

253  
2eJ



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**PROPUESTA ALTERNATIVA DE ATENCION DENTAL  
ENTRE LOS INDIGENAS TARAHUMARAS DE  
LA SIERRA DE CHIHUAHUA.**

**T E S I S**

**Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA  
p r e s e n t a**

**Juan Carlos Pérez Castro Vázquez**

**MEXICO, D. F. FALLA DE ORIGEN**

**1993**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	pag.
INTRODUCCION	2
I. DIAGNOSTICO MICROREGIONAL DEL EJIDO DEL EJIDO DE SAN IGNACIO DE ARAREKO	5
1.1 Situación geográfica.	5
1.2 Descripción histórica.	5
1.3 Descripción socio-política y cultural actual.	10
1.3.1 La salud entre los rarámuris.	14
1.4 Demografía.	17
1.5 Situación económica.	18
1.6 Vías de Comunicación.	19
1.7 Servicios básicos.	19
1.8 Servicios médicos y dentales.	19
1.9 Educación.	21
1.10 Sistematización del diagnóstico.	22
II. DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION DEL EJIDO DE SAN IGNACIO DE ARAREKO.	25
-Conclusión diagnóstica del estado de salud del Ejido de San Ignacio de Arareko.	29
III. DIAGNOSTICO DENTAL DE LA POBLACION RARAMURI.	31
3.1 Análisis Estadístico de la situación oral de la población de San Ignacio de Arareko.	31
3.2 Prácticas y costumbres utilizadas por los indígenas rarámuris como respuesta a las afecciones odontoló- gicas.	47
3.3 Prácticas y costumbres adquiridas por la influencia de la cultura occidental.	51

<b>IV. PROPUESTA PARA LA ATENCION DENTAL EN LA SIERRA TARAHUMARA.</b>	<b>55</b>
4.1 Diseño de un programa de capacitación de promotores de salud dental.	56
4.1.1. Contenido curricular del diseño.	56
- Justificación.	56
- Objetivo.	57
- Metodología.	58
- Contenidos Odontológicos.	60
- Perspectiva Comunitaria.	74
4.1.2 Marco Teórico Referencial.	75
4.2 Problemática educativa de la capacitación.	76
4.3 Criterios de selección de los promotores de salud dental.	78
4.4 Perfil de ingreso.	79
4.5 Perfil de egreso.	79
4.6 Criterios de Evaluación y seguimiento de los promotores.	83
<b>V. CONCLUSIONES.</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>88</b>
- Mapas	89
- Propuestas de historias clínicas para ser llevadas por los promotores dentales.	91

## INTRODUCCION

La presente tesis es el resultado de mi estancia por más de 7 años entre los indígenas tarahumares del Ejido de San Ignacio de Arareko, que se encuentra en la Sierra Tarahumara en el Estado de Chihuahua.

Durante mi permanencia en esta región he buscado la forma de asistir a la población del lugar, principalmente la indígena, de una manera más efectiva y tratando de atender al mayor número de personas que se pueda; ya que, como se verá, casi no hay servicios dentales por esta zona. Sin embargo mi objetivo se ha visto complicado por diversos factores, como lo son la dispersión de los habitantes en la Sierra y su abrupta geografía, la cultura indígena que tiene sus propios tratamientos para las enfermedades en general y sobre todo para los trastornos dentales y, finalmente, la pobreza y la falta de recursos de cualquier índole que pueda satisfacer las necesidades básicas de la gente.

Debido a ésto, decidí diseñar esta *Propuesta alternativa de atención dental para los indígenas en la Sierra Tarahumara*; en la cuál, basado en mi experiencia de estos años, en la cultura y la situación socio-económica-política y geográfica de los habitantes, ofrezco diversas estrategias que podrán aportar algunas opciones que le permitan a los indígenas atenderse a tiempo, en su localidad y a bajo costo; promoviendo algunas medidas que no sólo ayuden en la prevención de los malestares dentales más comunes sino que

también aporten elementos curativos y protésicos.

Circunscribo mi tesis en su parte primera, a la región de San Ignacio de Arareko, como un prototipo de comunidad tarahumar, ya que al analizarla con detenimiento como un caso particular se podrá después generalizar su acción a otras zonas de la Sierra Tarahumara. He preferido hacerlo de este modo, en lugar de abarcar en mi análisis la totalidad de la región en la que los indígenas habitan; debido a que se han dado una gran cantidad de esfuerzos tanto privados como oficiales que han fracasado en su intento de llevar el desarrollo a esta etnia; ya que en general, la mayoría de éstos, tienen en común haber cometido el mismo error: el desconocimiento de la cultura rarámuri, su idiosincracia y resistencia ante la cultura occidental; así como la nula participación de los beneficiarios en el diseño de las estrategias y actividades que cada uno de los proyectos ha planteado.

En su segunda parte, pretende extender la propuesta hacia otras comunidades indígenas, que no siendo iguales en muchos sectores, si poseen elementos que les son comunes por pertenecer a la misma etnia.

Por lo tanto, en esta tesis, en la parte primera comienzo con la elaboración de un diagnóstico microregional de la zona en la cuál he estado trabajando en los últimos años, describiendo la realidad vigente en todas sus áreas: geográfica, económica,

política, cultural, demográfica, etc. con el fin de demostrar que mi propuesta es necesaria. Continúo con un análisis de la salud de la población, ya que éste influye determinantemente en la situación dental de la misma. Posteriormente realizo un diagnóstico bucodental de los indígenas de San Ignacio de Arareko en el cuál describo y estudio los diversos padecimientos que se dan en esta región así como las diversas costumbres curativas y preventivas que se aplican por tradición entre los rarámuris (tarahumares en su lengua original) de la zona, así como también las prácticas que han adquirido por contacto con nuestra civilización ; para terminar con la propuesta antes mencionada y las conclusiones que sobre este trabajo deduzco.

## **I. DIAGNOSTICO MICROREGIONAL DEL EJIDO DE SAN IGNACIO DE ARAREKO.**

### **1.1 Situación Geográfica.**

El Ejido de San Ignacio de Arareko se encuentra localizado en la Sierra Madre Occidental en la región denominada Sierra Tarahumara, en el Municipio de Bocoyna, al Sur del poblado de Creel en el Estado de Chihuahua (cfr. Anexo No. 1, Mapa ).

Tiene una extensión aproximada de 20,400 has. y se caracteriza por estar conformado: en la zona este, por una serie de pequeñas mesetas que se terminan vertiginosamente en algunas cañadas, en las cuales viven en rancherías de 3 a 20 familias indígenas rarámuris; y en el oeste, por el comienzo de una serie de abruptos barrancos que concluyen en la Barranca del Cobre en el extremo más lejano a la región centro del mismo; en los cuáles también habitantes numerosas familias.

### **1.2 Descripción Histórica**

Desde épocas inmemoriales los rarámuris han habitado esta región. Según los antropólogos éstos vivían distribuidos en forma dispersa en la zona, con patrones de establecimiento propios en los cuáles no habitaban como pueblos sino en pequeños clanes semi-nómadas en donde la máxima autoridad la tenía el más anciano. Durante esta época existen algunas disputas con los Apaches por el territorio que ocupaban.





Ilustr. 1 Parte de la barranca del cobre que se encuentra dentro del Ejido de San Ignacio de Arareko.

Desde aquel entonces la cultura rarámuri es ágrafa; las tradiciones y costumbres se transmiten en forma oral y los patrones educativos se imprimen en los niños por la imitación de los mayores al realizar los roles, las acciones y actitudes con las cuáles reaccionan ante las diversas situaciones de la vida. (cfr. 13).

En el siglo XVII se dan las primeras intromisiones por parte de los Sacerdotes Jesuitas y con ellos los españoles, con la intención de evangelizarlos; por lo que se constituyen las primeras Misiones en algunas partes de la Sierra como lo fueron Chinipas y Guazapares. Al mismo tiempo se empiezan a dar las primeras rebeliones indígenas por la defensa de su territorio, su forma de trabajo y sus

manifestaciones culturales y religiosas; así como de asentamiento ya que no les gustaba vivir en pueblos. (cfr.13).

Durante los siguientes años continúan estas rebeliones hasta que ambas partes cedieron de alguna manera: los conquistadores no los obligaron a vivir en poblados y los indígenas aceptaron algunas de sus imposiciones.

Dentro de las concesiones que se dieron por parte de los indígenas se encuentra la aceptación de la estructura político-religiosa actual, en la cual el Gobernador Primero y los otros tres: Segundo, Tercero y Cuarto, así como también generales, capitanes y soldados; mayora, tenanches, y sacristanes; fueron impuestos por los misioneros para lograr con mayor facilidad la evangelización.(cfr. 22).

El rol del Gobernador Primero en aquel entonces (actualmente también) era agrupar a los rarámuris en un sólo "pueblo", entendido este como congregación, a través de los discursos que les daba los domingos con un trasfondo religioso. Esto aporta a esta cultura una nueva conciencia étnica en donde el jefe ya no es el más anciano de una familia sino áquel que siendo de edad avanzada, curandero y con un alto prestigio por parte de la comunidad, es elegido democráticamente por consenso de la misma; y en donde la familia extensa (compuesta por hermanos, primos, tíos, abuelos, nietos, bisnietos, etc.) ya no es el único grupo social de referencia sino el que se congrega en la iglesia durante las celebraciones

dominicales y las fiestas. (cfr. 22).

Esta nueva estructura en la que se configuran y desarrollan los diferentes roles ya mencionados nace y se consolida en el seno de la Iglesia y de sus celebraciones, es la que se mantiene hasta la fecha y la que nos demuestra muy claramente los mecanismos de resistencia, unión, cosmovisión del mundo y también las formas de aprendizaje del rarámuri, (cfr. 22), que se describirá posteriormente.

Una de las consecuencias de la invasión colonizadora fué el cambio de estrategia para conservar su integridad cultural y territorial, ésta consistió en la resistencia pasiva, la cual implica la aceptación de muchas acciones que realizamos en su contra en silencio, diciendo que sí pero haciendo lo que de verdad quieren.

Sin embargo, la aceptación del cristianismo con su ciclo festivo, implicó que las celebraciones religiosas que se realizaran desde entonces fueran las mismas que las de la Iglesia Católica: Semana Santa, el día de San Ignacio, el día de la Virgen de Guadalupe, la Candelaria, el Viernes de Dolores, Navidad, etc. Lo que es verdaderamente impresionante es que estas costumbres, le dan vida, unión, cohesión cultural y organización a la vida rarámuri, no parecen haberse recibido por la fuerza si no con verdadero gusto.

Esto se aprecia también en muchas de las fiestas originales que se conservan actualmente y se celebran a la par de las ya mencionadas. La explosión de vida que significan ambos tipos de celebración, se fundamenta en que el sentido religioso que poseen no es un sincretismo entre el cristianismo y esta cultura, sino que guardan los ritos auténticos con un nuevo mito. Esto se debe, principalmente, a la salida de los Jesuitas que se da a finales del siglo XVII (1679) dejando las misiones libres de cualquier intromisión, lo que ocasiona que los pobladores den una asepción nueva a los ritos recibidos por aquellos y a los suyos propios, en dónde los rarámuris se convierten en los preferidos de Dios Padre por ser los más pobres y pequeños, y los extranjeros en los hijos del diablo por que roban y matan, contrariamente a lo que les habían enseñado. (cfr. 13).

Otra cuestión que modificaron a la salida de los Jesuitas fue que los cargos político-religiosos, ya no fueron designados por imposición sino que la comunidad los empieza a elegir después de un período en el que se logra el consenso sobre quién sería la mejor opción.

Dadas las anteriores consideraciones podemos decir que el Pueblo de San Ignacio, se constituye a partir de la construcción de la Iglesia a finales del siglo pasado con indígenas provenientes de Cusárare y un poco de Sisoguichi (otros pueblos tarahumares más antiguos que colindan con éste); ya que, como ya se mencionó, en

todos los pueblos rarámuris, el centro de referencia para definir su pertenencia a un pueblo de otro es la asistencia a las ceremonias que se dan en una determinada iglesia, así es como: si un indígena asiste a la Iglesia de Cusárare entonces él es parte del pueblo de Cusárare.

A la vez que aceptaron la religión cristiana también adquirieron herramientas de trabajo que les permitieron mejorar su agricultura, ya que aunque iban de un lado a otro cazando venados hasta que se cansaran, tenían un sistema de siembra cuya base era el maíz. Estos instrumentos fueron el hacha, el arado y los arneses, además de las chivas que les ayudaron a fertilizar sus terrenos. Esto también contribuyó a la formación de los nuevos pueblos.

A principios de siglo se da la explotación forestal más intensiva por parte de particulares quienes construyen dos aserraderos dentro de esta zona y comienzan la tala irracional.

El ejido nace como tal con la Resolución Presidencial de 1928 y se amplía en 1940. Es a partir de esta fecha en que se define la integridad territorial vigente.

### **1.3 Descripción Socio-política y cultural actual.**

Ya he mencionado que la estructura político-religiosa y las costumbres y tradiciones recibidas por los misioneros, se conservan

a la fecha, así como también la mayoría de las suyas propias; y que los ritos adquirieron un nuevo mito. Sin embargo la nueva religión, la que nació del encuentro de las dos anteriores, además de aportar lo anteriormente dicho, de ampliar la conciencia étnica hacia un grupo de referencia más amplio; promovió y consolidó las celebraciones que se dan alrededor del nacimiento, (aceptaron el bautismo además de continuar con sus tradiciones originales) de la siembra, el cuidado del maíz y de los animales, la cosecha, la curación de las enfermedades, la muerte, el matrimonio, y la resolución de los problemas intercomunitarios a través de la realización de los juicios por el Gobernador.

