



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

PROGRAMA ESTOMATOLÓGICO DE PREVENCIÓN
INTEGRAL EN ESCOLARES DE EJÉRCITO DE ORIENTE,
DURANTE EL PERIODO 2009 – 2010.

TESIS

Para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

MIRANDA OLIVERA ROCIO FABIOLA

VILLEDA MONROY JESSICA GABRIELA

DIRECTORA DE TESIS:

C.D. EEAP: REMEDIOS GUADALUPE VALDEZ PENAGOS



México, D.F 20 enero 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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 esta 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.

PROGRAMA ESTOMATOLÓGICO DE PREVENCIÓN
INTEGRAL EN ESCOLARES DE EJÉRCITO DE ORIENTE,
DURANTE EL PERIODO 2009-2010.

DIRECTOR (A) DE TESIS:

C.D. EEAP. REMEDIOS GUADALUPE VALDEZ PENAGOS

SINODALES:

C.D. SERGIO ENRIQUE DE LA VEGA ARMENTA

C.D. ESP. MARÍA ISABEL DE JESÚS HERRERA

C.D. ROSALVA GARCÍA LOMELI

C.D. MARÍA DEL CARMEN LIZETE MARTÍNEZ BOYER

AGRADECIMIENTOS

“...Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos...

Si observo con fidelidad este juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria.”
Juramento de Hipócrates

Agradezco infinitamente a mis padres, de quienes he obtenido los valores, el aprendizaje y apoyo necesario para ser la hija, hermana y mujer que bajo sus enseñanzas y ejemplo soy. Hoy se cumple uno más de sus sueños, este que compartimos juntos. Toda esta lucha ha tenido sentido gracias a ustedes.

De igual manera le doy gracias a la vida por haberme dado la oportunidad de conocer y convivir con los cuatro seres más maravillosos del mundo: mis hermanos, con los que he compartido momentos llenos de alegría, retos y sufrimientos; sobre todo porque sé, serán de las personas que contaré hasta el último día de mi vida.

*A cada uno de mis familiares que directa o indirectamente han participado en mi desarrollo profesional, pero en especial a mi abuela: **Balbina Arteaga Antonio**, que donde quiera que te encuentres se que nos cuidas. Por ti que creíste en mí siempre y que nunca me negaste una sonrisa. Descansa en paz.*

*También quiero agradecer a todos mis profesores, que con el don de la enseñanza lograron introducir en mí la curiosidad por aprender más. En especial los doctores de **MOSEA Ejército de Oriente** de los que aprendí que equivocarse es parte de la enseñanza, pero que el tratar de corregir los errores nos vuelven cada día mejores profesionistas y personas también.*

Gaby, que con tu apoyo, compañerismo y amistad lograste crear en mí una mejor persona, gracias por luchar a mi lado día a día para enfrentar las adversidades que este reto nos trajo. Hay quienes dicen que las casualidades no existen y de algo estoy segura, el mundo conspiró para conocerte.

Alejandro, también eres parte de este logro, agradezco a la vida por ponerte en mi camino, gracias por todo tu apoyo, comprensión y paciencia. Faltan palabras que expresen lo que siento.

*A mis **pacientes** que han confiado en mí día a día para poner en práctica los conocimientos adquiridos.*

Rocio Fabiola Miranda Olivera

A las personas más importantes en mi vida.

MI FAMILIA por el apoyo recibido durante la licenciatura.

AGRADECIMIENTOS A:

Mis padres Gabriel y Mina: por darme la oportunidad de realizar algo que de niña comenzó siendo un juego gracias a su apoyo y confianza se volvió realidad, por darme los cimientos para ser la persona que soy, por permitirme crecer en una familia llena de amor y cariño, estar siempre a mi lado, por darme palabras de aliento motivándome a seguir adelante, ese apoyo que siempre ha sido incondicional, llego el momento de corresponder todo lo que han hecho por mí, gracias los quiero.

Mis hermanos Gabriel y Daniel: por creer en mí, y ser un apoyo en mí vida, compartiendo momentos felices como los de tristeza pero lo mejor es que juntos salimos adelante, los quiero mucho.

Many: por ser parte de mi FAMILIA, por los consejos para hacer las cosas lo que mejor que se pueda, gracias por estar cuando te necesito eres una persona esencial en mi vida.

