza extrema, el analfabetismo, diversidad cultural, etc. Por lo tanto se plantea la necesidad de identificar los elementos dinamizadores y obstaculizadores en la ejecución de un programa de salud bucal en un área precaria urbana (Línea del tren zona 8),

Esta investigación persiguió, establecer las características socio-económicas y culturales de esta población, niños y adolescentes de la Línea del tren zona 8, que permitan el avance o retroceso en la ejecución de un programa de salud bucal y con los resultados obtenidos se pretende proporcionar elementos de juicio que conduzcan a la reevaluación de los programas de salud bucal.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar elementos dinamizadores y obstaculizadores, en la ejecución de un programa de salud bucal, de acuerdo a las características socioeconómicas y socioculturales, de la población que se localiza en un área precaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Establecer lineamientos que permitan la adecuación de los programas de salud bucal a las zonas precarias de la ciudad de Guatemala.
- Aportar elementos de juicio en cuanto al diseño de programas de trabajo comunitario en salud bucal de acuerdo a las características de la población que vive en áreas precarias.
- Definir la conducta de la muestra de acuerdo a sexo ante la implementación del programa.
- Describir la experiencia participativa de un área precaria (Línea del Tren zona 8), en programas de salud bucal.

REVISION BIBLIOGRAFICA
SURGIMIENTO DE ZONAS PRECARIAS
URBANAS

La ciudad de Guatemala ha tenido una historia particular por factores diversos, uno de ellos han sido los cambios de lugar que actualmente ocupa la ciudad iniciándose en 1524 en el Valle de Iximché, posteriormente se traslada al Valle de Almolonga, donde permanece 19 años, en 1543 se traslada al Valle de Panchoy (hoy Antigua Guatemala), en 1776 al Valle de la Asunción o de la Ermita donde se encuentra actualmente.

Desde su fundación fue el lugar donde se aglomeró el gobierno, las finanzas, el comercio, y la industria. Los lugares cercanos a la plaza mayor fueron siempre codiciados y poseídos por las personas de origen español y con alto ingreso económico. Los lugares menos codiciados fueron la periferia y estuvo ocupado por los servidores públicos, pequeños comerciantes y personas de clase media. Finalmente las zonas menos valorizadas con servicios públicos pésimos o inexistentes, eran los lugares para el asentamiento urbano hoy zonas precarias.

Cada lugar que ocupó la ciudad evidenció la desigualdad social entre ricos y pobres, entre los que viven en la opulencia y los que viven en la miseria.

Debido a los diversos cambios políticos y fenómenos naturales, conforme han transcurrido los años se han mantenido y aumentado las zonas precarias urbanas, pero con diferentes particularidades según la época (8,9,11).

QUE SON LAS ZONAS PRECARIAS ?

Las áreas precarias son un reflejo del deterioro de la situación social y económica del país, son lugares donde habitan los estratos más pobres de la población nacional, son una consecuencia de los bajos salarios, del desempleo y sub empleo, visible e invisible y de los altos alquileres cobrados por quienes tienen acceso a la tierra.

Se presentan en esta zona la desintegración cultural, núcleos familiares fragilizados, también encontramos grupos de personas que se unen en su mayoría en los aspectos de consumo, movilizándose y asignándose un conjunto de recursos comunes para garantizar su reproducción material, esto es conocido como unidad doméstica, debido a que es en este bloque social en el que se está presentando esta nueva modalidad de producción social que persigue únicamente como se mencionó anteriormente su reproducción material. (5,8,9,15)

Para el estudio de las áreas precarias urbanas, es menester un análisis profundo e integral del ser humano y de sus necesidades básicas como: vivienda, educación, salud, vestuario, y del medio.

Las personas que viven en áreas precarias urbanas, no son únicamente una simple aglomeración, sino un conjunto de tradiciones, ya que algunos de ellos proceden del interior del país emigrantes, algunos despreciados por sus familias, otros fueron propietarios de pequeñas tierras, otros que nacieron y han vivido siempre en la calle, por lo que cada uno tiene recursos diferentes y el factor unificador son sus necesidades.

A pesar de las observaciones anteriores, sobre lo heterogéneo de este grupo se puede describir sus sueños en dos dimensiones: la vida privada que incluye el mejoramiento de la condición de vida personal, la vida pública que incluye posibilidades del progreso social.

En relación a la vida familiar, se interpreta y está asociada al consumo, por lo cual el salario y el costo de la vida, son las cosas que encierran su atención, además invierte su vida en busca de mejoras que generalmente se concretizan por medio de la casa propia.

Pero ésto lleva consigo un problema que son los servicios urbanos existentes y accesibles en relación a la casa propia. La mejora de la calidad de vida se realiza básicamente por medio del acceso al empleo .

En relación a la política se orientan más a las actividades de gobierno pero resienten más las labores municipales locales y por esto tienen una tendencia a la reivindicación popular, cuyo fin es mejorar las condiciones de vida en los asentamientos.

Se estima según las encuestas que un 36% de la población urbana de la región metropolitana vive en condiciones de pobreza extrema y un 27% en pobreza no extrema.(8,9,11)

CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS DE UN AREA
PRECARIA (LINEA DEL TREN ZONA 8)

El lugar de residencia de estas personas se encuentra a orillas de la línea del tren zona ocho, éste corresponde a un asentamiento humano de tipo marginal precario, carece de sistemas de drenaje, alcantarillado, no cuenta con luz y agua potable, las calles son de terracería y vías férreas. Las viviendas son informales construidas de material de cartón, nylon, lepa, lámina; dentro de una vivienda de aprox. 6X8 mts. cuadrados, viven hasta dos familias, 12 personas sirviendo ésta como habitación, cocina, comedor, etc. (5).

En cuanto a condiciones de salud se destacan enfermedades comúnmente padecidas: gripes, diarreas y otras infecciones, dolor dental, caries y enfermedad periodontal.

Las características educativas de las familias de este bloque son bajas, no sobrepasando el cuarto grado primaria, la mayoría de niños tiene tendencia a la actividad escolar detectándose algunos casos de inactividad escolar.

El ambiente social del área se caracteriza por la presencia de grupos de charamileros, ebrios, personas mayores sin ocupación, también se observan grupo de menores inhalando pegamento, los negocios instalados a su alrededor varían, en

los productos que distribuyen desde granos básicos, verduras hasta venta de licores y otros etc.(5)

La economía es informal e inestable pues muchos de ellos obtienen sus ingresos económicos como: cargadores, vendedores de verduras, peladores, su ingreso diario oscila entre Q10.00 y Q20.00 diarios.

Por último, quisiera resaltar el hecho de que los niños de esta zona precaria son víctimas de violencia, ya sea por sus padres o vecinos, por todo ello sus expectativas de vida son reducidas.

EVENTOS SOCIALES QUE HAN AUMENTADO LAS ZONAS PRECARIAS URBANAS

Entre los sucesos históricos, ocurridos en Guatemala y que han contribuido a aumentar los grupos de zonas precarias de la ciudad capital, es importante mencionar el conflicto armado que agudizó en el área rural, en la década de los 80, y contribuyó a que la ciudad capital se convirtiera en un lugar de atracción de los que habían sido desplazados. Estos eran en su mayoría indígenas, agudizando los problemas sociales como vivienda, prestaciones de los servicios públicos, así como el desempleo y sub-empleo (5).

LA ODONTOLOGIA EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

ATENCION PRIMARIA: Constituye un conjunto organizado de actividades de carácter multi-sectorial aplicable al individuo, la familia, medio ambiente dirigidas a elevar las condiciones sanitarias, promoviendo una respuesta apropiada y permanente que asegure en mayor grado la participación de la comunidad. La atención primaria se proyecta hacia los problemas fundamentales de salud de la comunidad prestando a la vez servicios de promoción, protección y educación, etc. que permitan resolver esos problemas elevando simultáneamente la calidad del nivel de vida entre otros aspectos.