Esta cultura posee también mecanismos que les permiten sobrevivir dentro de un medio adverso, como lo son el trabajo colectivo, basado en la tendencia ancestral de establecerse en clanes, ya que aunque el grupo de referencia se amplió, los patrones de asentamiento en su territorio se siguen dando a través de esta organización social. (cfr. 22).

La base de la alimentación y de la cultura misma es el maíz, ya que es alrededor de éste en que se desarrollan las celebraciones ya mencionadas. No sólo es el alimento por excelencia, sino también el centro de muchas fiestas. Con él ayudan a las mujeres en su labor de parto, hacen ceremonias para liberar a los recién nacidos de los peligros de un rayo, curan y a él mismo lo curan para que crezca bien, celebran y se reúnen, festejan en todas las fiestas

religiosas, , alimentan a los muertos por última vez y lo entierran con ellos para que siembre en la otra vida.

El trabajo colectivo que se da mediante la realización de "teswinos", (bebida fermentada de maíz con la cual se reúnen todos para trabajar), promueve la socialización de la comunidad ya que al vivir en forma dispersa esto es necesario para que se reúnan, además ayuda a que los trabajos se hagan más rápido porque participan más personas en su ejecución.

Otro mecanismo que resulta indispensable para la estabilidad social y la sobrevivencia, es la distribución equitativa de los bienes a través de la "fiesta". Esto implica que anualmente los encargados de hacer las celebraciones más grandes, son elegidos por consenso dentro de la comunidad con el objeto que de esta manera no acumulen riqueza sino que la repartan. Esto implica que existe la propiedad privada pero que la comparten.

Por lo tanto, esta cultura con sus estructuras económicas, político-religiosas y sociales; configura a través de éstas una escala de valores que le es propia y que constituye parte de la identidad y de la conciencia étnica. (cfr. 13).

La honestidad, la veracidad de la palabra, el bien común sobre la individualidad, la fiesta como valor supremo, el trabajo realizado en conjunto, la estabilidad comunitaria por encima de

cualquier otra situación que la haga peligrar, el no pelearse ni alzar la voz con nadie, el silencio como oposición, la toma de desiciones por consenso no por mayoría, ya que de otra manera la paz comunitaria se ve alterada; la resistencia que raya en el estoicismo ante cualquier intromisión extranjera y ante el dolor, el amor a un territorio constituido por agua, sol, tierra, aire, animales, plantas, y conjuntamente a éstos, su patrón de asentamiento definido como la posibilidad de desarrollarse en su espacio vital; lo que significa que el territorio lo es todo. Este conjunto de valores define de tal forma la conciencia étnica, que una persona es rarámuri cuando actuó como lo define esta jerarquía.

Contrariamente a esto existe también una escala de antivalores como lo son: el robo, la mentira, el engaño, la confianza traicionada, la agresión directa o indirecta; mismos que definen para ellos la personalidad del "chabochí" o mestizo. (cfr. 13).

Este sistema establece la moralidad de la cultura rarámuri en la cual no existe la prostitución, ni la esclavitud; el fraude, ni los papeles, ya que la palabra tiene su valor; ni las clases sociales. Si algún rarámuri comete algún delito es excluido de la comunidad al entregarlo a las autoridades civiles correspondientes.

Sin embargo con el crecimiento del poblado Creel, la llegada de la carretera, de otros medios de comunicación como el radio, la televisión, los aviones y helicópteros, etc.; los rarámuris



comienzan a tener un choque cultural en el que los valores propios se ponen en cuestión. El individualismo fomentado por nuestra cultura, el saber y tener más, la discriminación racial de la cual son víctimas y a la cual responden con un racismo reactivo que los impulsa a despreciar a los mestizos, al mismo tiempo en que tratan de imitarlos; la clasificación de nuestra sociedad en clases sociales y en la cual se ubican en la más baja, la competencia, el valor supremo del papel, el engaño a través del discurso demagógico de quién se les acerca, la toma de decisiones por mayoría, se contraponen a su escala de valores, desestabilizando sus comunidades.

Esto trae como consecuencia una serie de problemas que se generan al interior, como lo son el alcoholismo no por el consumo de su bebida tradicional, sino por la compra de tequila y otros productos similiares, los problemas interfamiliares, la violencia doméstica, la pérdida de la autoridad del Gobernador tradicional ante la juventud, por que ésta última estudió en la escuela, la emigración a las ciudades, etc.

### **1.3.1. La Salud entre los rarámuris.**

Esta cultura posee su propio sistema curativo-preventivo, el cuál posee raíces y conocimientos muy profundos. En general éste posee tres niveles de atención.

El primero se da a nivel familiar, en el cuál es la madre la encargada de proveer la curación necesaria para cualquier miembro que se encuentre enfermo. Esta se realiza por medio de la utilización de numerosas hierbas medicinales de las cuáles poseen un conocimiento ancestral y muy amplio; algunos biólogos han logrado clasificar y estudiar alrededor de 800, que poseen grandes cualidades curativas.

Dentro de este primer espacio, las mujeres utilizan las hierbas medicinales hasta que ven que el paciente ya está restablecido, cuando ven que muestra síntomas claros de que está mejor; lo cuál a veces provoca algunos problemas, ya que el tratamiento ideal es un poco más largo. Si el enfermo no mejora entonces acuden a un segundo nivel de tratamiento.

Este es ofrecido por los "owirúames", quiénes son curanderos, con gran prestigio en la comunidad, también utilizan hierbas pero su mayor aporte se encuentra en la realización de varias actividades mítico-religiosas, como lo son: la utilización de crucifijos y humo de olote para cortar los males cuya etiología casi siempre tiene que ver con presencias míticas existentes en la naturaleza que los rodea, como: la serpiente gigante que vive bajo el arroyo, el remolino que le quitó el alma al niño, el susto que le provocó un muerto, etc. Debido a lo anterior, éstas curaciones poseen un gran apoyo psicosomático para los que lo solicitan, muchas veces se curan con rapidez de algunas enfermedades. (cfr. 22).

El tercer nivel corresponde al atendido por los "sukurúames" y "sipa'ames", quiénes son verdaderos especialistas, ya que sólo curan áquellos males provocados por el "jíkuri" o peyote que posee alma y es una presencia que puede ser benéfica o lo contrario. También curan cuando otra persona en sueños le hizo daño a otro y por eso se enfermó.

Aun y a pesar de que este sistema lo han tenido por siglos, ha funcionado regularmente, sobrevive hasta la fecha y es terriblemente fuerte; los indígenas, cuando no ven resultados, han empezado a acudir a solicitar ayuda a nuestras clínicas y hospitales. Lo cuál ha significado un choque con sus patrones curativos, ya que para ellos la curación de un enfermo no debe de causar dolor; en nuestro sistema, gran parte de los tratamientos lo provocan como lo son: las inyecciones, operaciones, extracciones, etc.

Por otra parte la utilización de tratamientos prolongados, aún y a pesar de que el paciente ya se sienta bien, trae como consecuencia el abandono temprano ocasionando con ésto que en muchas ocasiones regresen con enfermedades más complicadas y resistentes.

Otro de los problemas que se presentan en la relación que se da con nuestra cultura occidental a nivel de charlatanes, farmacias y curanderos, que no siendo indígenas, ni teniendo un conocimiento

profundo de las hierbas medicinales aprendido por generaciones; engañan a los rarámuris con "la cura milagrosa", exigiendo a cambio grandes sumas de dinero ó alguna cosa: una vaca, una chiva, algunos pinos, etc.

A nivel dental los problemas que se suscitan tienen mucho que ver con sus tradiciones y costumbres alrededor de este rubro, como se verá posteriormente; sin embargo una de las situaciones que más afectan la salud dental, es el desconocimiento que poseen los rarámuris de lo que puede hacer la odontología por ellos.

#### **1.4 Demografía.**

Existen aproximadamente 1900 habitantes, en el cuadro siguiente están señalados los distintos grupos de edad y sexo.

	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
MENORES DE 5 AÑOS.	206	294	500
ENTRE 5 Y 18 AÑOS.	197	253	450
MAYORES DE 18 AÑOS.	520	380	900
MAYORES DE 60 AÑOS.	39	11	50
TOTALES.	962	938	1900

La totalidad de los pobladores son indígenas rarámuris que viven aquí desde que nacieron; así como sus padres y abuelos también lo hicieron.

### **1.5 Situación Económica**

Como ya se mencionó la actividad económica predominante es la agricultura de autoconsumo la cual es de temporal pero no es suficiente; siendo los cultivos básicos: maíz, frijol, haba, papa, chícharo y calabaza.

Otras fuentes de ingresos suplementarias son las que se obtienen por la producción artesanal, en el 95% de la población femenina de la comunidad, el trabajo asalariado en las maquilas madereras y la construcción en aproximadamente el 50% de los hombres en la edad productiva, además de un 20 % de estos mismos que salen a las pizcas de manzana y tomate a Cuauhtémoc y Bamoa Sinaloa, respectivamente; en los períodos que se encuentran fuera del ciclo agrícola.

Otra actividad económica es la forestal que se da a partir de principios de siglo en forma intensiva, sin embargo este recurso se encuentra casi agotado dentro de esta región, por lo cual en la actualidad la productividad es mínima.

## **1.6 Vías de Comunicación**

El ejido se encuentra comunicado por la carretera Gran Visión (Chihuahua- Guachochi) que viene de norte a sur viniendo del poblado de Creel. Esta pasa bordeando la Laguna de Arareko. Todos los demás accesos son caminos de terracería, que se encuentran en muy malas condiciones. Muchos de sus habitantes tardan hasta 9 horas en acudir a Creel.

El ejido colinda con el poblado de Creel el cual está bien comunicado por la carretera ya mencionada, a 192 kms. de la Ciudad de Chihuahua la cual tiene aeropuerto internacional. Este pueblo cuenta con la estación de ferrocarril Chihuahua-Pacífico, teléfono, fax y correo; sin embargo, ninguno de éstos servicios es utilizado por los indígenas.

## **1.7 Servicios Básicos.**

El ejido no cuenta con agua potable, luz, teléfono, drenaje.

## **1.8 Servicios médicos y dentales.**

La atención médica y dental se encuentra a 12 kms. de distancia de la ranchería más cercana. Las personas que requieren consulta acuden a la Clínica Sta. Teresita que pertenece a la Misión Católica en el poblado de Creel, que cuenta con: un pediatra, dos médicos generales, 25 enfermeras de planta, laboratorio, rayos X, 45 camas para hospitalización, dos quirófanos, sala de recuperación y un consultorio dental, este

último generalmente en desuso por falta de personal calificado.

Otros acuden al Centro de Salud que pertenece a Salubridad, en éste último cuentan con dos médicos y un dentista pasantes en su servicio social, varias enfermeras y auxiliares. Sin embargo no cuenta con los recursos necesarios para laborar; por lo que los médicos se limitan a dar consulta cuando pueden y administran los medicamentos que se encuentran a su alcance. En el caso del dentista, éste sólo puede realizar extracciones, curar algunas infecciones y hacer curaciones simples, ya que no cuentan con instrumental ni material para otros procedimientos.

En general en la Sierra Tarahumara existen 6 dentistas, dos en San Juanito, uno en Creel y tres en Guachochi. De los cuáles la mitad trabaja para el Sector oficial, ya sea Salubridad ó IMSS-Solidaridad. Esto significa que si la población exclusivamente indígena de la Sierra es de 65000 habitantes aproximadamente, corresponden alrededor de 10833 h. por odontólogo. Sin embargo esto es sólo un problema en el servicio, en realidad el más grave es la dispersión en la que vive la gente; ya que la población se encuentra "salpicada" dentro de las montañas y abruptas cañadas; con diferencias hasta de 10 horas de camino entre una vivienda y otra, y sin posibilidad de entrar por medio de un vehículo; puesto que no hay caminos y es imposible hacerlos algunas veces. Esto dificulta terriblemente el acceso de cualquier servicio, a la vez que también hace muy ardua la labor de promover la atención

primaria de salud dental .

Por éstas razones la gran mayoría de la población tanto indígena como no indígena, no acude a las Clínicas y Hospitales cuando necesita ayuda y mucho menos cuando se requiere simplemente de algún tratamiento profiláctico.

### **1.9 Educación.**

Dado que los habitantes de esta región pertenecen a un pueblo indígena con cultura propia como ya se mencionó; posee sus propios sistemas de educación no formal en los cuáles se transmiten: el código moral de la misma, las pautas de comportamiento, los valores y antivalores, los conocimientos adquiridos sobre el medio ambiente por las generaciones anteriores, las tradiciones, las costumbres y los canales de aprendizaje que a su vez se utilizan para tal efecto.

En cuanto a educación formal se refiere, el ejido cuenta con dos escuelas primarias y una que sólo imparte enseñanza hasta el tercer grado de la educación básica. En seguida veremos como está repartida la población, de acuerdo a su nivel de estudios y sexo.



	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	PORCENTAJES
ANALFABETAS.	249	311	560	40.00%
CON LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE LA PRIMARIA.	403	213	616	44.00%
CON LA PRIMARIA COMPLETA.	84	126	210	15.00%
CON SECUNDARIA.	9	5	14	1.00%
TOTALES.	745	655	1400	100.00%

(cfr. 22).