Arturo: Gracias por tu motivación expresándome confianza, y alentarme a seguir adelante para lograr esta meta, gracias por ser parte de mi vida.

Rocio: por compartir la realización este programa a tu lado, sobre todo por el apoyo y paciencia. Agradezco tu confianza, permitiéndome trabajar con alguien entusiasta y confiable como tú, por tu amistad gracias.

La familia Miranda Olivera: por abrirme las puertas de su casa y dejarme convivir con ustedes.

La C.D. Reme: Agradezco la confianza que depositó en mí para realizar este programa así como también agradezco el tiempo brindado, obteniendo la satisfacción por culminarlo me hizo crecer como persona obteniendo otras expectativas de la carrera y de la vida.

A la C.D. Lety: agradezco el apoyo durante la realización de este programa y todo lo que implico, sin olvidar las experiencias de vida en su compañía, gracias por escucharme y tomarme en cuenta.

A mis primos Braulio y Oscar: que en ellos comprendí que hay que luchar por conseguir lo que se desea en la vida, una de esas luchas es el estudio.

A las Dras. Sandra y Lupita: por apoyarme en las situaciones que en algún momento sentí que eran difíciles y con motivación me hicieron salir adelante.

Gracias a mis profesores por los conocimientos adquiridos para concluir exitosamente mi preparación profesional con el compromiso de seguir superándome.

A los sinodales que gracias a su experiencia, aportaron información que fue muy enriquecedora mejorar este programa.

Jessica Gabriela Villeda Monroy

Agradecemos a cada una de las personas que con su colaboración hicieron posible la elaboración de este programa.

Director de investigación:

C.D. EEPA. Remedios Guadalupe Valdez Penagos.

Que sin su guía este trabajo no habría sido el mismo, gracias por su apoyo, conocimiento y trabajo que compartió con nosotras.

Coordinadores de la investigación:

C.D. Arcos Molina Leticia

C.D. De la Vega Armenta Sergio Enrique

Pasantes de la CCD:

PSS. Buendía González María Goretti

PSS. Sánchez Martínez Luis Leonel

PSS. Busseuil Lira Alberto

PSS. Velasco Sanjuan Jenny Jazmín

Alumnos inscritos en el MOSEA Ejército de Oriente

- | | |
|---|--|
| • <i>Alfaro Morales Viridiana</i> | • <i>Martín Rosales Martha</i> |
| • <i>Baltasar Ramírez José Daniel</i> | • <i>Miranda Morales Víctor de Jesús</i> |
| • <i>Cortes Hipólito Jennifer</i> | • <i>Ortiz Castillo José Luis</i> |
| • <i>Cruz del Ángel Héctor</i> | • <i>Rodriguez Bautista Vicente</i> |
| • <i>Jiménez Angoa Claudia Viridiana</i> | • <i>Rodríguez Castro Zaíra</i> |
| • <i>Jiménez Contreras Noel Alejandro</i> | • <i>Rosas Salazar Antonio</i> |
| • <i>Maldonado Santiago Alberto</i> | • <i>Vargas Conchillos Gerardo</i> |

*Del mismo modo agradecemos a nuestros **sinodales** que nos brindaran su tiempo y aportaron ideas de gran valor que enriquecieron este programa.*

Por toda la atención muchas gracias.

Rocio - Gaby

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
MARCO REFERENCIAL	22
OBJETIVOS PROGRAMÁTICOS	29
METAS	30
DISEÑO DE INTERVECIÓN	31
ESTRATEGÍAS	33
1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA	34
2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SECUNDARIA	39
3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERCIARIA.....	39
RECURSOS.....	40
APLICACIÓN DE LA INTERVECIÓN	43
CONCLUSIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	
DOCUMENTAL.....	83
FOTOGRAFICO	93
FAMILIOGRAMAS	98

INTRODUCCIÓN

Desde la conformación de la Carrera de Cirujano Dentista como tal, tanto en México como en otras partes de Latinoamérica, las actividades del equipo de salud, se han encaminado de forma prioritaria hacia la curación del individuo.

A lo largo de la historia se han realizado esfuerzos a nivel mundial con la intención de comprender el proceso salud-enfermedad (p s-e) para lograr una mejor calidad de vida de los pobladores de estos países, apostando a la prevención.