La atención primaria de salud comprende las siguientes actividades:

- Suministro de alimentos y nutrición apropiada.
- Abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia materno-infantil y planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención contra enfermedades endémicas locales.
- Suministro de medicamentos esenciales.

QUE ES LA ATENCION PRIMARIA EN ODONTOLOGIA ?

Es un conjunto organizado de acciones aplicadas al individuo y su medio, destinados a elevar el nivel de salud bucal y el de su comunidad que integra, se procura que una de las fuentes principales de recursos sea la propia colectividad siendo simultáneamente entre los sistemas institucionales que operan en el área, los responsables de dirigir y apoyar el sistema comunitario. Esta atención primaria en odontología debe estar condicionada por las características epidemiológicas propias de las afecciones bucales e íntimamente coordinada con los otros componentes que conforman el concepto esencial de salud. Estudiará a nivel de comunidad y en función de sus características tradicionales socio-económicas-culturales la posibilidad de realizar una acción positiva en base a una extensión de cobertura odontológica en tres disciplinas: educación para la salud, prevención y asistencia - rehabilitación.

La atención primaria en odontología se orientará y movilizará en base a obtener una respuesta del sistema comunitario de tal forma que él sea un protagonista activo de la realidad o condición odontológica, interviniendo y sintiéndose capaz de reconocer sus propias necesidades odontológicas, buscando soluciones para sus problemas que observa en sí mismo y en el grupo social que integra.

El nivel sanitario de la población es la expresión de su nivel cultural y éste a la vez está relacionada con factores socioeconómicos y con índices de productividad.

La atención primaria en odontología sería la resultante de una acción proyectada hacia la propia comunidad en la que todos sus componentes actúan en forma coordinada entre sí y con otras áreas propias de otras actividades que inciden permanentemente en el grupo social. Tendrá que desarrollarse una política nacional que dirija las fuerzas intersectoriales con legislación adecuadas que permitan la aplicación de una administración sanitaria correcta (1).

INCORPORACION DE LA ODONTOLOGIA A LOS PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Suministro de alimentos y nutrición apropiada: promover a los sistemas comunitarios procurando obtener hábitos correctos de alimentación e higiene de la dieta. Inclusión en la misma de todos los elementos nutritivos necesarios para el crecimiento y desarrollo normales de las estructuras bucales y para bucales, controlar y ajustar los tenores de fluoruro en el agua de consumo público. Difundir y apoyar los programas de fluoruración del agua en escuelas y otros centros. Promocionar la fluoruración de la sal de mesa.

Incorporar programas dietéticos con bajo consumo de carbohidratos y/o la ingestión de azúcares no cariogénicos. Promover la ingestión de alimentos que por sus características físicas tienen un efecto profiláctico sobre las estructuras bucales y elevado valor nutritivo.

Asistencia materno infantil y la planificación familiar: organiza a los sistemas comunitarios con el fin de proteger la salud bucal del niño desde el área perinatal con el fin de asegurarnos un correcto aporte alimenticio, así como elevar el nivel sanitario de la embarazada que puede ser fundamental además para nuevos ciclos de gestación.

El control odontológico de las personas que estén bajo la cobertura de atención primaria en odontología debe de incluir higiene bucal correcta y regular. Control de placa bacteriana tratando de obtener hábitos permanentes que se proyecten en la salud bucal de los individuos.

Prevención contra enfermedades endémicas locales; aquellas que afecten las estructuras duras y blandas de la cavidad bucal .

Tratamiento de enfermedades y lesiones comunes:

promover acciones que determinen que la comunidad se organice para recibir en forma correcta la atención odontológica de asistencia y rehabilitación dentro del marco de sus posibilidades económicas.

Suministro de medicamentos esenciales:

Organizar al grupo social para la obtención de los medicamentos que permitan tratar las afecciones bucodentales de uso local y general.

Programas permanentes de educación en salud:

Estimular movimientos en la comunidad con el fin de obtener hábitos correctos de higiene bucal que puedan reducir la incidencia de las afecciones más frecuentes e identificar precozmente mal-posición dentaria.

La atención primaria odontológica no es sólo tarea del estado, es una acción multidisciplinaria, en la cual se encuentran distintos componentes interrelacionados.

Se anhela que la atención reúna: Igualdad, calidad, integridad, oportunidad y accesibilidad para todos(1,13).

FILOSOFIA DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Las profesiones que persiguen la salud del hombre fueron orientadas en sus inicios hacia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En especial la odontología ha debido adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad. Hasta llegar a lo que finalmente es el reto de la odontología moderna. El mantenimiento y la promoción de la salud bucodental, con ésto se persigue que la caries y enfermedad periodontal lleguen a una franca regresión. (4)

Está claro que el odontólogo dispone de pocas medidas preventivas específicas en comparación con las que puede utilizar el médico. Esto se debe en parte a la cronicidad de las dos enfermedades bucales de más prevalencia como lo son: caries y enfermedad periodontal, y en parte al hecho de la claridad y amplitud del concepto de prevención que es "Cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de un afección o enfermedad bien sea interrumpir o aminorar su progresión".

Teniendo claro el concepto de prevención a continuación se presentan los niveles que de ella existen:

PREVENCION PRIMARIA:

Esta persigue disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones (4). En este nivel se procura crear las condiciones más favorables posibles, de tal forma que el individuo esté en estado óptimo y pueda resistir el ataque de cualquier enfermedad. (21)

Se localizan dos subniveles en esta sección:

Prevención inespecífica: Se dice que son aquellas medidas que se toman sobre el individuo y la colectividad o medio ambiente, con el fin de evitar la producción de la enfermedad. Ejemplo: Nutrición adecuada, ejercicios al aire libre, educación sanitaria, etc.

Prevención específica: Va dirigida a la prevención de una sola enfermedad o afección determinada, es decir protegemos al individuo de una enfermedad determinada, ejemplo: Yodación, fluoruración de la sal, fluoruración del agua (21).

PREVENCION SECUNDARIA:

Esta actúa sólo cuando la primaria no ha existido y si ha existido ha fracasado. La actuación se debe orientar en el sentido de identificar las enfermedades y tratarlas lo más temprano posible. Con el objeto de lograr la curación y evitar la aparición de secuelas. En esta sección se realizan el diagnóstico y tratamiento precoces (4).

PREVENCION TERCIARIA:

Cuando se falla en la aplicación de medidas en los niveles anteriores, se debe procurar cualquiera que sea la fase donde se encuentre la enfermedad, la limitación del daño causado, las intervenciones en odontología restaurativa o curativa puede tener una finalidad preventiva, cuando se aplica la prevención en un concepto amplio. Hay dos subniveles en esta sección (21).

Limitación del daño:

Detener la enfermedad para evitar un mal mayor (4).

Rehabilitación del individuo:

Aquí se encuentra el estado en que la enfermedad ya ha evolucionado, hasta su fase final y nos encontramos frente a un individuo lesionado por la dolencia, portador de la secuela e incapacitado parcial o totalmente.

Por lo que diremos que la prevención en su sentido más amplio comprende nuestra actuación en cualquier fase de la evolución de la enfermedad, y la odontología también es sinónimo de odontología integral (21).

DETERMINANTES DE SALUD BUCODENTAL.

Se ha observado que para que se dé la salud en un estado óptimo en una comunidad se necesita de la interacción de cuatro variables: 1) Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural, presencia o eliminación de factores de riesgo; 2) Estilo de vida: Conducta de salud, hábitos dietéticos, dietas ricas en azúcares; 3) Asistencia sanitaria: Accesibilidad al agua potable fluorada; 4) Biología: Genética, envejecimiento, edad y resistencia del huésped.