### 1.10 Sistematización del Diagnóstico.

El ejido de San Ignacio de Arareko es el espacio vital de los indígenas rarámuris que poseen una cultura propia y se caracterizan por la *lucha ancestral en la defensa de su territorio, de su forma y estilo de vida, de sus tradiciones y costumbres, así como también de su lengua y vestido.*

Es una comunidad que si bien no tiene muchos estudios de educación formal posee un sistema educativo y curativo propio, que le permite sobrevivir y desarrollarse no sólo como sociedad si no también como una cultura civilizada por sus valores altamente humanos; que se enfrenta a una cultura dominante que trata de absorberla y con la cual tiene problemas de comunicación al interpretar de manera distinta muchos de los conceptos cotidianos.

Es una comunidad pobre, debido a diversos factores como lo son:

- la falta de recursos económicos adecuados para su desarrollo, así como de fuentes alternativas de trabajo para lograr ingresos complementarios que les permitan cubrir otro tipo de gastos que no se dan en el trabajo agrícola;
- la historia de explotación de sus recursos por personas ajenas a la comunidad,
- la incomprensión de la cultura indígena por parte de la cultura mestiza que promueve el choque cultural generado por la implantación de valores ajenos a los suyos y la pérdida de los mismos.

Todo esto repercute en:

- la falta de servicios de educación formal que le permitan enfrentarse a nuestra cultura con mayores posibilidades de éxito,
- la insuficiencia de vías de comunicación, y la carencia de la

- instalación de servicios básicos y de salud adecuados,
- los problemas sociales que se dan al interior de la comunidad,
  - los altos índices de morbilidad infantil que atacan principalmente a los menores de 5 años,
  - la pésima situación bucodental de la población por falta de acceso a los servicios odontológicos necesarios,

## II. DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION DEL EJIDO DE SAN IGNACIO DE ARAREKO.

Para percatarnos de la situación de salud que presenta la población de San Ignacio de Arareko presento a continuación algunos datos estadísticos <sup>1</sup>.

### ESTADO NUTRICIONAL EN LA POBLACION MENOR DE 5 AÑOS EN EL EJIDO DE SAN IGNACIO DE ARAREKO<sup>1</sup>

Participaron 112 madres, que llevaron a 228 niños, de los cuales se obtuvieron los siguientes datos con respecto al estado nutricional en el que se encontraron.

Concepto.	%
1° Grado de Desnutrición.	22.11
2° Grado de Desnutrición.	25.76
3° Grado de Desnutrición.	7.5
Subtotal del % de desnutrición.	55.37%
Normal.	44.67%
Total.	100.00%

<sup>1</sup> Datos obtenidos durante el año 91-92 por el Vicariato Apostólico de la Tarahumara en las Clínicas de Campo que realizó durante este periodo de tiempo.

**CUADRO REPRESENTATIVO DE LA MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, POR FAMILIA EN EL EJIDO DE SAN IGNACIO DE ARAREKO.**

Se entrevistaron 120 familias, en las cuales había un promedio de edad de las madres de 40 años. Se tomó en cuenta que aquí las mujeres tienen generalmente diez embarazos durante su vida, por lo que en cada familia, de cada diez niños, se murieron 6.5 antes de cumplir los cinco años. Las muertes se producen con mayor frecuencia entre los dos y tres años de edad. A continuación en el cuadro se verán las distintas causas de muerte y los porcentajes de cada una de ellas.

CAUSAS DE MUERTE	%
Diarrea	44 %
Tos	32 %
Sarampión	8 %
Otros (hidrocefalia, sepsis, accidentes, Guillan Barré etc.)	16%
Total:	100 %

**CUADROS REPRESENTATIVOS DE LAS CONSULTAS BRINDADAS  
A LOS PACIENTES DE SAN IGNACIO DE ARAREKO DURANTE  
EL CICLO 91-92 EN TRABAJO DE CAMPO.**

Datos:	91-92
Total de personas atendidas:	540
a) Adultos (mayores de 16 años).	24.68%
b) Niños (menores de 16 años).	75.31%
De los cuáles se canalizaron al hospital:	
a) Se atendieron en Consultorio	76
b) Se internaron en la Clínica	18

Los diagnósticos fueron:	%
a) Diarreas de diversa etiología	26.16
b) Infecciones Respiratorias agudas	39.64
c) Infecciones de Vías Urina- rias	8.01
d) Infecciones de la piel	5.06
e) Infecciones dentales	4.64
f) Diagnósticos ginecológicos	1.68
g) Problemas auditivos	2.37
h) Probable tuberculosis	8.4
i) Moniliasis	3.37
j) Otros	2.37
TOTAL	100.00

Como se puede observar en el recuadro, la población del ejido de San Ignacio de Arareko presenta altos índices de enfermedades infecto-contagiosas como lo son la diarrea, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, la sarna, el impétigo, etc.

La desnutrición en los niños de 5 años presenta también índices muy altos, igualmente la morbimortalidad en este grupo de edad por enfermedades fácilmente prevenibles y/o curables.

En general casi no se presentan padecimientos crónico-degenerativos como: diabetes, hipertensión arterial, gastritis y otros; lo cuál indica que son una población con buena salud a excepción de las enfermedades ya descritas, cuya etiología depende más bien de la pobreza.

Los padecimientos crónico degenerativos casi no aparecen, probablemente debido a que tienen hábitos alimenticios muy sanos y a que hacen mucho ejercicio; sin embargo con la introducción de muchos productos de nuestra cultura, esta calidad de alimentación y de vida se encuentran en peligro; puesto que ahora empiezan a consumir bebidas alcohólicas, cigarros y comida chatarra en exceso.

#### **CONCLUSION DIAGNOSTICA DEL ESTADO DE SALUD DEL EJIDO DE SAN IGNACIO DE ARAREKO.**

La situación que presenta esta región en el proceso de salud-enfermedad es típica de alta marginalidad. Los índices de desnutrición registran cifras muy altas, las enfermedades de la miseria; las infectocontagiosas tanto del aparato digestivo como respiratorio, incluyendo la tuberculosis; son las responsables de la mayoría de los casos de morbimortalidad de los diferentes grupos



de edad en la región, con mayor impacto en los menores de cinco años.

La mortalidad infantil alcanza en algunas zonas hasta el 65% por familia, lo cual implica que 6 o 7 niños de cada diez de una sola familia, se mueren antes de cumplir los cinco años.

Por lo anteriormente mencionado, esta población podría pesentar a largo plazo, un estado de salud bastante favorable si se implementan progamas preventivos que ayuden a promover medidas que eviten las enfermedades ya mencionadas, puesto que son infectocontagiosas, a la vez que se fomentan sus propios hábitos alimenticios, en general bastante sanos; y se promueve una conciencia en la que la gente evite la sal, el azúcar, el cigarro, las bebidas alcohólicas y otros productos que sólo dañarán su salud en un corto periodo de tiempo.

### III. DIAGNOSTICO DENTAL DE LA POBLACION RARAMURI.

#### 3.1 Descripción de la Situación oral de la población de San Ignacio de Arareko.

Durante mi estancia en la Sierra Tarahumara y particularmente en el Ejido de San Ignacio de Arareko, he podido consultar a pacientes indígenas que se presentaron solicitando mis servicios, (cfr. Anexo No. 2: Historia Clínica utilizada).

De todos estos, seleccioné varias muestras de la población, en que las personas viven en distintas rancherías del ejido, pertenecen a diferentes clanes y se encuentran distribuidas aleatoriamente por la región. Están definidas por grupos de edad y sexo. Expongo a continuación los datos estadísticos que obtuve de la situación oral encontrada.

**MUESTRA NO. 1**

**Datos estadísticos de hallazgos dentales en población infantil menor de 5 años.**

	SEXO:	NUMERO:	%
PACIENTES CONSULTADOS	HOMBRES	49	59.54
	MUJERES	33	40.46
TOTAL DE LA MUESTRA		82	100.00

El cuadro siguiente señala las piezas afectadas por caries así como las que no lo están. El número de las piezas observadas en los hombres correspondiente al 100% de la muestra es 980 y en el caso de las mujeres el 100% es igual a 660 piezas.

DATOS ESTADISTICOS	HOMBRES		MUJERES	
	%	PIEZAS	%	PIEZAS
Caries incipientes.	14.28	140	12.73	84
Caries avanzadas.	5.51	54	5.60	37
Caries por biberón.	7.31	72	9.10	60
Restos Radiculares.	0.76	7	0.60	4
Piezas perdidas.	0	0	0	0
Piezas ausentes.	0	0	0	0
Sin Caries.	72.14	707	71.97	475
Totales.	100.00	980	100.00	660

CPO = 5.5 en hombres y 5.6 en mujeres.<sup>1</sup>

DATOS DE OTRAS AFECCIONES ENCONTRADAS		
	EN HOMBRES	EN MUJERES
Gingivitis leve.	14	6
Con mal posición.	1	0
Algodoncillo.	3	2
Otros (labio leporino).	0	1

<sup>1</sup>CPO = Índice de caries, piezas perdidas y obturadas, encontradas por paciente.

**MUESTRA NO. 2**

**Datos estadísticos de la población infantil de 5 a 12 años de edad.**

	SEXO:	NUMERO:	%
PACIENTES	HOMBRES	96	46.36
CONSULTADOS	MUJERES	111	53.64
TOTAL DE LA MUESTRA		207	100.00

El cuadro siguiente señala las piezas afectadas por caries así como las que no lo están. El número de las piezas observadas en los hombres correspondiente al 100% de la muestra es 2688 y en el caso de las mujeres el 100% es igual a 3108 piezas.

DATOS ESTADISTICOS	HOMBRES		MUJERES	
	%	PIEZAS	%	PIEZAS
Caries incipientes.	7.74	208	5.37	167
Caries avanzadas.	3.90	105	2.44	76
Caries del primer molar permanente.	11.01	296	9.39	292
Restos Radiculares.	1.23	33	1.35	42
Piezas perdidas.	.30	8	.90	29
Piezas ausentes.	0	0	0	0
Sin Caries.	75.82	2038	80.50	2502
Totales.	100.00	2688	100.00	3108

CPO = 4.32 en hombres y 5.46 en mujeres. <sup>3</sup>

DATOS DE OTRAS AFECCIONES ENCONTRADAS		
	EN HOMBRES	EN MUJERES
Gingivitis leve.	14	18
Con mal posición.	1	3
Infecciones periapicales	2	6

<sup>3</sup> CPO = Índice de caries, piezas perdidas y obturadas encontradas por paciente.

**MUESTRA NO. 3**

Datos estadísticos de la población adulta.

	SEXO:	NUMERO:	%
PACIENTES CONSULTADOS	HOMBRES	62	52.47
	MUJERES	84	57.53
TOTAL DE LA MUESTRA		146	100.00

Las edades de los pacientes observados fluctúan en un rango de 18 a 70 años, siendo predominante el grupo que se encuentra entre los 25 y 35 años.

El cuadro siguiente señala las piezas afectadas por caries así como las que no lo están. El número de las piezas observadas en los hombres correspondiente al 100% de la muestra es 1984 y en el caso de las mujeres el 100% es igual a 2688 piezas.

DATOS ESTADISTICOS	HOMBRES		MUJERES	
	%	PIEZAS	%	PIEZAS
Caries incipientes.	28.42	564	21.87	588
Caries avanzadas.	16.12	320	12.50	336
Restos Radiculares.	19.35	384	15.62	420
Piezas perdidas.	12.91	256	18.75	504
Sin Caries.	23.20	460	31.26	840
Totales.	100.00	1984	100.00	2688

CPO = 24.58 en hombres y 22.0 en mujeres.

CPO = Índice de caries, piezas perdidas y obturadas encontradas por paciente.



DATOS DE OTRAS AFECCIONES ENCONTRADAS		
	EN HOMBRES	EN MUJERES
Gingivitis moderada.	57	71
Con mal posición.	3	9
Tuberculosis Oral.	1	0
Traumatismos.	2	6
Herpes Zoster.	0	1
Abrasión.	19	26
Disfunciones de la ATM (Chasquidos).	3	11
Abscesos periapicales.	7	9
Otros, (Frenillo lingual corto).	1	0

#### ***DISCUSION DE LAS MUESTRAS:***

Como se podrá ver en la muestra uno, el porcentaje de piezas afectadas por caries, es notable a pesar de que el grupo estudiado es de muy temprana edad. Esto probablemente, se deba a los cambios que empiezan a sufrir algunas familias en su dieta, la cual comienza a ser abundante en carbohidratos; al mismo tiempo de que no existe un hábito de cepillado ni una preocupación preventiva.

Se podrá notar que existe ya, en algunos niños la tan desagradable caries provocada por el biberón, esto sucede principalmente, por razones fuertes que obligan a la madre a dejar de amamantar con pecho a su bebe; la primera es que en caso de alguna infección agresiva (generalmente gastrointestinal o de vías respiratorias) que le aqueje al niño o niña, éste tiene que ser internado largo tiempo en alguna institución hospitalaria, lo cuál motiva la separación de la mamá con la consecuente imposibilidad de darle pecho y de recuperarlo después.

La segunda es que, cuando la mamá muere o enferma también de gravedad y el bebe pasa a ser cuidado por alguno de los parientes cercanos o las hermanas mayores, si las tiene, mientras ésta se recupera; en estos casos el biberón es la alternativa de nutrición del niño o la niña, el cuál se le deja largo rato en la boca, para que se duerma o se sienta tranquilo.