Sin embargo, la mirada curativa y rehabilitadora de los profesionales de salud en general se ha mantenido, originando así, la creación de sistemas y modelos de servicios de salud que no pueden responder a las necesidades de la sociedad y que incluso participan en el incremento de este problema.

En el ámbito odontológico, esta situación se incrementa con el uso de la tecnología, estimulando así la práctica curativa y elitista en los profesionales, lo que ocasiona que el elemento preventivo se pierda de vista e incluso sea un ente inexistente dentro de esta práctica de salud.

Los esfuerzos de algunos grupos por promover la salud, los han llevado a trabajar de forma paternalista, sin seguimiento y con poca sistematización o nula, sin obtener los resultados deseados, por lo que en los últimos 30 años, Cirujanos Dentistas especialistas en atención primaria de salud y salud pública han realizado y propuesto diversas formas de acercamiento a la sociedad, con la intención de identificar modelos eficaces que impacten en el p s-e.

El presente programa estomatológico de prevención integral fue implementado en la comunidad escolar de la primaria Juan B. Tijerina, ubicada en la Colonia Ejército de Oriente, con el objetivo de promover la cultura del autocuidado en los escolares con un enfoque familiar.

Tomando como base que el p s-e del escolar se encuentra mediado de la sociedad por su entorno familiar, se identificó a un miembro de la familia de cada escolar él

cual fungió como enlace entre la familia del escolar y el grupo de salud, éste sujeto fue nombrado representante familiar.

Inicialmente se llevó a cabo una entrevista a 60 representantes de familia, la cual permitió obtener una descripción general de esas familias y así establecer un grupo final de trabajo de 29 representantes de familia.

Estos 29 sujetos participaron activamente en su capacitación como promotores de salud familiar, identificaron que el p s-e individual se construye en la familia y que por lo tanto la salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo, el cual comprende aspectos socioeconómicos, sociopsicológicos y socioculturales.

El presente trabajo muestra como la participación del representante de familia como promotor de salud es fundamental para lograr el enlace con el núcleo doméstico y de esta forma lograr un programa dirigido a escolares en el cual se establezca una relación individuo-familia-sociedad que repercuta positivamente en el p s-e del escolar.

ANTECEDENTES

Con la finalidad de exponer la problemática que antecede a este trabajo, es necesario realizar brevemente la descripción del desarrollo de la práctica odontológica, que de acuerdo con Rojas Soriano puede ser abordada teórico metodológicamente a través de tres niveles: unicausal, multicausal e histórico social.

¹

Estos niveles involucran un objeto de estudio definido, el cual rige la producción de conocimientos y el ejercicio profesional, de ahí, que de manera concisa se muestra a continuación cada uno de estos elementos en la práctica odontológica. ¹

Desde mediados del siglo XIX hasta finales del siglo XX la mirada del odontólogo ha reconocido como objeto de estudio la enfermedad, muestra de ello es la literatura científica en el área odontológica que se ha encargado de describir las frecuencias de caries dental y enfermedad periodontal a nivel mundial, cuya relevancia es identificada a través de su magnitud y secuelas clínicas. ^{2, 3}

Los autores de esta información han puntualizado como estos cuadros se agudizan en aquellos países en vías de desarrollo, tal es el caso de México donde la caries dental y la enfermedad periodontal son consideradas un problema de salud pública.

^{4, 5, 6, 7, 8}

La Organización Mundial de la Salud menciona que nueve de cada diez mexicanos presentan en cierta etapa de su vida alguna experiencia de caries, por lo que esta enfermedad es considerada la de mayor prevalencia en México. ^{9, 10}

Diversos estudios muestran la alta frecuencia de estas condiciones orales de manera sostenida y con poca variabilidad a través del tiempo en ciertas regiones, así mismo, han identificado diferencias entre poblaciones al comparar el comportamiento de la enfermedad. ¹¹

En consecuencia la producción de conocimiento estudia el comportamiento de las enfermedades bucodentales dentro de las poblaciones, por lo cual, es imperativo

conocer los estudios realizados por diversos autores sobre las afecciones bucales de mayor prevalencia, como son la caries dental y las periodontopatías.¹¹