De ahí que ha surgido una nueva perspectiva para enfrentarse al problema de salud bucodental, y se basa en la implementación de medidas preventivas aplicadas a la población entre las que se pueden mencionar: Utilización del flúor, mejora de los niveles de higiene, mejora de los niveles de conciencia odontológica, cambio de hábitos de comportamiento de la población. (3,4)

PROGRAMA PREVENTIVO DE SALUD BUCAL
IMPLEMENTADO A UNA POBLACION (NIÑOS Y ADOLESCENTES)
UNA ZONA PRECARIA DE LA CIUDAD DE GUATEMALA
CONOCIDA COMO LA LINEA DEL TREN ZONA OCHO

1- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA:

En las zonas urbanas precarias de la ciudad de Guatemala se observa que los niños y adolescentes presentan diversos problemas en cuanto a aspectos de salud, siendo uno de los menos considerados y fomentados, la salud bucodental en este caso se presentará un programa preventivo de salud bucal. Debido a la presencia de caries dental y enfermedades bucogingival en esta población (niños y adolescentes).

2- PROPOSITOS DEL PROGRAMA

Poner a disposición de niños y adolescentes de esta zona precaria (línea del tren zona ocho) la odontología preventiva, promoviendo la salud bucal en esta población

3- OBJETIVOS:

Desarrollar conductas y pensamientos que promuevan la prevención odontológica primaria.

- Realizar cursos básicos de educación para la salud y prevención.
- Realizar programas de control mecánico de placa bacteriana.

- Realizar enjuagatorios fluorados una vez a la semana.
- Retroalimentar periódicamente los contenidos educativos a través de la organización de experiencias educativas de la población seleccionada.
- Realizar la higiene bucal diaria.

4- ANALISIS Y SELECCION DE LAS ALTERNATIVAS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS

- Utilizar el modelo educativo de salud bucal (se describe posteriormente).
- Aplicación del control de placa bacteriana: por medio de agentes reveladores en este caso pastillas y que permitirán descubrir y observar la placa sobre la superficie de los dientes. Resulta ventajoso la utilización de los agentes antes y después de cepillarse los dientes. Una vez que tenga suficiente confianza en su habilidad para remover la placa, pueden utilizarse solamente después de cepillarse para así estar seguros de haber removido la totalidad de la placa.
Aplicación de enjuagatorios fluorados.

El enjuagatorio con flúor es un método fácil de introducir y practicable para un programa preventivo, se ha demostrado que la incidencia de caries puede reducirse en un 25 a 40%.

Se aplica el enjuagatorio una vez por semana con una solución de fluoruro de sodio al 0.2%.

Se necesitan los siguientes materiales:

- Fluoruro de sodio en forma de pastilla (500 mg.c/u) para un litro de agua 5 pastillas
 - Envase plástico de un litro con tapa.
 - Plato sopero.
 - 1 cuchara soperera.
 - Vasos plásticos para los niños.
 - Balde para desechar el enjuague (depende del lugar).
- 1- Triturar las pastillas de fluoruro de sodio 2.5 gramos hasta hacerlas polvo.
 - 2- Llenar el envase plástico con un litro de agua potable o hervida.
 - 3- Agregar el polvo al envase de agua.
 - 4- Tapar la botella y agitar hasta disolver completamente el fluoruro de sodio.
 - 5- La solución obtenida alcanza aproximadamente para 200 niños.

Cómo se realiza el enjuagatorio con flúor?

- Primero los niños y adolescentes tienen que cepillarse sus dientes.
- Según el número de niños y adolescentes se echa la solución en el plato sopero.
- El trabajador de salud toma con la cuchara la solución y la echa en los vasos plásticos. Así cada niño y adolescente obtiene aproximadamente 5 ml. de solución.

- A una señal del trabajador de salud, los niños introducen la solución en la boca, enjuagan y la retienen por lo menos por un minuto, se debe tener cuidado que los niños no se lo traguen.
- Después del tiempo que el trabajador de salud indica, los niños escupen la solución.
- Hay que indicar a los niños que durante una hora no se debe tomar o comer ningún alimento.

Qué pasa cuando se ingirió el flúor y qué hacer?

- a) Si las cantidades son pequeñas como cuando se utiliza el enjuagatorio, puede provocar solamente dolor de estómago. En este caso se le deberá dar al niño o adolescente leche o bicarbonato.
- b) Cuando se ha ingerido en cantidades mayores (por ejemplo tomando gran cantidad de la solución o comido las pastillas de flúor) puede producir náuseas, vómitos, mareos, convulsiones o hasta la muerte. En este caso se le debe provocar náuseas y vómitos, obligando al niño a hacerlo por medio de un objeto que se le meta en la garganta, o dándole a beber agua salada, posteriormente se le deberá dar carbón activo para neutralizar el efecto del flúor (3,17,12).

- Aplicación de la higiene bucodental:

Para evitar que se enfermen los dientes y las encías es importante eliminar la placa bacteriana diariamente, lo más común es el uso del cepillo dental, pero también se enseñará que pueden utilizarse otros instrumentos de elaboración casera. Se realizará el cepillado dental una vez al día con la población seleccionada y se les dará tareas de higiene dental a realizarse en sus hogares, con los diferentes instrumentos de higiene que serán elaborados por ellos (la elaboración de éstas se describe más adelante).

La técnica de cepillado a utilizar es la de Stillman McCall modificada, la cual consiste en dividir imaginariamente la dentadura en cuatro segmentos o cuadrantes, y así establecer una lógica y norma en el procedimiento de cepillado y promover que el mismo sea efectuado siempre ordenada y completamente.

- Retroalimentar las clases educativas de salud bucal realizadas con anterioridad en base a preguntas, (ver modelo educativo).

5- PLANIFICAR ALTERNATIVAS SELECCIONADAS.

ALTERNATIVA	CUANDO	ACEPTACION	OBSERVACION OBSTAC/FACILITA
Cursos educativos sobre salud bucal.	1 vez/15d	positiva	Obstaculo: edades muy variadas
Enjuagatorios fluorados	1 vez/s	positiva	Facilitador: entusiasmo al realizar la practica
Control de placa bacteriana	1 vez/c dos me ses	positiva	Obstaculo : edades muy variadas
Higiene bucal	1 vez/d		Obstaculo: 1 vez al dia
Retroalimentación educativa	1 vez/15d		Obstaculo: edades muy variadas

1/15d = 1 vez cada 15 dias

1/d = 1 vez al dia

6- EVALUACION: Se realizará la evaluación al final del programa de salud bucal.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS	LOGROS
Cursos educativos sobre salud bucal.	Odontólogo Maestros	Material didáctico	comprende el tema pinta dibujo y logra referir e identificar contenidos
Enjuagatorios fluorados.	Odontólogo Maestros	flúor	realiza el enjuagatorio
Control de placa bacteriana.	Odontólogo	pastilla reveladora	identificar la placa bacteriana
Higiene bucal	Odontólogo Maestros	cepillos y crema dental	realiza el cepillado una vez al día
Retroalimentación educativa.	Odontólogo Maestros	material didáctico	responde a las preguntas hechas.

MODELO EDUCATIVO EN SALUD BUCAL

Toda actividad educativa, persigue que el aprendizaje de conductas duraderas, en el pensar, en el hacer y sentir los resultados serán cambios en el conocimiento, las destrezas y actividades respectivas. En el campo de la salud odontológica la actividad educativa, es una estrategia valiosa, puesto que la población para cuidarse y solicitar cuidado, no sólo necesita estar informada sino también desarrollar una actitud positiva y de estimación frente a la salud bucal (2). Esta labor educativa tiene una meta fundamental, permitir que los individuos tengan un acceso a la mejor odontología, la preventiva (19).