Una tercera razón es que: debido a la pobreza, las mujeres han buscado alternativas de producción económica, como lo son el vender artesanías en forma ambulante, lo que implica que busquen la independencia de los niños, dejándolos con los abuelos o los hijos mayores mientras trabajan, promoviendo que éstos últimos les den el biberón.

El biberón no es algo que sea buscado por las mamás para darles de comer a sus hijos, pues dentro de la cultura no es buena

madre quién no le dá pecho a su hijo o a su hija; pero existe un desconocimiento del tipo adecuado de leche y de las cantidades que se deben de dar, al igual de que se le adiciona azúcar refinada o miel de maíz, para que se lo coman más a gusto; esto se sigue arrastrando en algunos casos, inclusive hasta cuando el niño tiene cuatro o cinco años, lo cuál provoca como ya es conocido, ese tipo de caries.

Se observó un poco de gingivitis provocada por el acumulamiento de placa dentobacteriana, y algunos restos radiculares causados por el uso de tratamientos propios de la cultura, los cuáles se van a ver más adelante; sin embargo no son significativos.

La aparición del Algodoncillo o Muguet es frecuente entre los meses de Septiembre y Octubre, que es cuando las cosechas ya se acabaron y hay mucha desnutrición, esto afecta a los niños o niñas; que al ser amamantados por más tiempo para suplir esa ausencia alimenticia, se desnutren por una ablactación tardía; como sabemos, ésta es una afección oportunista, ya que al haber desnutrición hay inmunodeficiencia. Esto se da más entre los dos y tres años de edad y no es común que se presente en los adultos. (cfr. 1).

La situación en general de este segmento, presenta un índice moderado de caries, si lo comparamos el número de piezas afectadas, contra el de las piezas libres de ella; al mismo tiempo no se

encontraron hallazgos notorios con respecto a otro tipo de afecciones; salvo el caso de la niña con labio leporino unilateral, el cuál se reportó que no se había visto más que una vez con anterioridad y también fué en una niña.

El grupo de niños y niñas que no tuvieron caries representa a los que viven de una manera más rarámuri, esto quiere decir que no se han mezclado sus hábitos alimenticios con nuestra cultura.

Aún así, es importante ver, que es un grupo potencialmente fuerte para sufrir problemas odontológicos, y que se le puede dar una debida atención preventiva y curativa que le permitirá mantener en estado sano su boca por mucho tiempo.

En la muestra número dos se nota un claro avance de las caries, sobretodo en el primer molar permanente; vemos inclusive piezas perdidas, y un número mayor de restos radiculares de piezas sometidas con anterioridad, al tratamiento local usado para erradicar el dolor.

Aparecieron abscesos periapicales y una disminución en los casos que no presentaron caries de ningún tipo. Las malposiciones dentarias que se encontraron, fueron motivadas por la retención de los incisivos deciduos principalmente, que obstaculizaron la debida erupción de los permanentes; esto fué mayor en las niñas que en los niños.

La gingivitis, se nota más sobretodo en los niños y niñas que acuden a las escuelas-albergues del INI, en el cuál se les cambia la dieta normal que llevan en casa, por una dieta rica en carbohidratos; al mismo tiempo que funcionan pequeñas tienditas que les venden dulces y galletas como una alternativa económica de los maestros para mejorar sus ingresos. No existe ningún tipo de programa de salud odontológica escolar que apoye, ni a los maestros, ni a los niños, para poder prevenir estos problemas.

Este segmento probablemente es el más afectado, por la carencia de una buena educación para la salud; ya que tienen denticiones mixtas que confunden a los padres de familia y a los maestros; los cuáles no saben que hacer cuando se les solicita ayuda si tienen algún problema dental; éstos últimos siempre recaen en el consejo mal fundado de que: "es mejor que se la saquen para que ya no le duela", sin saber si el diente tiene remedio o no.

Para lo anterior piden ayuda al Sector Salud, o al programa del IMSS solidaridad, los cuáles tienen una "filosofía" en esta región de que "hoyo chico se tapa, hoyo grande se saca", por la dificultad de darles seguimiento a los pacientes al no tener a su alcance el equipo adecuado y personal capacitado; con las consecuencias a futuro que se pueden imaginar.

La única alternativa, que ha logrado frenar un poco el problema de grandes acumulaciones de placa dentobacteriana en la

población escolar, ha sido el uso de la goma de mascar, que aunque al principio se podría considerar cariogénica, se vuelve limpiadora, al masticarse durante días enteros; con los respectivos intervalos de descanso durante las comidas; al pegarla debajo de la mesa para recuperarla después. Esto se debe a los pocos recursos económicos con el que cuentan las familias, lo anterior repercute en que los niños y niñas no tienen dinero para gastar, por lo que guardan el mismo chicle para toda la semana. Es muy curioso observar a los pequeños, cómo después de comer, se meten la goma de mascar en la boca y la sacan repetidamente para retirarle los pedazos de alimentos que se quedan adheridos a ella, hasta que luego de un rato ya lograron casi por completo limpiarse toda la boca.

Los hombres de este segmento, son los que presentaron un índice mayor de problemas odontológicos en general, que las mujeres, a excepción de los restos radiculares, las piezas perdidas y la presencia de gingivitis.

En lo que respecta al grupo de la muestra número tres, referente a la población adulta, hay un aumento significativo de problemas estomatológicos. Si se ven comparativamente los hallazgos de la muestra uno, los de la muestra dos y ahora la tres, se aprecia cómo se vino dando la cadena de acontecimientos patológicos bucales, que pudieron haber sido controlados desde un principio.

En general la raza Rarámuri presenta una fortaleza sui generis, y está adaptada desde siglos a un estilo de vida y dieta muy propios. Como se puede apreciar en los datos que aparecen en éste último cuadro, se nota que las caries siguieron su curso "normal", hubo la consecuente pérdida de piezas y un aumento en la presencia de restos radiculares, que aunque éstos se consideran como focos de infección, no son muchos los casos en los que se degeneran.

Se encontró una presencia significativa de gingivitis, por la mala higiene provocada, más que nada, por la dificultad del acceso a tener agua, y cepillo dental. En este aspecto el pinole es un medio de control en la proliferación de la placa dentobacteriana.

Otros hallazgos que son de tomarse en cuenta, fueron los traumatismos provocados por accidentes de trabajo en los hombres y por los golpes en las mujeres; estos últimos son provocados generalmente por las situaciones de desprecio y racismo muy marcados de los mestizos o chabochis en contra del Rarámuri, el cuál al sentirse ofendido y sin posibilidad de defenderse ante el chabochi, se desquita en casa con quién a su vez no puede hacer nada en contra de él: su mujer y en algunas ocasiones sus hijos. Esto es un problema social importante, que sucede más seguido en esta población al ser vecinos de un poblado de mestizos.

Los traumatismos más comunes son los golpes que llegan a

fracturar una o varias piezas dentales, así como lesiones importantes de los tejidos blandos al impactarse contra los dientes. No se han presentado casos de fracturas de maxilares por estas causas.

Se localizó un paciente ya grande, con tuberculosis oral, en un rancho alejado, Este ya había estado en tratamiento antifímico por un largo tiempo y por varias veces en su vida, pero que nunca terminó totalmente, sino que lo abandonaba al ya sentirse mejor, situación que trajo como consecuencia una resistencia del micobacterium a los medicamentos existentes. Se le localizó al visitar los ranchos, mencionó las molestias que se le venían desarrollando en su boca y que nunca le habían dado, trató de curarse con hierbas como lo hacen todos, pero no le dió resultado, aunque las molestias desaparecieron; actualmente se encuentra en su rancho y rechazó ponerse en tratamiento nuevamente. Hubo un caso de herpes zoster en una mujer de 47 años, cosa que no es común por lo que se añadió en la lista de hallazgos.

Algo importante también que se vió, es la presencia de abrasión provocada por el Pinole, alimento propio de la cultura que es elaborado con maíz tostado y molido en el metate y que, al comerse disuelto de una manera espesa en agua, provoca que al masticarse vaya desgastando paulatinamente el esmalte dentario, a su vez sirve como agente abrasivo contra la acumulación da placa, como se mencionó con anterioridad.



Las disfunciones de la ATM señaladas, son resultado de pacientes que sufrieron golpes en la cara por diversas causas, y por la ausencia de piezas que motivaron un cambio en los movimientos y un mayor esfuerzo muscular para la trituración de los alimentos.

Se encontró un caso de una persona de 25 años con un frenillo lingual corto, que aprendió a hablar a pesar de ello, aunque de una manera gangosa; no ha aceptado la cirugía por el temor a estar mucho tiempo en el hospital y por que dice que así está bien. Esto último es común en las decisiones rarámurís, ya que el miedo a lo desconocido y el estoicismo característico, los mantiene al margen de los tratamientos posibles. En estos casos la posición que se toma es la de respetar su decisión y no violentar más de la cuenta, a pesar de saber los beneficios que traería el que aceptase.

En general, la situación oral es muy mala, y que con una debida atención a tiempo se pueden detener una cantidad importante de problemas; esto también es provocado por la falta de atención dental de las diversas instituciones que participan en programas implementados para atender a la población de la Sierra Tarahumara.

### 3.2 PRACTICAS Y COSTUMBRES UTILIZADAS POR LOS INDIGENAS RARAMURIS COMO RESPUESTA A LAS AFECCIONES ODONTOLÓGICAS. <sup>5</sup>

La cultura Rarámuri posee algunos medios para controlar los problemas bucales, pero sólo van enfocados a la desaparición del dolor y no al agente causal, esto se vé manifiesto en la cantidad de problemas que se presentan en la población y en que sus distintos medios no han sido una respuesta total para erradicarlos; aparte de la necesidad de una buena educación para la salud dental la cuál es mínima no sólo entre los indígenas, sino entre los mestizos también.

La cultura tiene en la tradición oral un elemento muy importante que le ha permitido contar con la conservación de sus tradiciones al rededor de la enfermedad y la muerte. A continuación menciono las mas importantes y sognificativas odontológicamente hablando.

Una de las prácticas más comunes, es el uso de trementina de pino, que se toma de entre los espacios que se encuentran en la corteza del árbol, a la cuál tiene que haberle caído un rayo con anterioridad; sólo en este caso es cuando obtiene las propiedades necesarias para poder usarse. La forma de uso es colocándose una pequeña bolita de la trementina, en la cavidad provocada por la

---

<sup>5</sup> Lo expuesto a continuación es fruto del trabajo y la experiencia obtenida gracias al contacto con la gente de la comunidad. no localicé citas bibliográficas al respecto.

caries ó en el diente que presenta molestias. Una vez puesta ahí se le empapa abundantemente con saliva y se le deja todo el tiempo que sea necesario hasta que el dolor desaparezca. La reacción que ésta origina es tan irritante, que provoca la necrosis del nervio y subsecuentemente la deshidratación de toda la pieza, lo que trae como consecuencia la desmineralización de esmalte y dentina que se vá fracturando paulatinamente sin provocar dolor, hasta que sólo queda el resto radicular, que al estar totalmente necrosado y deshidratado no presenta mucha facilidad de infectarse.

Este es el tratamiento más usado por la gente, a pesar de ser tan agresivo en un principio y de consecuencias muy negativas para la pieza que se trate; a veces si se usa en mucha cantidad puede lesionar a las piezas adyacentes aunque éstas se encuentren sanas.

Otra forma de atenderse, es usando las hierbas que tienen a su alcance, que conocen muy bien y que sirven para esos fines, como lo son: La Malaguchi, que crece a las orillas de las tierras de siembra que se encuentran cercanas a los pasos de arroyuelos; es pequeña, con un tallo largo que sobrepasa el resto de la planta, tiene sus hojas cortas y puntiagudas, las cuáles miden en promedio unos 4 a 6 cm. La parte que se usa es principalmente el tallo, el cuál puede ser masticado y colocado a un lado del diente afectado, descansando sobre la encía. El sabor de esta planta es un poco ácido, como cáscara de limón, sirve cuando se empiezan a sentir molestias dentales y sobretodo, sí se detecta que hay sangrado de

las encías; también se usa en los casos en los que existe un poco de hiperemia por el cambio brusco de temperatura. A los niños les gusta mucho y cuando la encuentran la cortan para ir la masticando como golosina. Se dá durante los meses de Julio y Agosto; de preferencia se tiene que usar fresca, ya que al secarse pierde sus propiedades.

Otra alternativa natural, es el uso de la corteza de encino, ésta se corta del tronco de un árbol joven y se coloca junto a la encía del diente adolorido, la corteza usada tiene que estar seca y se utiliza del tamaño necesario para cubrirla. Sirve también cuando hay sangrado; se dice que fortalece al hueso, para que el diente se sujete mejor y no se destiemple, refieren que cuando se usa seguido las caries no aparecen o se detienen en su crecimiento. Es el remedio más usado en el invierno y la alternativa para evitar las infecciones de los restos radiculares. Otra manera de utilizarse es preparando un cocimiento de 3 ó 4 gramos de corteza por 100 ml. de agua y haciendo ejuagues cuantas veces se desee, de ésta manera se logran desaparecer las úlceras que se presentan en la boca.

En cuanto al tratamiento de los abscesos o postemillas, como se les conoce aquí, se usa el Nopal, a éste se le corta la penca por la mitad y se calienta sobre un comal o en los calentones que sirven de estufas, se coloca tan caliente como se soporte, en el lugar del absceso; y se detiene con un paño el tiempo suficiente

hasta que se enfríe. Se utiliza las veces que sea necesario hasta que desaparece la inflamación y el dolor.