Por lo tanto, a continuación se mencionan algunos de los resultados obtenidos por diversos investigadores respecto a estas dos condiciones a nivel internacional y finalmente a nivel nacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como meta para el año 2000 que los países logaran alcanzar en su población por lo menos un índice CPO-D < 3,0 por individuo. Con relación a esto, en el año de 1996 el Banco Mundial de Datos Sobre Salud Bucodental (BMDSB) realizó un estudio en 80 países en población de doce años, los resultados señalaron que hasta ese momento catorce (82 %) de las 17 economías de mercado desarrolladas habían logrado esa meta.^{5, 12}

Dicho estudio describe que en África durante el año de 1996, el valor de CPO-D presentó un rango de 3,1 a 0,3 (Madagascar y República Unida de Tanzania respectivamente), disminuyendo significativamente en el año 2004 (CPO-D de 1,7). De esta manera, Varenne en el año 2006 realizó un perfil epidemiológico a una población rural del África donde registró que los niveles de caries entre la comunidad infantil fue baja (CPO-D 0,7).^{12, 13, 14, 15}

Así mismo el BMDSB reportó que en doce países de la Región Mediterránea Oriental se reportaron cifras de CPO-D de 5,6 a 0,4, dato que fue cambiando de acuerdo a la zona estudiada. En Líbano el 93% de los niños de doce años estaban afectados por caries. Actualmente el 97 % de escolares Filipinos del primer año sufren de caries, con un promedio de nueve dientes afectados, dato que muestra que el problema sigue siendo grave.^{12, 16}

En Europa, todos los países con datos recopilados después de 1990 tuvieron un índice CPO-D <3,0, excepto Hungría, Letonia, Lituania, Rumania y la Federación Rusa. Los países Nórdicos indicaron índices de caries bajos de 1,2 a 2,3. Así como en Francia (2,0), Suiza (2,0) y Reino Unido (1,4) sin embargo, Yugoslavia presentó un índice alto (CPO-D = 6,1) en 1986. En el año 2003 un estudio realizado a niños

de seis y doce años en Portugal, reconoció que el 49% de los escolares de seis años tuvieron alguna experiencia de caries mientras que el 52% de la población de doce años de edad también la registraron. Así, el BMDSB proporciona información reciente sobre el estado de salud en este continente, demostrando que el CPO-D en promedio es de 2,6.^{12, 17}

El BMDSB reportó que la población del Pacífico Occidental (en 1996) presentó un índice CPO-D de 1,5. Seis de los países que conformaron el estudio se encontraron dentro de un índice bajo (China), cuatro con un valor muy bajos (Japón uno de ellos), y Corea (3,0) tuvieron índices moderados de CPO-D, en índices altos se registro a Brunei Darussalam con un CPO-D de 4,9.¹²

Países del Caribe de América en el año de 1996 registraron un índice CPO-D de 5,5 (Granada) a 0,7 (Antigua), en los cuales la proporción de niños afectados por caries, osciló entre 90% (El salvador y Granada) y 38% (Antigua). Para el año 2004 el BMDSB informó que en estos países el promedio de CPO-D fue de 3,0.^{13, 15, 16}

De acuerdo al informe de salud oral en América, mediante el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, en el año 2000 se reportó que el 50% de la población escolar entre cinco y nueve años presentaban por lo menos un diente con caries o una obturación, situación que se agrava conforme aumenta la edad, puesto que a los 17 años se observa una prevalencia de 78%.¹⁸

Datos registrados entre los años 2002-2004 señalaron que la caries dental a pesar de las medidas de acción implementadas para el control y prevención sigue siendo un problema de salud, con mayor severidad en los países que sufren pobreza. Sin embargo, este problema no es propio de esta situación, puesto que en países desarrollados e industrializados se puede observar algún tipo de manifestación de caries en edad escolar (hasta doce años).^{14, 15}

BMDSB reportó que para el año 2003 el 100% de adultos de 35-44 años revisados habían tenido alguna experiencia de caries. América Latina tiene los valores más altos de CPO-D (catorce dientes o más) dentro de este rango de edad. Por el

contrario, la mayoría de los países africanos y asiáticos son los países con menos frecuencia de caries con promedio < 5,0 de 35 a 44 años. ¹⁵