Es importante la responsabilidad individual que redundará en la mejora e interés de la higiene bucal. Los estudios indican que sólo obteniendo cambios en la mentalidad y comportamiento de los individuos podrá tener éxito un programa de salud bucal (2,19,20).

PLAN GENERAL

MODELO EDUCATIVO EN SALUD BUCAL

OPERADORES: Odontólogo a cargo del programa de salud bucal.

RECEPTORES: Niños y adolescentes que viven a la orilla de línea del tren zona 8 , asistentes al proyecto "José".

FECHA: De marzo a junio 1996.

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar conductas y pensamientos que promuevan la prevención odontológica primaria.

TEMAS	ACTIVIDADES SUGERIDAS	INDICADORES A EVALUAR
Qué es la caries dental?	Clases teóricas, demostraciones	Preguntas orales pruebas escritas
La enfermedad de las encías.	prácticas, trabajo grupal, cumpli-	destrezas y habili-
Componentes de la cavidad bucal.	miento de consig- nas en el hogar,	do dental, en base a la cantidad de placa
La higiene bucal.	trabajo y escuela.	bacteriana supragin-
Qué es fluor?	Enseñanza para el	gival.
La nutrición como medida preventiva.	cepillado correcto	

METODOS	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
Inductivo	Odontólogo	Didácticos:
Deductivo	Auxiliares	Franelógrafo, carteles,
	Maestros	pizarrón, marcadores,
		typodonto, cepillos,
		crema dental, toallas,
		flúor, videos, hojas,
		crayones, slides, sal, palillos, pastillas.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Al finalizar la experiencia de aprendizaje, los receptores sean capaces de conocer qué es la caries y los daños que produce.

QUE ES LA CARIES DENTAL?

Desde el punto de vista morfológico la caries es una enfermedad que determina la destrucción de las estructuras del diente (4). Como ya se dijo, esta enfermedad es infecciosa progresiva y da como resultado la pérdida de los tejidos dentarios.

La caries dental se origina mediante la participación de tres factores principales; 1) dientes; 2) azúcar (comida); 3) bacterias (microorganismo).

El mecanismo que produce la destrucción del diente por la caries dental se realiza en varias etapas sucesivas.

- 1) La deposición de una capa de residuos de alimentos disueltos en la saliva y compuestos principales son: el azúcar y las proteínas, a esto se le conoce como: película adquirida del esmalte. Esta se realiza en toda la boca, aún en las personas que llevan acabo su higiene bucal. Esta película adquirida no progresa a ningún estadio mayor si su proceso de formación es controlada mediante una buena higiene bucal.
- 2) Al no realizarse la higiene bucal, esta película adquirida del esmalte se coloniza de microorganismos, especialmente unos llamados estreptococos, restos de comidas, células que se desprenden de las encías, lengua y carrillos, a esto se le conoce como placa bacteriana. Los microbios que hay en la placa bacteriana, se organizan y multiplican, formando ácidos que son altamente nocivos para los dientes. Estas colonias de bacterias, crecen mejor en áreas resguardadas difíciles de cepillar. Ellas tienen la capacidad de adherirse

firmemente a la superficie dentaria de manera tal que sólo es posible removerla con cepillo e hilo dental (4, 10,17).

- 3). Si la placa no se elimina de los dientes y encías se calcifica con sales provenientes de la saliva después de unos días. Esto se llama sarro. Es duro, de color amarillo, a veces café ó negro. Tiene una superficie rugosa que favorece la formación de nueva placa, el sarro se encuentra entre la encía y el diente, destruyendo esta unión se le ve muy frecuentemente detrás de los dientes antero-inferiores, no se le puede quitar mediante el cepillado.

Le toma aproximadamente 24 horas a la placa para formarse nuevamente en la superficie del diente de manera tal que removiéndola dos veces al día, es posible prevenir la caries (12,17).

- 4) Es importante resaltar el hecho de que mientras más tiempo pasa sin que se realice la higiene, después de una comida, las fases de destrucción del esmalte van profundizándose de manera que formarán cavidades cariosas profundas, que pondrán en contacto a la dentina con la saliva y el medio ambiente bucal. Si la

enfermedad no se detiene a este nivel, afectará la pulpa (tejido nervioso), ésta se inflama y suele tener una reacción dolorosa y severa destrucción de la dentina y esmalte. Cuando esta inflamación ya no puede ser contenida en el espacio pulpar suele extenderse hacia el ápice, tejido periodontal, formándose un absceso, presenta edema (hinchazón) y acumulaciones variables de material purulento (pus).

Si ésto sigue sin atención adecuada es factible que la infección llegue hasta la cara y cuello, constituyendo un constante foco de infección del cuerpo, el cual puede llegar a afectar corazón, riñones, cerebro, pulmón, el traslado de la infección por circulación sanguínea a los órganos (bacteremia).

Se puede decir que la caries dental produce:

- Dolor en el diente afectado y regiones vecinas.
 - Destrucción de las piezas dentales ocasionando su pérdida.
 - Infección de la zona afectada.
 - Mal aliento (halitosis).
 - Dificultad en masticación de los alimentos.
 - Pérdida de la estética facial.
 - Alteración en el estado de salud general de la persona.
- (4, 7,10)..

LA ENFERMEDAD DE LAS ENCIAS.

Objetivo específico: Al finalizar la experiencia de aprendizaje los receptores sean capaces de conocer cuáles son las enfermedades de las encías y qué las produce.

Recibe este nombre cuando sufre alteraciones, procesos inflamatorios todas aquellas estructuras que soportan y protegen las piezas dentarias ejemplo: Encía, cemento radicular, hueso, alveolar y ligamento periodontal (4,7).

Las piezas dentarias están unidas al hueso maxilar a través de fibras que ayudan a que las piezas dentales permanezcan en su alveólo, y neutralizan las fuerzas externas que se dirigen contra los dientes.

La enfermedad periodontal, es producida por irritantes locales como la placa bacteriana periodontal, está formada principalmente de bacterias de crecimiento rápido, una diferencia entre la placa bacteriana dental y la placa bacteriana periodontal, es básicamente la zona dentaria donde se forma.

Si ésta no se elimina correctamente los componentes de esta se calcifican llegando a producir cálculos que irritan a la encía, produciendo algunas veces sangramiento al cepillado

clínicamente el proceso patológico ha empezado y a esta etapa se le conoce como gingivitis.

GINGIVITIS: Como su nombre lo indica es la inflamación de las encías como respuesta a los estímulos traumáticos, se caracteriza por presentar un enrojecimiento, aumento de calor, tamaño de la cantidad de líquidos acumulados en el tejido (edema), y por la presencia de dolor, aunado en muchas oportunidades por sangramiento espontáneo o provocado. Esta como ya se indicó es la primera etapa en el desarrollo de la enfermedad periodontal.

ENFERMEDAD PERIODONTAL: Es la enfermedad que afecta los tejidos periodontales profundos, producto del avance de la gingivitis hacia estos, esto es básicamente la afección del hueso que sostiene las piezas dentarias, produciendo su reabsorción y este cambio produce las denominadas bolsas periodontales, éstas se caracterizan por contener: cálculos dentarios, restos de células muertas, restos alimenticios, placa bacteriana, sangre, líquidos inflamatorios y material purulento (pus).