Para el sangrado e inflamación de las encías se ha venido usando de un tiempo para aca, la Avena, unos 30 ó 35 gramos de tallos y frutas sin pelarse, así enteras, en aproximadamente 150 mililitros de agua. Se prepara un cocimiento y se toma una taza en ayunas y otra antes de acostarse.

No hay ningún tipo de curación mítica que sea específicamente para los dientes; sin embargo en los casos en que se extrae alguna pieza dental, la persona se la lleva para enterrarla cerca de su casa o conservarla hasta su muerte, ya que cuándo ésta suceda, se podrá ir tranquila y completa al cielo; no dejando absolutamente nada en la tierra. En otros casos, prefieren dejarla en unos frascos que pre-establecidamente se destinaron para contener piezas extraídas con anterioridad a otras personas rarámuris también, para que estén juntas y así no se queden tristes los dientes o muelas de que se trate. En este caso no importa que al morir la persona no conserve consigo sus piezas, pues sabe que donde las dejó están bien. Lo que nunca está permitido es tirarlas así nada más.

Otra situación parecida es cuando al momento de hacer las extracciones, odontoxesis o algún otro tratamiento, en el cual haya hemorragia, los lienzos que se empapan de sangre no pueden ser quemados, ya que existe la creencia de que si se queman, la persona

dueña de esa sangre, se va ir secando paulatinamente hasta que se muere por esa causa. Ante ésta situación se entierran un poco profundos, para evitar que los perros los saquen; ó bien se pueden llevar a tirar a un lugar alejado de ahí.

### **3.3 PRACTICAS Y COSTUMBRES ADQUIRIDAS POR LA INFLUENCIA DE LA CULTURA OCCIDENTAL.**

Ha sido una preocupación para todo el ser humano la lucha por vencer el dolor en todas sus formas y manifestaciones; se tienen los métodos científicos que se han logrado y sus descubrimientos, que a través de la historia han creado medios físicos, químicos, naturales y artificiales; que actualmente resuelven en mucho este problema. Sin embargo, no ha sido suficiente y no sólo lo han asumido los científicos, sino también la creatividad espontánea de la gente que le ha dado recursos, a veces un poco radicales pero efectivos, para conseguir el mismo fin.

Como sucede en la mayoría de las culturas, existen patrones venidos de fuera que se adoptan para tratar de solucionar problemas de distinta índole, en este caso los Rarámuris no están exentos de ello y han asumido distintos "remedios" aprendidos de los chabochis para las afecciones bucales que les aquejan; a continuación enumeraré los más conocidos y usados.

En el caso de que se tenga un dolor agresivo, provocado por

una pulpitis aguda, se suele usar un clavo calentado al rojo vivo, que se mete en el orificio abierto por la caries, hasta que llega al nervio, originando una cauterización inmediata que hace que ceda el dolor en unos cuantos minutos. Se dice que, en el momento de que el clavo hace contacto con la pulpa, se produce tal dolor que supera al que se tenía con anterioridad, pero que posteriormente es tan satisfactoria la sensación de cómo se va liberando esa situación, que lo hace una alternativa eficiente, resolviendoles el problema, a los valientes que se atreven hacerlo.

Otro remedio que se utiliza en caso de desesperación dolorosa, es moler una o dos pastillas de aspirina o mejoral, que se mezclan con unas gotas de alcohol del 96; una vez formada la masa, se aplica y se va empacando poco a poco en la cavidad del diente dañado, ejerciendo fuerte presión al hacerlo; de esta manera se va aliviando el dolor pero tarda más tiempo en dar resultado, se tiene que hacer cada cuatro o cinco horas que es lo que dura el efecto, mientras que desaparece el dolor; a veces pasan dos o tres días en que eso suceda. Un problema que se presenta al hacer lo anterior, es que la encía y la mucosa de los carrillos, sufren quemaduras leves que hacen que el "completo restablecimiento" del paciente se prolongue hasta por una semana.

Los casos más agresivos reportados para resolver problemas dentales, son es el siguiente: se recurre al uso de las pinzas mecánicas de presión, para extraerse por sí mismos la pieza

afectada. Esto pocas veces ha logrado tener éxito, puesto generalmente se fracturan las raíces, aunque algunos ya han aprendido hacerlo inmediatamente después de que cedió la inflamación provocada por un absceso; y los tejidos se encuentran frágiles y más elásticos. El dolor provocado en el momento de traccionar la pieza es de pronóstico reservado, pero a pesar de eso es algo que se llega a usar.

Otra forma de atenderse, es comiendo mucho chile, tan picoso que se bloquea la sensación dolorosa por un muy buen rato; lo anterior se utiliza en los casos en que se va en búsqueda de ayuda, y el dolor no permite caminar; esta alternativa es sólo temporal.

La salida más fácil y común en muchos lados y para muchas cosas, es la de emborracharse para que se te olvide el dolor, no importa que no se te quite, al fin que "eso si se puede hacer junto con los amigos y entre varios la pena es menos".

El asistir a pedir medicinas a la farmacia del pueblo, también ya ha sido adoptado por algunos, para resolver no sólo los problemas dentales, sino otros diversos, ¿para que pagarle a un dentista o a un médico?, o ¿para que ir algún dispensario gratuito?, si "dicen que la medicina buena, está en la farmacia por que cuesta"; ésto aunque no sea cierto, como todos sabemos, es fortalecido por el farmacéutico, que se convierte en un cacique más que lucra, a veces a sabiendas y a veces por ignorancia, con el



dolor ajeno. Aparte de que, generalmente, la única medida terapéutica adecuada es la que puede ser aplicada por una persona, dentista o no, que tenga a su alcance el equipo y conocimientos necesarios.

Todas estas alternativas son asumidas principalmente por aquellos que han tenido un mayor contacto con la cultura dominante, y que en los intentos de parecerse a ellos, utilizan estos medios. A su vez, muchas personas que no son indígenas han aprendido a usar las hierbas y modos rarámuris para el mismo tipo de problemas, puesto que es bien sabido el potencial curativo que se tiene en estos métodos, aunque no sean la solución definitiva.

#### **IV. PROPUESTA PARA LA ATENCION DENTAL EN LA SIERRA TARAHUMARA.**

Dada la realidad socio-económica, política y dental de la población de San Ignacio de Ararekq, se presenta esta propuesta en la que se trata de aportar algunos elementos, para que este grupo indígena pueda disfrutar de los servicios dentales y de los avances de la ciencia que hasta ahora les han sido negados.

La propuesta se basa, fundamentalmente, en la necesidad de capacitar en ciertos conocimientos preventivos, curativos y terapéuticos a un grupo de personas elegidas por las comunidades, que cumplan con ciertos requisitos; para que éstos en cascada, puedan llevar el servicio dental a sus comunidades; puesto que como ya se mencionó, en la Sierra Tarahumara existen alrededor de 6 dentistas, para una población de casi 300,000 habitantes (mestizos e indígenas), que se encuentran dispersos entre las Barrancas de la Sierra.

Al mismo tiempo hemos estado viendo, que ni los mecanismos de ayuda institucional, tanto gubernamentales como no gubernamentales, ni los propios medios que la cultura tiene, han dado, ni podrán dar una respuesta adecuada, si no se intenta cambiar las estrategias de acción, para la resolución del problema dental que los aqueja.

#### **4.1. Diseño de un programa de capacitación de promotores de salud dental.**

##### **4.1.1. Contenido Curricular del Diseño.**

###### **Justificación.**

Como ya se ha descrito, de acuerdo a la realidad que se vive aquí en la sierra, es imposible que se logre cubrir, del modo en el que se ha venido haciendo hasta ahora, las necesidades de atención dental de la población serrana, por diversos factores: la pobreza extrema en la que vive la gente, la cultura que representa un obstáculo fuerte si no se le entiende o no se le valora como tal, la geografía que representa un reto demasiado grande para salvarlo, la escasez de recursos destinados para proyectos de ésta índole, por no considerar el problema dental como algo de "vida o muerte"; y sobretodo la falta de recursos humanos capacitados que quieran participar en un trabajo distinto al que se nos presentó en las aulas de las escuelas, ya que nadie se quiere venir si no es motivado por cumplir algún requisito, como lo es el caso del servicio social. Además de que no le resulta atractivo a los egresados de las facultades, por no ser éste el aparente paraíso económico que mucho se pregona se obtendrá al tener al cursar este tipo de carrera.

Lo anteriormente mencionado aporta los elementos necesarios para justificar esta propuesta; es decir, que es indispensable un cambio en las estrategias de operación para el fin que se quiere

obtener; como lo es: el brindar una atención adecuada a la población marginada. Lo que implica que la participación de la gente que aquí vive, conoce su cultura, su geografía; no piensa salir a buscar otros horizontes, porque aquí es donde está arraigada, es conocida por su gente, y sobretodo; porque puede ser sujeto de que la atención dental adecuada llegue a más. Es así, como se podrá lograr un cambio positivo en la solución a la problemática dental que se vive.

**-Objetivo:**

*FORMAR PROMOTORES LOCALES EN EL NIVEL DENTAL QUE PROMUEVAN:*

*- LA PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DENTALES QUE SE PRESENTAN COTIDIANAMENTE PARA QUE LA SALUD DE LA COMUNIDAD MEJORE.*

**Definición de términos:**

Formar promotores locales en el nivel dental que promuevan: que los promotores sean indígenas de la propia comunidad y que puedan tener la opción de dedicarse a la promoción de la salud dental.

La prevención y curación de las enfermedades dentales que se presentan cotidianamente: puesto que no se trata de que sean Cirujanos Dentistas, sino de que atiendan aquellos padecimientos que son muy comunes y puedan combatir, al poner en sus manos las técnicas tanto preventivas como curativas.

para que la salud de la gente mejore: de tal forma en que al hacerlo la comunidad presente una mejor situación bucodental.

### **-Metodología:**

Esto se refiere a las técnicas o procedimientos para transmitir los conocimientos al promotor, y éste a su vez a la población, al modificar sus niveles de información, actitudes y conductas en beneficio de la salud.

Por las condiciones socioculturales del Rarámuri, las actividades de esta propuesta las basaremos en la comunicación interpersonal y el trabajo con grupos, esto se logrará al interponer una correspondencia lógica entre los objetivos precisos a los que se quiere llegar en cada acción, y su actividad y materiales. Se elaborará un índice temático de aquellos padecimientos que aparecen con más frecuencia, jerarquizándolos y administrándolos didácticamente; así como también de las circunstancias ambientales y las conductas individuales que perjudican o favorecen la salud dental y las acciones prácticas que deben realizarse para lograr el beneficio de la comunidad.

Los contenidos serán lo más concretos posibles, se apoyarán en la metodología participativa, para que de esta manera se ligen con hechos reales, logrando que el promotor capte fácilmente e identifique las situaciones de su vida diaria. Tendrán que ser sugerentes, claros, precisos para que éste reconozca el problema de salud dental, su trascendencia tanto personal, como familiar y social. (cfr. 2, 6).

Aunque el lenguaje será lo más sencillo posible y en muchas ocasiones será en Rarámuri, se irán introduciendo paulatinamente palabras y conceptos nuevos, que expliquen situaciones conocidas por la gente. Se apoyará en la información previa que los promotores tengan acerca del mismo; y ésta será el punto de partida y de apoyo a la información adicional.

La información se organizará de lo simple a lo complejo, de lo conocido a lo desconocido, de lo fácil a lo difícil.

La comunicación interpersonal tendrá que establecer siempre una relación cordial de respeto, interés y afecto por la persona, de otra manera no se tendrá éxito. Escuchar antes de hablar y empezar en donde la gente está, sin imponer criterios, regaños o actitudes de superioridad, ésto aportará una herramienta clave para la educación de la salud que se pretende. (cfr. 6).

El trabajo con grupos será apoyado con pláticas, juegos educativos, discusiones de temas específicos, demostraciones, prácticas con elementos artificiales y otros.

- Contenidos Odontológicos

MODULO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS
<p>1. Anatomía dental</p>	<p>1.1 Que los promotores conozcan y definan con sus propios términos la correcta anatomía dental.</p>	<p>1.1.1. Comparar la anatomía dental animal con la humana.</p> <p>1.1.2. Armar un modelo tridimensional del cráneo humano.</p> <p>1.1.3. Dibujar las distintas formas dentarias.</p> <p>1.1.4. Juego de memoria con figuras dentales.</p> <p>1.1.5. Reconocimiento al azar de piezas naturales.</p>	<p>1.1.1.1 Huesos de animales y un cráneo humano de plástico.</p> <p>1.1.2.1 Modelo tridimensional del cráneo humano, pinturas y pinceles.</p> <p>1.1.3.1 Papel y lápices de colores.</p> <p>1.1.4.1 Juego de memoria.</p> <p>1.1.5.1 Piezas dentales naturales.</p>

<p><b>2. Odontología Preventiva.</b></p>	<p>2.1. Que el promotor sea capaz de detectar las caries.</p> <p>2.2. Que maneje la historia clínica correctamente.</p> <p>2.3. Que aplique correctamente fluor tópico o en colutorios a la población infantil.</p> <p>2.4. Que pueda realizar una odontoxesis adecuadamente.</p> <p>2.5. Que use y promueva la técnica de cepillado o su alternativa.</p> <p>2.6. Que pueda canalizar a tiempo pacientes a otro nivel.</p>	<p>2.1.1. Revisión a los niños o niñas de la escuela y/o a otros promotores.</p> <p>2.2.1. Dibujar por colores los distintos hallazgos encontrados en un paciente.</p> <p>2.3.1. Aplicaciones tópicas de fluor en los niños y niñas cada seis meses.</p> <p>2.3.2. Visitas mensuales a la escuela para realizar colutorios masivos.</p> <p>2.4.1. Práctica de profilaxis con otro promotor.</p> <p>2.5.1. Pláticas en las escuelas con los maestros y padres de familia.</p> <p>2.6.1. Discusiones ejemplificadas de casos que lo ameriten.</p>	<p>2.1.1.1. espejo, explorador, pinzas de curación y algodón.</p> <p>2.2.1.1. Lápices de colores y la hoja de historia clínica.</p> <p>2.3.1.1. Rollos de algodón, Fluor en gel, espejo y pinzas de curación.</p> <p>2.3.2.1. Agua, vasitos desechables y sobrecitos de fluor en polvo.</p> <p>2.4.1.1. Instrumental para profilaxis, CK6, algodón, espejo, explorador y pinzas de curación.</p> <p>2.5.1.1. Cepillo dental, rotafolio con su guión respectivo.</p> <p>2.6.1.1. Hojas de papel y lápiz.</p>
--	---	---	---



MODULO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS
3. Farmacología	3.1. Que el promotor maneje adecuadamente un cuadro básico de antibióticos, analgésicos y anti-inflamatorios, que sirvan para resolver los problemas más comunes que se presenten.	<p>3.1.1. Seleccionar las presentaciones por grupo de fármaco.</p> <p>3.1.2. Juego de preguntas y respuestas; el asesor dice el nombre genérico y el promotor responde con uno comercial y viceversa.</p> <p>3.1.3. Elaboración de un cuestionario con casos reales, que ellos propongan.</p> <p>3.1.4. Responder al cuestionario hecho con anterioridad.</p> <p>3.1.5. Lectura de la información que traen consigo las cajitas de los fármacos.</p>	<p>3.1.1.1. Cajitas o frascos vacíos de antibióticos</p> <p>3.1.2.1. Pizarrón, gises y una pelota pequeña.</p> <p>3.1.3.1. Pizarrón, gises, lápiz y papel.</p> <p>3.1.4.1. Cuestionario y lápiz.</p> <p>3.1.5.1. Cajitas vacías de fármacos.</p>

MODULO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS
4. Anestesia	<p>4.1. Que conozca correctamente la anatomía de la inervación de la boca.</p> <p>4.2. Que conozca y pueda decir con sus palabras el mecanismo de acción de la anestesia.</p> <p>4.3. Que identifique los distintos tipos de anestésicos.</p> <p>4.4. Que conozca los riesgos que existen en el manejo de la anestesia.</p> <p>4.5. Que sea capaz de resolver con efectividad y prontitud algún problema que se presente al aplicar la anestesia.</p> <p>4.6. Que maneje adecuadamente el instrumental que se usa.</p>	<p>4.1.1. colorear los distintos nervios en un dibujo del maxilar y mandíbula.</p> <p>4.1.2. Identificar el sitio en donde se localiza la espina de spix, en un macro-modelo de plástico.</p> <p>4.1.3. Colorear el radio de acción del anestésico en un dibujo, según la técnica y el lugar de la punción.</p> <p>4.1.4. Identificar un hueso esponjoso de uno compacto.</p> <p>4.2.1. Lectura de una historia con personajes ficticios, en donde se vaya nombrando el mecanismo de acción.</p> <p>4.3.1. Juntar por pares los distintos tipos de anestésicos.</p>	<p>4.1.1.1 Lápices de colores y hojas con distintos dibujos de tamaño carta.</p> <p>4.1.2.1 Macro modelo de plástico.</p> <p>4.1.3.1 Lápices de colores y distintos dibujos de tamaño media carta.</p> <p>4.1.4.1. Distintos huesos de animales, preferentemente de caballo o chivo.</p> <p>4.2.1.1 Historia a manera de cuento.</p> <p>4.3.1.1 Cajas, latas, cartuchos y etiquetas de los anestésicos conocidos.</p> <p>4.4.1.1 Historia a manera de cuento, relacionada con la anterior.</p>

	<p>4.7. Que el promotor sepa exactamente en dónde inyectar.</p> <p>4.8. Que el promotor sepa identificar cuándo usar la anestesia.</p> <p>4.9. Que el promotor sea capaz de dominar y aplicar con seguridad las técnicas de anestesia, supraparietostica y el bloqueo del dentario inferior.</p> <p>4.10. Que el promotor conozca la sensación que produce la anestesia, para que de este modo pueda comentárselo a su paciente y así poder identificar el éxito de la técnica usada.</p>	<p>4.4.1. Lectura de la historia del mecanismo de acción, pero modificada para que se vean las posibilidades de reacción de desfavorable.</p> <p>4.5.1. Discusión en grupo de casos problema.</p> <p>4.6.1. Práctica de cargar y descargar la jeringa, así como del manejo de las agujas.</p> <p>4.7.1. Práctica in vivo con otro promotor, señalando previamente el lugar elegido en el cráneo de plástico.</p> <p>4.8.1. Comentar casos reales que el promotor haya visto en los cuáles se le cuestione si se debe o no aplicar anestesia.</p> <p>4.9.1. Práctica entre los promotores, anestesiándose unos a otros.</p>	<p>4.5.1.1. Presentación de distintos casos reales.</p> <p>4.6.1.1. Jeringa de anestesia tipo carpule, cartuchos, agujas cortas y largas.</p> <p>4.7.1.1. Jeringa tipo carpule, agujas cortas y largas, anestésico tópico, cartuchos de anestesia. Cráneo de plástico.</p> <p>4.8.1.1. Casos comentados por los promotores; pizarrón y gises.</p> <p>4.9.1.1. Jeringa tipo carpule, cartuchos, anestésico tópico, agujas largas y cortas.</p> <p>4.9.2.1. Pacientes que solicitan la atención dental.</p>
--	---	--	---

		<p>4.9.2. Coparticipación del promotor con el asesor en los momentos de la aplicación de la anestesi dental.</p> <p>4.10.1 Práctica entre los promotores, anestesiándose unos a otros.</p>	<p>4.10.1.1 Jeringa tipo carpule, cartuchos de anestesia, anestésico tópico, agujas largas y cortas.</p>
--	--	--	--

MODULO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS
5. Exodoncia	<p>5.1. Que el promotor reconozca acertadamente los casos en que amerite efectuarse una extracción.</p> <p>5.2. Que el promotor pueda decir con sus palabras los distintos pasos de la extracción.</p> <p>5.3. Que el promotor identifique el instrumental básico necesario para llevar a cabo una extracción.</p> <p>5.4. Que el promotor sea capaz de realizar adecuadamente cualquier extracción dental.</p> <p>5.5. Que el promotor pueda resolver satisfactoriamente, los casos en que sea necesaria la recuperación de restos radiculares.</p>	<p>5.1.1. Juego de comparaciones entre lo conocido por ellos y la boca, por ejemplo, cuando un poste de un cerco está podrido de la parte de arriba, ¿lo quitas? si o no y por que. ¿En qué se parecería eso a un diente?</p> <p>5.1.2. Elaboración de un cuestionario de casos distintos con aportaciones de ellos mismos de situaciones que conozcan.</p> <p>5.1.3. Respuesta del cuestionario elaborado con anterioridad.</p> <p>5.2.1. Explicación de los distintos pasos de la extracción.</p> <p>5.2.2. Dinámica de la pelota para preguntas y respuestas.</p> <p>5.3.1. Reconocimiento del distinto instrumental que se usa</p>	<p>5.1.1.1 Rotafolios con láminas divididas con dibujos alusivos al tema.</p> <p>5.1.2.1 Hojas de papel y lápices.</p> <p>5.1.3.1. Cuestionario elaborado con anterioridad</p> <p>5.2.1.1 Dibujos en hojas tamaño carta, con una explicación escrita.</p> <p>5.2.1.2 Rotafolios usado en la actividad</p> <p>5.2.2.1 Fizarrón, gises y una pelota pequeña.</p> <p>5.3.1.1 Botadores o elevadores rectos y de bandera, fórceps superiores e inferiores, raigoneras.</p>

		<p>5.3.2. Separar por grupos, de acuerdo a la actividad que desarrollan, cada uno de los instrumentos de exodoncia. Por ejemplo. en un lado los botadores, en otro los fórceps superiores etc.</p> <p>5.3.3. Relacionar el instrumento con la pieza dentaria correspondiente y con la acción que ejecutan.</p> <p>5.3.4. Jugar memoria de instrumental.</p> <p>5.4.1. Práctica de extracciones uniradiculares con apoyo del asesor.</p> <p>5.4.2. Práctica de extracciones uniradiculares sin el apoyo del asesor.</p> <p>5.4.3. Práctica de extracciones de cualquier pieza de la arcada inferior, con supervisión del asesor.</p>	<p>5.3.2.1 Botadores o elevadores rectos y de bandera, fórceps superiores e inferiores, raigoneras.</p> <p>5.3.3.1 Instrumental de exodoncia y un tipodonto de plástico.</p> <p>5.3.4.1 Juego de memoria.</p> <p>5.4.1.1 Instrumental de exodoncia, uno por cuatro y paciente.</p> <p>5.4.2.1 Instrumental de exodoncia, uno por cuatro y paciente.</p> <p>5.4.3.1 Instrumental de exodoncia, uno por cuatro y paciente.</p> <p>5.4.4.1 Instrumental de exodoncia, uno por cuatro y paciente.</p>
--	--	---	---

		<p>5.4.4. Práctica de extracciones de cualquier pieza de la arcada inferior, sin ayuda ni supervisión del asesor.</p> <p>5.4.5. Práctica de extracciones de cualquier pieza de la arcada superior con supervisión del asesor.</p> <p>5.4.6. Práctica de extracciones de cualquier pieza de la arcada superior, sin ayuda ni supervisión del asesor.</p> <p>5.5.1. Dibujar y colorear la forma de un alveólo con una raíz adentro.</p> <p>5.5.2. Fracturar un diente del hueso de algún animal y sacarlo con un desarmador.</p> <p>5.5.3. Práctica entre todos de la experiencia tenida con la práctica anterior.</p>	<p>5.4.5.1 Instrumental de exodoncia, uno por cuatro y paciente.</p> <p>5.4.6.1 Instrumental de exodoncia, uno por cuatro y paciente.</p> <p>5.5.1.1 Hojas de papel, lápices de colores y un macromodelo de plástico.</p> <p>5.5.2.1 Huesos de mandíbula de animal y un desarmador.</p> <p>5.5.3.1 Hojas de papel y lápiz.</p> <p>5.5.4.1 Instrumental para recuperación de restos radiculares.</p> <p>5.5.5.1 Instrumental para recuperación de restos radiculares, uno por cuatro y paciente.</p>
--	--	--	---

		<p>5.5.4. Identificación específica del instrumental que se usa para estos casos.</p> <p>5.5.5. Coparticipación con el asesor cuando se vayan a extraer restos radiculares.</p>	
--	--	---	--



MODULO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS
6. Materiales Dentales.	<p>6.1. Que el promotor conozca los distintos materiales dentales usados en la resolución de los problemas más comunes que se le presenten.</p> <p>6.2. Que el promotor mencione con sus propias palabras para que sirva cada uno de los materiales.</p> <p>6.3. Que el promotor identifique los materiales en las distintas presentaciones en que se venden.</p> <p>6.4. Que el promotor explique en qué casos está indicado el uso de determinado material y porque.</p>	<p>6.1.1. Presentación de los distintos materiales dentales de acuerdo a la afección a tratar.</p> <p>6.1.2. Separar por grupos los materiales, de acuerdo a la acción que cada uno de ellos realiza.</p> <p>6.2.1. Elaboración de un cuestionario entre los promotores.</p> <p>6.2.2. Respuesta al cuestionario elaborado con anterioridad.</p> <p>6.3.1. Escoger de entre muchas cajitas o frasquitos, los materiales dentales que reconozca.</p> <p>6.4.1. Presentación de historias reales para analizarlas en grupo.</p>	<p>6.1.1.1 Materiales dentales.</p> <p>6.1.1.2 Franelógrafo de dibujos con distintos tipos de afecciones.</p> <p>6.1.2.1 Franelógrafo de materiales dentales y dibujos de las distintas acciones que realizan.</p> <p>6.2.1.1 Rotafolio alusivo al tema, hojas de papel y lápiz.</p> <p>6.2.2.1 Cuestionario elaborado con anterioridad</p> <p>6.3.1.1 Cajitas y frasquitos vacíos de diferentes tipos de materiales dentales, medicinas y algún otro producto que pueda servir.</p>

	<p>6.5. Que el promotor sepa manejar eficientemente un cuadro básico de materiales dentales, de acuerdo a las necesidades y posibilidades de su comunidad.</p>	<p>6.5.1. Elaboración de un cuadro básico de materiales dentales.</p>	<p>6.4.1.1 Historias en forma de cuentos con espacios en blanco para ser completados por el promotor.</p> <p>6.5.1.1 Papelógrafo, plumones de agua.</p>
--	--	---	---