Los estadios de la enfermedad varían dependiendo de la cantidad de hueso que se haya perdido y se clasifica en : leve, moderada, severa. La periodontitis en su ciclo de

evolución se caracteriza por presentar, dolor, sangramiento, mal olor, pus, empacamiento de comida, malestar, produciéndose en última instancia, la pérdida de los dientes al no haber ninguna estructura que les provea sostén. (4,7,12,16)

COMPONENTES DE LA CAVIDAD BUCAL

Se describe la boca como una cavidad, localizada en el tercio inferior de la cara, limitada en su parte superior por el cielo de la boca (paladar duro), a los lados los carrillos, hacia adelante los labios, hacia atrás la orofaringe y por debajo está limitada por la lengua y sus estructuras constituyentes.

Está conformada por tres distintos tejidos, óseo muscular y de recubrimiento. Los componentes óseos son: maxilar superior, maxilar inferior, que es el único hueso móvil de la cara y tiene forma de herradura. Tejido muscular: son los que cubren la cavidad bucal como en el caso de los carrillos, labios, lengua que limitan, protegen y desarrollan funciones en la modulación de la voz, movilidad de los alimentos y realizan la conducción de saliva al interior de la cavidad.

La lengua por su parte es un órgano móvil que contiene papilas de diferentes tipos: foleadas, calciformes, y fungiformes y por debajo de la misma, hay conductos secretores de saliva. El material de recubrimiento es la mucosa bucal que es una

capa rosada superficial que protege todos las estructuras internas, como hueso, músculos y glándulas (7,12)

DENTADURAS

Esta tiene como componentes a las piezas dentales, presentan un color blanco amarillento , tiene una consistencia dura y forma viariada.

Existen dos tipos de denticiones:

Dentición permanente que es la que tiene los adultos

Dentición temporal la que tienen los niños

Dentición mixta cuando presenten ambas denticiones.

Como se pueden diferenciar los dientes de leche de los permanente.

-Los dientes de leche son más pequeños y tienen un aspecto más blanco (lechoso).

-Su forma coronaria es más redondeada y acampanada.

Porqué es tan importante cuidar los dientes de leche?:

-Sirven al niño para la masticación de los alimentos.

-Estimula el desarrollo de los huesos maxilares.

-Mantiene el espacio para los dientes permanentes.

-Sirve de guía para la salida de los dientes permanentes.

-Intervienen en la normal pronunciación de las palabras.

-Contribuyen a la estética facial.

Si los dientes temporales, son extraídos antes de tiempo producirán maloclusiones. También una infección en el diente temporal podrá causar daño al diente permanente.

Importancia de los primeros molares permanentes; Los cuatro primeros molares permanentes erupcionan a los seis años por detrás de los últimos dientes temporales, muchas veces se piensa que todavía son dientes de leche y no les dan tanta importancia como debieran, y los extraen, ¡cuidado son permanente y no son reemplazados por otros!. Son fundamentales para guiar las erupciones de los demás dientes. Además tienen importancia en el desarrollo de la cara y la correcta posición de la articulación temporomandibular (7,12).

Existen cuatro tipos diferentes de dientes que son:

-Incisivos, caninos, molares y premolares.

Los incisivos y caninos son los anteriores y cortan los alimentos.

Los molares y premolares, muelen y trituran los alimentos.

Los dientes están conformados anatómicamente por tres partes; Corona: Es la parte que efectúa la mayoría de las funciones de un diente dentro de la boca; Cuello dentario: constituye la zona de unión para la corona y la raíz; Raíz: es la parte del diente que se encuentra dentro del hueso y de la encía sosteniendo al diente.

Internamente los dientes están compuestos de los siguientes elementos:

-Esmalte: Es traslúcido y de consistencia dura y resistente,

es tejido mineralizado que está compuesto, por prismas de 42 esmalte, entre los prismas se encuentran pequeños poros los cuales se caracterizan por ser el medio de intercambio entre la saliva y el diente.

-Cemento: Es la capa externa de la raíz , su grosor es delgado y tiene sustancias proteínicas así como minerales.

-Dentina: Es la encargada de darle el color amarillento a los dientes y es sostén del esmalte y cemento de la corona y raíz del diente, posee tubulillos dentinales que contienen terminaciones nerviosas y sanguíneas, proporcionándole una alta sensibilidad al tejido dentinario.

_Pulpa: Es el tejido compuesto por terminaciones nerviosas y sanguíneas, esta constituido por téjido blando, y le provee sensibilidad y vitalidad al diente. (7,17)

Funciones de los dientes:

Los dientes realizan tres funciones primordiales en el ser humano:

a) Masticatoria: Es la trituración y demolición de los alimentos en la cavidad bucal, contribuye con la deglución, digestión y asimilación por otros órganos del aparato digestivo.

b) Fonética: Consisten en pronunciar correctamente las palabras, esto dependerá del apoyo que pueda lograr labios, lengua y carrillo, sobre los dientes, en ausencia de los mismos, pronunciarán los vicios de seseo o silbidos.

c) Estética: Muchas de las estructuras musculares que constituyen las paredes de la cara encuentran su apoyo sobre los huesos faciales mediante las raíces de los dientes; con la pérdida de los dientes puede observarse en las personas disminución del tamaño de la cara, pérdida de tonicidad de los músculos faciales (se aflojarán), darán como resultado arrugas y surcos, debido a la pérdida ósea.
(7,10)

MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA LA CARIES Y LA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS

La mejor forma de evitar una enfermedad es actuando antes que esta enfermedad comience (previniéndola).

Las técnicas que pueden evitar que la boca se enfermen son:

LA HIGIENE BUCAL

Para evitar que se enfermen los dientes y las encías es importante eliminar la placa bacteriana que se forma diariamente en la superficie de los dientes y encías. Si ya existe sarro hay que quitarlo.

Se necesitan métodos de limpieza que sean complementarios.

-Cepillado dental

-uso del hilo dental

CEPILLADO DENTAL:

Es un procedimiento básico de la higiene bucal y consiste en utilizar un cepillo dental apropiado, mediante la aplicación práctica de una técnica manual con el propósito de

limpiar los dientes de restos de alimentos y placa bacteriana. Es ventajoso establecer una rutina diaria para realizar la higiene.

- Se debe cepillar los dientes después de comer (tres veces al día), especialmente al acostarnos, esto elimina la placa bacteriana y durante las horas de sueño estaremos libre de acción microbiana.

- Use un cepillo cuyas cerdas sea de dureza mediana con abundantes penachos cortados a la misma altura.

- Cada sección de cepillado debe tomarle por lo menos tres minutos.

- Los cepillos deben descartarse cuando las cerdas pierden textura, se aflojan o se doblen.

- Cepille la superficie de la lengua.

- Cepille sus dientes y muelas en un orden determinado, con tal de no dejar ninguna cara o superficie sin limpiar.

- si va a usar seda dental debe emplearla antes del cepillado no force la seda dental entre los dientes, colóquela delicadamente, deslícela sobre el punto de contacto y déjela que se deslice, hasta llegar a tocar la encía sin lástimarla.

Con ambos dedos mueva la seda dental de arriba hacia abajo limpiando la superficie proximal de un diente durante tres veces por lo menos y después haga lo mismo con el diente vecino . Para retirar la seda hágalo sin pasar nuevamente por el punto de contacto (3,7,10).

TECNICA DE CEPILLADO

A- cepillado de dientes superiores:

Se coloca el cepillo con las cerdas hacia arriba; horizontalmente en contacto con la encía y haciendo una presión moderada con una inclinación moderada de 45 grados aproximadamente, se hace girar el cepillo sobre sí mismo hasta que las cerdas haya barrido toda la superficie tratada; este procedimiento se debe efectuar 3 ó 4 veces por cada diente.

dicho de otro forma los dientes de arriba se cepillan hacia abajo .

Se recomienda que los primeros días este procedimiento se efectúe frente a un espejo. Hasta que se logre adquirir la habilidad necesaria.

Cepillado de dientes inferiores:

Este procedimiento es exactamente igual al descrito con anterioridad sólo que a la inversa que para las pieza superiores. De abajo hacia arriba, con una inclinación de 45 grados aproximadamente.

Cepillado de las caras dentarias internas :

Esta fase del cepillado se efectúa también con las mismas técnicas sugeridas para las caras externas (bucales), llevando la idea clara que estas zonas son un tanto más difíciles de limpiar, debido a que por su ubicación tienden a acumularse mayor cantidad de restos alimenticios, y por ende la formación de placa bacteriana es mayor.

Cepillado de las superficies masticatorias:

Este procedimiento sirve para eliminar , los residuos de comida o de placa formado sobre las caras oclusales masticatorias de los dientes.

La forma más adecuada de efectuarlo es la movilización del cepillo dental circularmente, de tal manera que las cerdas se introduzcan ligeramente en las ranuras y surcos presentes en las caras de las piezas.

Si no hay cepillo dental se puede utilizar varios instrumentos como:

- Ramitas de una planta fibrosa como retama, limón, salvia negra o cáscara de coco.
- Pequeña brocha hecha con fibras naturales.
- Esponja amarrada a la punta de un palito.
- Trozos de paschte o toalla.

Lo más importante es entender que se quiere hacer con un cepillo, así cada uno podría inventar un cepillo casero con los materiales que tengan a la mano (7,10,17).

TECNICA DEL DEDIL DE TOALLA O PAXHTE

Consiste en utilizar un instrumento de toalla, de aproximadamente de 2 1/2 pulgadas, por 2 pulgadas, cerrado por dos lados y adaptados al dedeo índice, para ser utilizado en la limpieza dentaria, siguiendo la secuencia por cuadrantes que ha sido sugerido en la técnica de cepillado.

En estudios realizados en nuestro país, se comprobó la efectividad de esta técnica similares a los obtenidos a

través del cepillado dental, con la ventaja de ser más económico, cómodo para muchas personas, y de fácil utilización.

La efectividad de limpieza del dedil de toalla , al igual que en el cepillado se ve disminuido en el área interproximal de los dientes, en vista de la dificultad de penetración que estos medios prestan ahí. Por esta razón sigue siendo necesario el uso del hilo dental, el cual si es bastante efectivo en este objetivo (7,17).

ES NECESARIA LA CREMA DENTAL? :

La pasta dental hace más agradable el cepillado, ayuda a la limpieza, pero se ha comprobado que no es indispensable. Se puede limpiar los dientes sólo con agua, con carbón o cenizas, sauce, bicarbonato de soda y sal. Estos no sólo actúan como medio para limpiar los dientes sino que neutralizan el ácido formado por las bacterias y disminuyen la actividad destructora de ellas (7,12).

LA NUTRICION COMO MEDIDA PREVENTIVA

La nutrición influye mucho en la salud de los dientes y las encías durante toda la vida.

Algunos alimentos favorecen la reproducción de bacterias en la placa bacteriana, formando así una cantidad más grande de ácido. Estos alimentos son los azúcares y las harinas principalmente.

Una forma de prevenir la caries y la gingivitis es comer lo menos posible azúcar, caramelos, pasteles y refrescos embolsados y embotellados.

Ya sabemos que es casi imposible dejar comer dulces y azúcar. Por eso sugerimos que se coma el azúcar en cualquier forma, durante las comidas y no entre ellas. Mejor es comer una cantidad de dulces una vez al día y luego lavarse los dientes, que comer varias veces a lo largo del día. Eso es mucho más dañino.

Que dieta es adecuada?

Los alimentos fibrosos y duros reducen significativamente acumulación de placa bacteriana sobre los dientes, ya que favorecen el proceso de masticación y la fisiología bucal, en general, mediante una mayor secreción de saliva y movimiento de los músculos de lengua y mejillas que facilitan la autolimpieza. Entre estos alimentos tenemos: la zanahoria, apio, rábano, peras, manzana, membrillo y frutas frescas. Lo ideal es terminar cualquier comida con un alimento de este tipo. (3,12)

QUE ES EL FLUOR?

El flúor es un elemento que se ha venido utilizando para fortalecer la capa superficial de los dientes (esmalte) y así hacerlos más resistentes al ataque de la caries.

Se puede incorporar fluoruro a los dientes por dos vías:

a- por vía sistémica: Consumo del flúor, por medio de líquidos, tabletas o comprimidos de uso cotidiano.

b- Flúor directamente sobre el diente: Estas son aplicaciones tópicas de flúor, que pueden ser efectuadas en consultorios dentales, también por medio de las pastas de dientes que contiene flúor y enjuagatorio semanales del fluoruro de sodio al 0.2% (4, 10, 14).

METODOLOGIA

- A - TIPO DE ESTUDIO: El presente estudio es clasificado como descriptivo: porque reseña las características del fenómeno de estudio.
- B - SUJETO DE ESTUDIO: Niños y adolescentes que viven en una zona precaria urbana conocida como la Línea del tren zona ocho, asistentes al proyecto "José" (centro de ayuda social con atención médico - odontológica y nutricional).
- C - TAMAÑO DE LA POBLACION : Esta incluyó el total de niños que asisten al proyecto "JOSE".
- D - VARIABLES A ESTUDIAR:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
<u>Edad</u> tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de realizar el estudio	años cumplidos que refiere la persona padre, madre o familiar.	intervalos de 0-3, 4-6, 7-9 10 - 12, 13-15
<u>Escolaridad</u> instrucción formal que sigue un individuo en un establecimiento docente	grado que cursa según, refiere la la persona	cuantitativa

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
<u>Etnia</u> Agrupación natural de individuos de igual idioma o cultura	Cómo se autoidentifique - la persona entrevistada	ladino-indígena
<u>Unidad doméstica</u> corresponde a un grupo de personas que comparte la mayoría de los aspectos de consumo movilizandoy asignando un conjunto de recursos comunes (incluyendo trabajo), para garantizar su reproducción material	Lo que refiere la persona entrevistada	existe o no existe
<u>Unidad familiar</u> grupo de personas madre e hijos que viven bajo un mismo techo y que los unen lazos sanguíneos	Lo que refiera la persona entrevistada.	integrada o desintegrada

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ECALA DE MEDICION
<u>Sexo</u> condición que dis- tingue al hombre de la mujer	Lo que refiera la persona entrevistada	hombre o mujer

E- PROCEDIMIENTO:

Se implementó un programa de salud bucal, que cubrió a los niños y adolescentes de la Línea del tren zona 8. Este consideró la prevención y educación en salud bucal, se ejecutó durante cuatro meses en los cuales, se contó con la colaboración de maestros del proyecto José, quienes ayudaron en las diferentes actividades que el programa de salud bucal específica (ver pagina 25).

Por medio de la observación y encuestas, se estableció la adecuación de este programa preventivo detectando aspectos dinamizadores y obstaculizadores durante la ejecución del mismo.

E - RECURSOS MATERIALES:

Flúor, material didáctico, pastillas reveladoras, cepillos de dientes, paxhte, toalla, crema dental, sal y bicarbonato de soda, boleta estructurada para recabar información, material y equipo de escritorio, hojas de impresión, caséte.

F - RECURSOS FISICOS: Biblioteca de: USAC, Dirección General de Servicios de Salud, UNICEF, OPS, instalaciones del proyecto José.

D - ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

En cuanto al sujeto de estudio, se tomó como base lo relacionado a derechos humanos en la investigación que estipula:

- Derecho de privacidad
- Derecho a la determinación personal
- Derecho a la conservación de integridad personal
- Derecho a no recibir ofensas
- Derecho a no estar expuesto al riesgo intrínseco de herida.