MODULO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS
7. Operatoria Dental	<p>7.1. Que el promotor entienda y pueda explicar con sus palabras qué es la operatoria dental.</p> <p>7.2. Que el promotor sepa diseñar y preparar adecuadamente, cavidades para obturaciones temporales y definitivas.</p> <p>7.3. Que el promotor sea capaz de resolver eficazmente, los distintos problemas que se puedan resolver con la operatoria dental.</p> <p>7.4. Que el promotor identifique y manipule adecuadamente, el instrumental de operatoria.</p>	<p>7.1.1. Plástica de lo que es y para que sirve la operatoria dental.</p> <p>7.2.1. Tallado de cavidades en macrodientes de yeso.</p> <p>7.2.2. Preparación de cavidades en dientes de los tipodontos de plástico.</p> <p>7.2.3. Preparación de cavidades en dientes naturales extraídos con anterioridad.</p> <p>7.2.4. Coparticipación con el asesor en la atención de un paciente.</p> <p>7.3.1. Presentación de casos reales en los que sea necesaria la intervención de la operatoria dental.</p> <p>7.3.2. Elaboración de un cuestionario entre todos, de acuerdo a las experiencias tenidas.</p> <p>7.3.3. Respuesta del cuestionario elaborado con anterioridad.</p>	<p>7.1.1.1 Rotafolio de operatoria dental.</p> <p>7.2.1.1 Macrodientes de yeso, lápiz, gurbias.</p> <p>7.2.2.1 Motor de baja velocidad, fresas, contra-ángulo, tipodonto de plástico.</p> <p>7.2.3.1 Motor de baja velocidad, fresas, contra-ángulo, dientes naturales.</p> <p>7.2.4.1 Instrumental para operatoria y paciente.</p> <p>7.3.1.1 Historias a maneras de cuentos con relatos reales.</p> <p>7.3.2.1 Papelógrafo, plumones de agua, hojas de papel y lápices.</p>

		<p>7.3.4. Coparticipación con el asesor en la atención de un paciente.</p> <p>7.3.5. Práctica directa con un paciente.</p> <p>7.4.1. Conocimiento del instrumental de operatoria dental.</p> <p>7.4.2. Separar por grupos de acuerdo a la actividad que desarrollan, los distintos instrumentos que se utilizan.</p> <p>7.4.3. Juego de la moneda que se pasa entre los dedos.</p> <p>7.4.4. Práctica de una obturación en los dientes del tipodonto de plástico.</p>	<p>7.3.3.1 Cuestionario elaborado con anterioridad</p> <p>7.3.4.1 Instrumental para operatoria y paciente.</p> <p>7.3.5.1 Instrumental para operatoria y un paciente.</p> <p>7.4.1.1 Instrumental para operatoria dental.</p> <p>7.4.2.1 Instrumental para operatoria dental.</p> <p>7.4.3.1 Monedas de distintos tamaños.</p> <p>7.4.4.1 Instrumental de operatoria, motor de baja velocidad, fresas, contra-ángulo y tipodonto de plástico.</p>
--	--	---	---

### **-Perspectiva comunitaria**

Dada la realidad que vive la comunidad de San Ignacio de Arareko y, sobre todo, definidos las estructuras político-religiosas y económicas, es necesario que, para y durante la realización del proyecto de capacitación de los promotores dentales; la cosmovisión del mundo y de la vida que tienen los rarámuris, además de lo que ellos pretenden lograr a futuro como cultura; se tome continuamente en cuenta para no hacer acciones que desestabilicen a la comunidad. Esto resulta fundamental en la ejecución de cualquier programa de capacitación que se dé en una comunidad indígena, ya que, a veces, por ingenuidad o ignorancia los capacitadores poseen actitudes y valores contrarios a la misma.

Esto resulta todavía más importante si tomamos en cuenta el inmenso poder que tiene la educación como instancia social de reproducción de actitudes, valores y conocimientos. Si esto no se hace, corremos el riesgo de que los promotores se conviertan en caciques de la comunidad al poseer más conocimientos, y al hacerlo no se lograrán los objetivos; ya que al desestabilizar la dinámica interna de la comunidad los proyectos generalmente fracasan, porque los indígenas prefieren abortarlos en el transcurso de los mismos, que tener problemas entre ellos. (cfr. 4, 6).

Debido a lo anteriormente mencionado, es necesario que este proyecto de capacitación parta de las decisiones que tome la comunidad de acuerdo a sus propios mecanismos, y esté continuamente

en diálogo con la misma, para que se vislumbren los errores, se corrijan en el camino, y se apoye totalmente al proyecto dental.

#### 4.1.2 Marco Teórico Referencial

Del mismo modo, como sucede en otras áreas de la salud, existe una fuerte necesidad de desprofesionalizar la odontología; de facilitarle a la gente común y a los trabajadores de la salud o promotores, habilidades para prevenir y curar problemas de la boca. Después de todo, la atención preventiva es la que hace innecesario el trabajo del Cirujano Dentista, que trata de abarcar esa rama desde su consultorio, o que culpa a la gente de su pésima situación oral, pudiendo dejar en las manos de la población, el cuidado que cada persona dá a sus dientes y encías, con una debida educación para la salud. (cfr. 17).

Sí ésto se logra, el profesional podrá ser el apoyo indispensable para resolver los problemas más graves que los promotores no puedan resolver y le sean canalizados.

La posible participación de personal no dental en la atención de la salud bucodental, bien sea a través de la atención primaria o algún otro enfoque, es algo que tiene que considerarse en el futuro; puesto que en la actualidad, no existen este tipo de servicios, es ahí en donde este tipo de personal, ha venido desempeñando un papel importante, como lo es en las zonas indígenas. Sin embargo, un análisis racional de la situación

sugiere que, independientemente de la filosofía aplicada en la atención de salud dental, en el futuro, el servicio comunitario más apropiado para la odontología empleará más promotores que dentistas. (cfr. 17, 19).

Mientras que las enfermedades dentales están disminuyendo en los países industrializados, todo lo contrario sucede en los países en desarrollo. Esto se debe también entre otras cosas, a que la gente consume menos alimentos naturales (no refinados), y más comidas enlatadas y comerciales, endulzadas con azúcar refinada y conservadas químicamente. (cfr. 20).

A pesar de que las necesidades de atención bucodental están aumentando, hay relativamente pocos dentistas en las zonas rurales, marginadas o indígenas. La mayoría de ellos trabajan sólo en las grandes ciudades y atienden principalmente a quienes pueden pagar sus costosos servicios.

En muchos países a la gente no le alcanza el dinero para pagar los servicios dentales, que le resultan demasiado caros. Incluso en los países ricos, las personas que no tienen un seguro que pague su atención dental, frecuentemente no obtienen el servicio que necesitan o tienen que endeudarse para tenerla. (cfr. 17).

#### **4.2 Problemática Educativa en la Capacitación**

El sistema educativo propiamente indígena y el nuestro

plantean una problemática sui generis para la realización de este proyecto de capacitación, ya que es necesario tomar en cuenta el tradicional para que la capacitación proveniente de nuestra cultura, pueda aportar sin destruir.

Por otra parte se plantean problemas de comunicación en este proyecto, ya que al ser una cultura indígena con sus categorías de pensamiento y de intercambio así como su propio sistema curativo; posee sus formas de entendimiento que a veces no son totalmente compatibles con las nuestras. Debido a esto, se requiere que los indígenas adquieran los elementos necesarios, para poder comunicarse sin dificultad con la cultura occidental, sabiendo de antemano que, muchas veces, lo que para ellos tiene un significado para nosotros tiene otro.

Otra dificultad que se presenta y que es común se dé en los proyectos de capacitación de adultos, es que se tome por un hecho que ya poseen ciertos elementos de información y de conocimiento, generando con esto grandes lagunas en los procesos de aprendizaje. Cuando esto sucede, suele pasar que las personas integren los conceptos como pueden, cayendo a veces en equívocos graves. Sin embargo, también puede acontecer lo contrario, que el adulto ya tenga estas nociones y que al desconocer que él sabe, se le insulte; lo cuál implica que el asesor tenga una sensibilidad muy grande, para poder distinguir cuando es necesario dar un paso atrás en el proceso y cuando no. (cfr. 2).



#### **4.3 Criterios de Selección de los promotores de salud dental.**

Para que este proyecto tenga resultados, se tomarán en cuenta los siguientes criterios para la selección de los promotores:

- a) La selección la realizará la comunidad bajo sus propios mecanismos, pero llenando los requisitos que presupone el perfil de ingreso.
  
- b) La comunidad estará involucrada en la capacitación de los mismos, de tal forma en que ésta, regule el funcionamiento de los mismos; de otra manera, se corre el riesgo de fomentar los cacicazgos internos, logrando con ésto que la cultura se deteriore.
  
- c) Si la comunidad no quiere participar en el proyecto no se insistirá en que lo haga.
  
- d) Las personas elegidas no recibirán ninguna retribución por parte del programa; será la comunidad la que decida cómo y cuánto, siguiendo los mecanismos que ya tienen establecidos para las personas que aportan algún servicio.
  
- e) Si los promotores no funcionan o no actúan como deben, serán retirados del programa en cuánto la comunidad lo decida, aún y a pesar de que no le guste al asesor.

#### **4.4 Perfil de Ingreso**

Serán susceptibles de ser elegidos para ser promotores dentales las personas que cumplan con los siguientes requisitos, no importando su sexo o edad:

1. Que la lengua materna de la persona sea el rarámuri, pero que sepa hablar español.
2. Que sepa leer, escribir y hacer las cuatro operaciones fundamentales.
3. Que sea apreciado y respetado por la comunidad.
4. Que esté interesado en capacitarse y realizar este servicio.
5. Que no tenga antecedentes que la comunidad considere nocivos para la misma.

#### **4.5 Perfil de Egreso**

Al término de los talleres de capacitación y del seguimiento de los mismos, se pretende que el promotor obtenga este perfil:

Un promotor dental que realice las siguientes actividades:

- Que llene correctamente la historia clínica.
- Que detecte a tiempo los procesos cariosos para evitar la destrucción dentaria y así de esta manera prevenir la pérdida de

piezas.

- Que aplique fluor tópico o en colutorios para reforzar la dentición de la población.

- Que implemente actividades en las escuelas para mejorar la situación oral de los niños y las niñas.

- Que no descuide la atención de las encías, brindando la atención y la información necesarias a los pobladores de su pueblo.

- Que pueda canalizar a tiempo los problemas que no puedan ser resueltos por él o en su comunidad.

- Que extraiga cualquier pieza dental, con las mínimas molestias al paciente.

- Que maneje las técnicas de anestesia con responsabilidad y el cuidado que merecen.

- Que evite al máximo posible, las extracciones utilizando las técnicas de la operatoria dental.

- Que resuelva los problemas de las infecciones dentarias con un manejo adecuado del cuadro básico de antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.

- Que logre a través de su práctica y ejemplo, concientizar al resto de la población en el cuidado de la salud oral.
- Que sea elemento de cambio positivo para el beneficio de su comunidad.
- Que fortalezca los mecanismos propios de su cultura que sean benéficos para la salud dental.
- Que tenga un criterio propio adecuado que le permita resolver satisfactoriamente los problemas que se le presenten.

Que tenga las siguientes actitudes para con su comunidad:

- Que sea atento y respetuoso con la gente que trate.
- Que su servicio sea dado con alegría y entusiasmo.
- Que no violente a las personas que no deseen atenderse a pesar de que sea muy necesario.
- Que acepte las opiniones del resto de la gente de su comunidad que le sean benéficas para su labor.
- Que comente con la comunidad los problemas que tenga para desarrollar adecuadamente su trabajo.

- Que les platique a sus pacientes con palabras claras, las distintas alternativas que existan a su alcance para resolver los problemas que les aquejen.
- Que esté siempre dispuesto a brindar la atención que se le solicite.

Que promueva:

- Entre la población infantil de temprana edad y sus padres, una conciencia de cuidado de su boca.
- Actividades destinadas a tratar de resolver colectivamente el problema de la salud dental.
- Actividades preventivas entre la población escolar.
- El conocimiento de su trabajo como promotor dental, para contagiar a otros que se puedan sumar a este servicio.

#### **4.6 Criterios de Evaluación y seguimiento de los promotores.**

Para seguirles el proceso a los promotores, evaluar sus actividades, corregir errores y darle continuidad a la capacitación se realizará una primera evaluación a los seis meses del inicio del trabajo, que aborde los siguientes rubros:

- Introducción.
- Actividades realizadas y proceso seguido.
- Resultados estadísticos.
- Análisis de los mismos.
- Necesidades resultantes de las actividades para alcanzar los objetivos propuestos.
- Deficiencias de los promotores.
- Deficiencias del asesor.
- Compromisos a futuro.

Posteriormente se harán evaluaciones anuales, atendiendo los mismos rubros, pero siempre haciendolo de una manera participativa de los promotores junto con la gente y el asesor.

## V. CONCLUSIONES

En el transcurso de la elaboración de esta tesis he llegado a las siguientes conclusiones:

- No es válido separar de ninguna manera, la salud general de la salud bucodental dentro de los programas que se implementen, y menos aún, si estos están destinados a la Sierra Tarahumara.
- No se puede tratar de unificar a todas las regiones en un sólo programa, sin tener en cuenta que cada una de ellas tiene una problemática distinta.
- Cualquier persona, no importando su nivel de estudios, ni su edad, si es capaz de leer y escribir, es susceptible de recibir capacitación adecuada para ser un excelente promotor dental.
- La salud bucodental de las personas del ejido de San Ignacio de Arereko es muy mala, de acuerdo a las observaciones que se hicieron en este estudio.
- En contra de lo que se podría suponer, actualmente existen pocos problemas periodontales graves gracias al uso de las hierbas.
- El encuentro de dos culturas hace que la mas débil, en este caso la indígena, este propensa a una perdida de su identidad cultural con las consecuencias desfavorables de salud.