Previa información, sobre el tipo de investigación, se organizó el derecho libre de participación, por medio de la aceptación verbal, así como el carácter confidencial de su participación a través del anonimato.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No 1

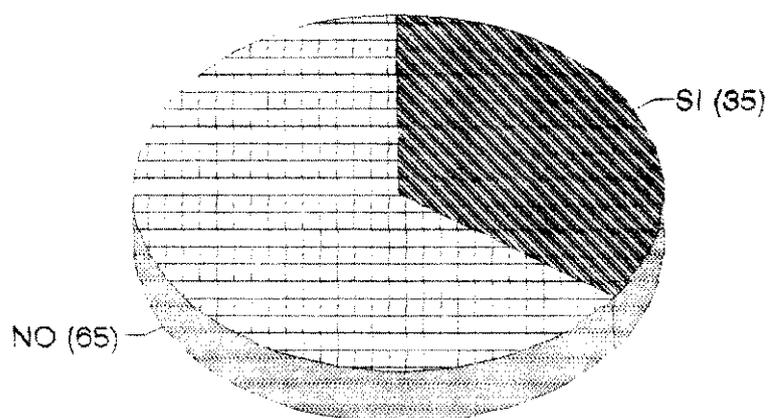
DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD, DE LA POBLACION EN ESTUDIO,
(NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO

EDAD EN \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTALES	
	AÑOS	NO.	%	NO.	%	NO.
0 - 3	0	0 %	6	15%	6	15%
4 - 6	3	7.5%	7	17.5%	10	25%
7 - 9	5	12.5%	7	17.5%	12	30%
10 -12	6	15 %	3	7.5%	9	22.5%
13 -15	2	5%	1	2.5%	3	7.5%
TOTAL	16	40%	24	60%	40	100%

Ambos sexos, estan presentes en el estudio, las edades estan agrupadas en base a intervalos y muestra la cantidad de niños y adolescentes presentes en cada grupo . El grupo de 0-3 años en su totalidad varones, por su corta edad, nivel de desarrollo.enfermedades respiratorias y diarreicas a repetición, no mostraron cambios o aprovechamiento del programa de salud bucal, el resto de grupos fueron capacitados en el area de salud bucal, especialmente higiene bucal.

GRAFICA 1

DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO. (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8. MARZO A JUNIO 1996



Un alto porcentaje de la población en estudio no asisten a la escuela. unos por su corta edad, otros falta de interés de quienes los cuidan.

CUADRO No 2

DISTRIBUCION SEGUN LA ESCOLARIDAD, DE LA POBLACION EN ESTUDIO
(NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO
1,996

ESCOLAR/SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1er. grado	2	5%	1	2.5%	3	7.5%
2do. grado	2	5%	3	7.5%	5	12.5%
3er. grado	4	10%	1	2.5%	5	12.5%
4to. grado	1	2.5%	0	0%	1	2.5%
TOTALES	16	40%	24	60%	40	100%

Un alto porcentaje de la población en estudio son analfabetos unos por su corta edad y otros han desertado sin acabar el primer grado primaria. De los escolares en los primeros grados los niños asisten a la escuela, sin embargo en el cuarto grado se nota un descenso muy marcado, lo que hace ver que esta población en particular difícilmente logrará sobrepasar el 4to grado tanto en sexo masculino y femenino.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION SEGUN LA OCUPACION DE LA POBLACION EN ESTUDIO
(NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO
1996.

OCUPACION/SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
VENEDORES	1	2.5%	1	2.5%	2	5%
RECOLEC. BASURA	2	5 %	2	5 %	4	10%
AYUDANT. ALBAÑIL	0	0 %	1	2.5 %	1	2.5%
ESTUDIANTES	9	22.5%	5	12.5%	14	35 %
INACTIVOS	4	10 %	15	37.5%	19	47.5%
TOTAL	16	40 %	24	60 %	40	100 %

En su corta edad unos niños y adolescentes son seres productivos, dedicándose a actividades que la zona les permite, un porcentaje elevado son inactivos laboral y escolarmente, dedicándose a vagar siendo presa fácil de drogas y vicios como inhalación de pegamento.

CUADRO No 5

DISTRIBUCION SEGUN LOS COMPONENTES DE LA VIVIENDA, DE LA POBLACION EN ESTUDIO, (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1996.

MATER\ESTRUC	TECHO		PARED		PISO	
LAMINA	17	100%	3	18%		
MADERA\LATA			2	12%		
MADERA			8	47%		
LATA			4	23%		
TIERRA					17	100%
TOTALES	17	100%	17	100%	17	100%

Las viviendas de la población en estudio están construidas de materiales de los cuales por su calidad son materiales de desecho, son insalubres no contando con ventilación y espacio adecuado.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION SEGUN ESPACIO DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA, DE LA POBLACION EN ESTUDIO POR FAMILIA, (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1996.

METROS /2	No. FAMILIAS		TOTAL	
0 - 10	0	0	0	0
11- 20	9	53%	9	53%
21- 30	4	24%	4	24%
30- 40	0	0%	0	0%
41- 50	3	18%	3	18%
51- 60	0	0 %	0	0%
61- 70	1	18%	1	18%
TOTAL	17	100%	17	100%

Las viviendas de la población en estudio no cuentan con el espacio adecuado, la mayor parte de ellas cuentan con una extensión entre 11 y 20 mts/2 , lo que genera un hacinamiento puesto que en una habitación, cocinan, comen, duermen .

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE HABITANTES POR VIVIENDA, DE LA POBLACION EN ESTUDIO POR FAMILIA, (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1996.

No. DE PERSONAS	FRECUENCIA	
0 - 3	0	0%
4 - 6	5	29%
7 - 9	6	35%
10 - 12	4	24%
13 - 15	2	12%
TOTAL	17	100 %

La mayoría de familias de la población en estudio tienen entre 7 y 9 por vivienda, por el número de personas no cuentan con el espacio adecuado en las viviendas.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION SEGUN INGRESO ECONOMICO POR DIA, DE LA POBLACION EN ESTUDIO POR FAMILIA, (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1996.

No. QUETZALES	No. DE FAMILIAS	
0 - 5	0	0 %
6 - 10	0	0 %
11 - 15	1	6 %
16 - 20	3	18 %
21 - 25	2	12 %
26 - 30	5	29 %
31 - 35	4	24 %
36 - 40	2	12 %
TOTAL	17	100 %

En el ingreso familiar diario , que oscila entre 25 y 35 quetzales, contribuyen todos los que trabajan en la familia .

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGUN TIEMPO
DE VIVIR EN LA LINEA DEL TREN, (NIÑOS Y ADOLESCENTES).

LINEA DEL TREN ZONA 8

TIEMPO DE VIVIR EN LA LINEA	POBLACION EN ESTUDIO No. DE PERSONAS		TOTAL	
1 - 11 meses	1	2.5%	1	2.5%
0 - 3 años	9	22.5%	9	22.5%
4 - 6 años	16	40.0%	16	40.0%
7 - 9 años	7	17.5%	7	17.5%
10-12 años	5	12.5%	5	12.5%
13-15 años	2	5.0%	2	5.0%
TOTAL	40	100.0%	40	100.0%

Con una media 5.82

Desviación Estándard 1.91

Como se ve en el cuadro, solamente una persona ha llegado a vivir a precarias en los últimos 11 meses, la gran mayoría ha nacido en esta zona.

CUADRO No 10

DISTRIBUCION DE ACUERDO A GRUPOS ETNICOS, DE LA POBLACION EN ESTUDIO, (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1,996

ETNIA	No.	%
INDIGENA	12	30 %
LADINO	28	70 %
TOTAL	40	100 %

La mayor parte de la población en estudio, refirieron ser ladinos, un porcentaje pequeño refirió ser indígena que han venido a la ciudad, por violencia en sus comunides, en bucasca de mejoras de vida, los ladinos por su parte no han tenido acceso a la tierra y se han concentrado en estas zonas precarias, tanto ladinos como indigenas mostraron la misma aceptación y capacidad ante la implementacion del programa de salud bucal.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA, DE LA POBLACION EN ESTUDIO, (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1996.