- La combinación de los elementos de las dos culturas que se apliquen de manera dirigida, mostrarán cambios positivos en la salud bucodental de la gente.
  
- Las respuestas propias de la cultura para atenderse de las afecciones orales, no han sido suficientes para resolver el problema.
  
- Teniendo en cuenta el diagnóstico realizado a la comunidad, es una buena oportunidad para poder implementar la propuesta descrita en esta tesis.
  
- La tendencia mundial se va dirigiendo hacia una mayor educación para la salud, por lo que ésta propuesta va de acuerdo con la Odontología moderna.
  
- De acuerdo a todo lo visto y analizado anteriormente, se puede decir que la propuesta que se hace, puede ser una estrategia posible de dar una respuesta eficaz a la problemática de salud que enfrentan los pobladores de la Sierra Tarahumara.



## BIBLIOGRAFIA

- 1 American Dental Association, Council on dental therapeutics. *Accepted Dental Therapeutics*. 37th. Edition. Chicago, Illinois, USA.
- 2 Azevedo Fernando de. *Sociología de la Educación*. 10ª Reimpresión. México, Fondo de Cultura Económica. 1981.
- 3 Baum L. Philips R. W. Lund M. R. *Tratado de operatoria dental*. 2ª. Edición. México, D.F. Editorial Interamericana.
- 4 Barton Elizabeth, McMahon Rosemary, Piot Maurice. *Administración de la Atención Primaria de Salud*. 1ª Edición. OPS. Editorial Pax México.
- 5 Comité inter-institucional de Odontología (SSA-IMSS-ISSSTE-DIF-SEP-ADM). *Programa Nacional Educativo Preventivo Contra la Caries Dental y Periodontopatías en Escolares y Pre-escolares*. México 1989-1990.
- 6 David Werner. *Aprendiendo a Promover la Salud*. 1ª Edición. Palo Alto California, USA. Fundación Hesperian.
- 7 Department of National Health and Welfare. *Preventive Dental Services*. Second Edition. Canada 1988.
- 8 Downie N.M. Heath R.W. *Métodos Estadísticos Aplicados*. 1ª Edición. México. Harla Harper & Row Latinoamericana.
- 9 Ezequiel Ander-Egg. *Metodología Y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*. 10ª Edición. México, Editorial Ateneo. 1986.
- 10 Facultad de Odontología. *Odontología Preventiva II*. 1ª Edición. México, UNAM/SUA. 1982.
- 11 Facultad de Odontología. *Exodoncia*. 1ª Edición. México, UNAM/SUA. 1990.
- 12 Facultad de Odontología. *Materiales Dentales*. Tercera Edición. México, UNAM/SUA. 1981.
- 13 González Rodríguez Luis. *Crónicas de la Sierra Tarahumara*. 1ª Edición. SEP, Cien de México. 1987.
- 14 Gutierrez Saenz Raúl, Sanchez González José. *Metodología del Trabajo Intelectual*. 5ª Edición. México, Editorial Esfinge. 1980
- 15 Murray Dickson. *Where There Is No Dentist*. first edition. Palo Alto California USA. The Hesperian Foundation. 1986.
- 16 Organización Mundial de la Salud. *El Agente de Salud Comunitario, Guía de trabajo, Pautas para la capacitación, Pautas para adaptar la guía*. 1ª Edición. Ginebra, Suiza. 1987.

- 17 Organización Mundial de la Salud. *Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Sistemas Alternativos de Atención Bucodental*. Serie de Informes Técnicos 750. Ginebra, Suiza. 1987.
- 18 Organización Mundial de la Salud. *Prevención de las Enfermedades Bucodentales*. Publicación en Offset N° 103. Ginebra, Suiza. 1988.
- 19 Oral Health Programme, World Health Organization. *Research and Action For The Promotion of Oral Health Within Primary Health Care*. Reprinted. Basle, Switzerland. Ciba Geigy Limited. 1989.
- 20 Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Oral Como Componente de la Atención Primaria*. Informe de la Reunión de Trabajo OPS/OMS. San José, Costa Rica. 1984.
- 21 Pérez Avila Noe Lic. *Como Hacer Mi Tesis*. 1ª Reimpresión. México. Edicol. 1981.
- 22 Vicariato Apostólico de la Tarahumara. *Planeación Pastoral 1989*. 1ª Edición. Sisoguichi, Chihuahua. Publicaciones del Vicariato.
- 23 World Health Organization. *Common Oral Diseases. A Manual For Teachers*. Ginebra, Suiza. 1987.

**ANEXOS**

## MAPAS





**PROPUESTAS DE HISTORIAS CLINICAS PARA  
SER LLEVADAS POR LOS PROMOTORES  
DENTALES. \*<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Estas pueden y deben ser modificadas según las necesidades de la comunidad, de los promotores y del asesor.



..... Historia Clínica Dental .....

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ .Edad \_\_\_\_\_

Nombre del Papá \_\_\_\_\_ .Edad \_\_\_\_\_

Nombre de la Mamá \_\_\_\_\_ .Edad \_\_\_\_\_

Nombre del rancho donde vive \_\_\_\_\_

Con quien vive \_\_\_\_\_

Cuantos viven en la misma casa \_\_\_\_\_

Cuando era chiquito mamaba Chichi o Biberón? \_\_\_\_\_

Todavía sigue mamando? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Chichi \_\_\_\_\_ Biberón \_\_\_\_\_

Tiene hermanos o hermanas? , cuantos por todos \_\_\_\_\_

Cuantos hermanos vivos \_\_\_\_\_, Cuantos hermanos muertos \_\_\_\_\_

Cuantas hermanas vivas \_\_\_\_\_, Cuantas hermanas muertas \_\_\_\_\_

Que lugar ocupa en la familia \_\_\_\_\_

Ahorita está embarazada su Mamá \_\_\_\_\_

En donde trabaja su Papá? En su Casa SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, A VECES \_\_\_\_\_

En Creel SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, A VECES \_\_\_\_\_

Sale Fuera SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, A VECES \_\_\_\_\_

Sabe hacer artesanías su Papá? SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, De cuales \_\_\_\_\_

Ha estado internada o internado alguna vez en la Clínica? SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_, Porque \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo duró en la Clínica \_\_\_\_\_

Que promotor vive cerca de la casa de este niño o niña? \_\_\_\_\_

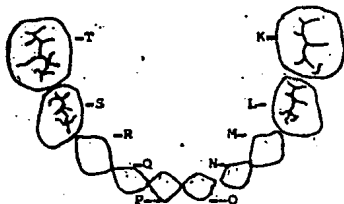
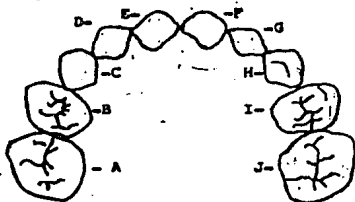
Se ha quejado de dolores de dientes alguna vez? SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_

A la Mamá le faltan dientes SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, Cuantos \_\_\_\_\_

Al Papá le faltan dientes SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, Cuantos \_\_\_\_\_



Fíjate bien en su boca y anota con cuidado todo lo que veas, usa el dibujo de abajo y rayalo igual a como están sus dientes.



Cómo está su Paladar? \_\_\_\_\_

Cómo está su Lengua? \_\_\_\_\_

Cómo está sus Carrillos? \_\_\_\_\_

Cómo están sus Labios? \_\_\_\_\_

Cómo están sus Encías? \_\_\_\_\_

Después de revisarlo todo, notaste algo raro o diferente en su boca? anotalo. \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



-HISTORIA CLINICA DENTAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE SEIS A DOCE AÑOS-



Esta historia clínica sirve para los niños y niñas que están cambiando los dientes de leche por los dientes de grande o permanentes, esto hace que tengan de los de leche y de grande al mismo tiempo, -acuerdate que los primeros dientes que se caen son los de adelante o incisivos de abajo, como a los 6 años y al mismo tiempo o a veces un poco antes le salen los primeros molares de grande, es muy importante que lo tengas en cuenta para que no te vayas a equivocar a la hora de marcar en el dibujo y tachas un diente que no es, así como creer que ese molar se le va a caer después y lo va a cambiar, -para que no te confundas y no tengamos errores, aquí adelante te pongo el orden y la edad en que cambia cada diente y por cual. Casi siempre se caen primero los de abajo y luego los de arriba.

- 19 Los incisivos centrales a los 6 años se cambian por otros centrales.
- 20 Los incisivos laterales a los 7 años se cambian por otros laterales.
- 30 Los caninos de abajo entre los 9 y 10 años se cambian por otros caninos.
- 40 Los primeros molares entre los 10 y 12 años se cambian por los Primeros Premolares.
- 50 Los caninos de arriba a los 11 años se cambian por otros caninos.
- 60 Los segundos molares entre los 11 y 12 años se cambian por los Segundos Premolares.
- 70 Allos 12 años sale el segundo molar de grande.

Ahora anota los datos de la niña o niño que vas a revisar:

FECHA \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre del rancho donde vive \_\_\_\_\_

Nombre de la mamá \_\_\_\_\_ Nombre del Papá \_\_\_\_\_

Va a la escuela, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A cual \_\_\_\_\_

En que año o nivel va \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro \_\_\_\_\_

Ha estado internada o internado en la clínica alguna vez, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por qué si \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo duró en la clínica \_\_\_\_\_

Se ha quejado alguna vez de dolor de muelas \_\_\_\_\_

Hace cuanto tiempo \_\_\_\_\_ Ha usado alguna vez Tremantina de Pino para curarse un diente, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En cual diente \_\_\_\_\_

Se le ha hinchado la cara por culpa de un diente \_\_\_\_\_

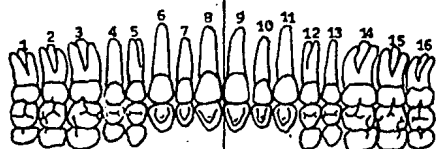
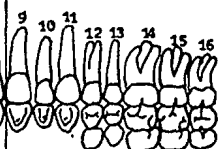



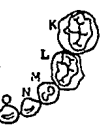
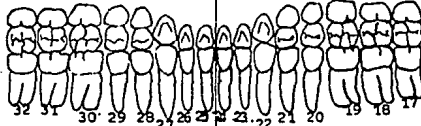
Si se hincho antes cómo se curó \_\_\_\_\_

Sabe hacer artesanías, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De cuáles \_\_\_\_\_

Ha salido alguna vez a trabajar fuera, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A donde \_\_\_\_\_

Que promotor vive cerca de su casa \_\_\_\_\_

**-HISTORIA CLINICA DENTAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE SEIS A DOCE AÑOS-**

			
LADO SUPERIOR DERECHO		LADO SUPERIOR IZQUIERDO	
LADO INFERIOR DERECHO		LADO INFERIOR IZQUIERDO	
			

NOMBRE \_\_\_\_\_

- Después de haber marcado el dibujo revisa lo demás y anótalo
- Cómo está su Paladar \_\_\_\_\_
- Cómo está su Lengua \_\_\_\_\_
- Cómo están sus Labios \_\_\_\_\_
- Cómo están sus Carrillos \_\_\_\_\_
- Cómo están sus Encías \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_





— HISTORIA CLINICA DENTAL PARA GRANDES, HOMBRES Y MUJERES—

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre del Rancho donde vive \_\_\_\_\_

Está casada o casado, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Cómo se llama su esposa o esposo \_\_\_\_\_

Cuantos hijos ha tenido \_\_\_\_\_ Cuantos le viven todavía \_\_\_\_\_

Sabenhacer artesanías Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De cuales \_\_\_\_\_

Ha salido a trabajar fuera Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Adonde \_\_\_\_\_

Se le a trabajar fuera seguido Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_, Cada año Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nunca

De que está echa su casa, De Adobes \_\_\_\_\_, De Piedra \_\_\_\_\_ De Vigas \_\_\_\_\_

El piso de su casa de que es, De TIERRA \_\_\_\_\_ De Cemento \_\_\_\_\_

EL techo de su casa de que es, De Lámina de Cartón \_\_\_\_\_ De Canoas \_\_\_\_\_  
De Lámina Galvanizada \_\_\_\_\_ De Tableta \_\_\_\_\_

En su casa en donde cocinan, En el suelo \_\_\_\_\_ En Calentón \_\_\_\_\_

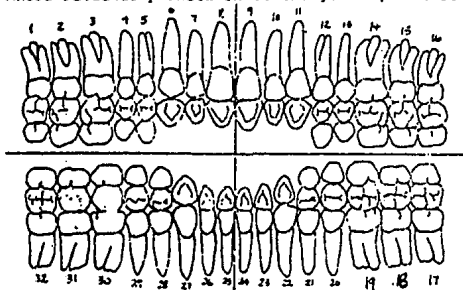
Ha estado internada o internado alguna vez en la clínica, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por que si \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo duró en la clínica \_\_\_\_\_

Que promotor vive cerca de su casa \_\_\_\_\_

Ahora revisalo y anota en el dibujo lo que veas.



Cómo está su Paladar \_\_\_\_\_

Cómo está su Lengua \_\_\_\_\_

Cómo estan sus carrillos \_\_\_\_\_

Cómo estan sus Labios \_\_\_\_\_

Cómo estan sus Encías \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