OCUPACION	MADRE		PADRE	
	NO.	%	NO.	%
VENDEDOR	11	65 %	2	29 %
LAVANDERA	4	24%		
AMA DE CASA	2	12 %		
CARGADOR			3	43%
GUARDIAN			1	14%
MESERO			1	14%
	17	100%	7	100%

La ocupación de los padres en el momento de la entrevista en su mayoría las madres son vendedoras de verduras comidas y otros, los padres en su mayoría son cargadores, por lo que el ingreso económico es variable.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA ATENCION ODONTOLOGICA RECIBIDA, DE LA POBLACION EN ESTUDIO, (NIÑOS Y ADOLESCENTES)
 LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1,996

ATENCION ODONTOLOGICA RECIBIDA	No.	%
RECIBIO ATENCION ODONTOLOGICA	2	5%
NO HA RECOBIDO ATENCION ODONT.	38	95%
TOTAL	40	100 %

La mayoría de la población en estudio no ha recibido atención odontológica, y quienes la han recibido, lo han hecho sólo en caso de emergencias.

CUADRO No. 13

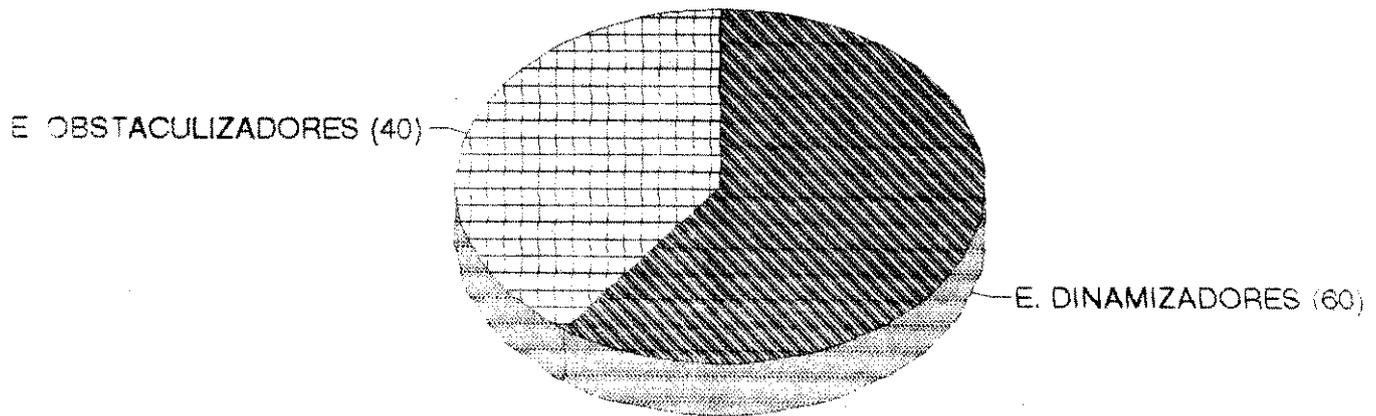
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PERSONAL QUE HA PROPORCIONADO ATENCION ODONTOLOGICA, A LA POBLACION EN ESTUDIO, (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1, 1996.

INSTITUCIONES QUE HAN DADO ATENCION ODONTOLOGICA	No. personas	%
ORGANIZACION NO GUBERNAMENTAL	1	2.5%
CLINICA DENTAL PARTICULAR	1	2.5%
NO HAN RECIBIDO ATENCION ODONT.	38	95 %
TOTAL	40	100%

El Personal que ha proporcionado atención odontológica ha sido clínicas de ayuda social y particulares por lo que se observa la ausencia de servicios públicos para estas zonas precarias.

GRAFICA 2

ELEMENTOS DINAMIZADORES Y OBSTACULARIZADORES. EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL, EN LO QUE SE REFIERE AL ASPECTO ADMINISTRATIVO. DE LA POBLACION EN ESTUDIO (NIÑOS Y ADOLESCENTES). LINEA EN EL TREN ZONA 8. 1996.



Los aspectos dinamizadores evaluados en esta sección. incluye personal calificado odontólogo, recursos materiales, en programa de fluorización, institución formal y legal proyecto "José" organización no gubernamental y legal sin fines de lucro, la coordinación del programa, si existió orden y frecuencia en la realización de las actividades del mismo, sistematización se logró apegarse a las reglas o principios descritos en el programa de salud bucal.

Los aspectos obstaculizadores, influyen la falta de guía del programa de salud bucal para estas zonas, no existe apoyo gubernamental en el área odontológica: tampoco está implementando ningún plan o estrategia para resolver la problemática en la salud bucal, de esta población por lo mismo no existe apoyo financiero.

CUADRO No. 14

ELEMENTO DINAMIZADOR Y OBSTACULIZADOR DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL, EN LO QUE SE REFIERE A LA POBLACION EN ESTUDIO (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1996.

ELEMENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
RECEPTIVIDAD	13	41 %	13	26 %	26	66%
NO RECEPTIVIDAD	3	9 %	11	24%	14	34%
TOTAL	16	50%	24	50%	40	100%

en esta poblacion en particular el sexo masculino presento un porcentaje mas bajo en receptividad, que el sexo femenino debido a el grupo de niños de 0 - 3 años.

CUADRO No. 15

ELEMENTO DINAMIZADOR Y OBSTACULIZADOR DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL, EN LO QUE SE REFIERE A LA POBLACION EN ESTUDIO (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1, 996

ELEMENTO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PARTICIPACION	15	46.5%	22	46.5%	37	93 %
NO PARTICIPA.	1	3.5%	2	3.5%	3	7%
TOTAL	16	50 %	24	50 %	40	100%

La participación del grupo en estudio, ambos sexos participaron activamente, realizando las diferentes actividades del programade salud bucal.

70 PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 16

ELEMENTO DINAMIZADOR Y OBSTACULIZADOR DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL , EN LO QUE SE REFIERE A LA POBLACION EN ESTUDIO (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1,996.

ELEMENTO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
CONOCIMIENTO	9	28%	8	17 %	17	45%
NO CONOCIMIEN.T.	7	22%	16	32 %	23	52%
TOTAL	16	50%	24	50 %	40	100%

en cuando al conocimiento sobre salud bucal, fue mayor el no conocimiento en el sexo masculino , que en femenino debido al grupo de niños de 0 - 3 años .

CUADRO No. 17

ELEMENTO DINAMIZADOR Y OBSTACULIZADOR DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL , EN LO QUE SE REFIERE A LA POBLACION EN ESTUDIO (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1,996.

ELEMENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
DESTREZAS	11	34 %	13	27 %	24	61
NO DESTREZAS	5	16 %	11	23 %	16	39%
TOTAL	16	50 %	24	50 %	40	100%

En la destreza se evidencio una mayor habilidad y efectividad en la realizacion de la higiene bucal, que la no destreza por parte de ambos sexos.

CUADRO No. 18

ELEMENTO DINAMIZADOR Y OBSTACULIZADOR DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL, EN LO QUE SE REFIERE A ASPECTOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO (NIÑOS Y ADOLESCENTES) LINEA DEL TREN ZONA 8, MARZO A JUNIO 1, 996

ELEMENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
HABITOS	11	34 %	11	23 %	22	57%
NO HABITOS	5	16%	13	27 %	18	43%
TOTAL	16	50 %	24	50 %	40	100%

En hábitos, se constató que el sexo masculino tiene un porcentaje mayor de no hábitos que el sexo femenino debido a el grupo de niños de 0 - 3 años.