La producción de conocimiento respecto a la descripción epidemiológica de caries en México en el año 2008, muestra que el promedio nacional de CPO-D fue de 1,9 para el año 2001, cifra disminuida en comparación con el año de 1989 que registró un CPO-D nacional de 4,4. ⁹

El centro del país presenta los índices más altos de caries con un CPO-D de aproximadamente 2.1 a 3.0. Los estados de la República Mexicana con mayores índices de caries a los doce años son el estado de Morelos, Tlaxcala y Puebla con cifras CPO-D superiores a 3.1. ⁸

Contradictoriamente las investigaciones realizadas por profesionales del área en instituciones educativas como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), e instituciones de salud privadas (Centro Médico ABC, Clínica ABC amistad) reportan que en escolares de la ciudad de México existe caries en 92.2% y un CPO-D de 7,3. ¹⁹

De la misma manera Tello reportó que del total de dientes afectados en el estudio a escolares del estado de Yucatán el 93.4% presentaron alguna experiencia de caries. ²⁰

Así como la caries, la enfermedad periodontal, sigue siendo un problema frecuente entre las comunidades, es considerada la segunda entidad de morbilidad bucal. ²¹

La OMS indica que entre 5 y 15% de la población adulta presenta periodontitis severa, condición que está relacionada con la pérdida dental. ¹⁴

Si bien la prevalencia de enfermedad periodontal aumenta conforme la edad del individuo, la OMS en conjunto con el BMDSB realizaron el informe sobre el estado de salud periodontal en población adulta de 35-44 años siguiendo la metodología del índice periodontal comunitario (CPI por sus siglas en inglés) que indica los síntomas

de enfermedad periodontal, la cual es de alta prevalencia en todas las regiones del mundo.¹⁵

El BMDSB, reportó en el continente Africano que el 5% de la población presentó buena salud periodontal (CPI=0). El sangrado en las encías y la presencia de cálculo (CPI=2) se presentó en el 50% de la población aproximadamente, la segunda enfermedad de mayor frecuencia fue la presencia de bolsas periodontales poco profundas (CPI = 3) en un 30%.^{14, 15}

En Europa el BMSB señaló que el 5% de la población presentaba buen estado de salud periodontal, mientras que el 40% de la población adulta mostró algún grado de sangrado en las encías, y en el 35% estuvo presente bolsas periodontales poco profundas.^{14, 15}

En comparación con todas las comunidades evaluadas por el BMDSB en el año 2003, las regiones del Sur y Oriente de Asia registraron los niveles más altos en relación con sangrado y presencia de cálculo dental (CPI = 2) en más del 55% de la población. Dato similar en la región del Pacífico con un CPI =2 mayor de 55%.^{14, 15}

En los países de América el sangrado en las encías y presencia de cálculo fue observada en más del 25% de la población, en 40% bolsas periodontales poco profundas y aproximadamente en el 20% bolsas periodontales profundas (CPI=4).^{14, 15}

La OMS informó en el año de 1978 que los niños menores de doce años presentan gingivitis crónica en un 80% y se incrementa al 100% alrededor de los catorce años. En el año 2003 señaló que no han existido cambios en cuanto a la frecuencia de la enfermedad en población infantil y adolescente.^{14, 22}

Triana reportó que en niños de la población indígena de las amazonas el 58% registraron un estado sano en la salud periodontal.²³

Tello y cols., refirieron que el 91.3% de los escolares yucatecos presentan gingivitis y el 3.1% periodontitis. Por otro lado Murrieta y cols., observaron en un grupo de

escolares de la delegación Iztapalapa que el 20.6% presentó gingivitis. Así mismo, Ortega señaló que en un grupo de escolares de la ciudad de México el 13.7 % presentaron gingivitis.^{19, 20, 21}

Orozco en el año 2002 al examinar a 1,264 alumnos en el municipio de Tlalnepantla en el Estado de México, observó que el 44% de los escolares presentaron diferentes grados de gingivitis, mientras que el 55.9% mostraron buena salud gingival.²²

En México la situación de salud periodontal en la población adulta es del 70% en edades de los 30 a 65 años.⁸

Ante este panorama, la práctica estomatológica respondió durante mucho tiempo de forma curativa con la finalidad de disminuir las cifras de prevalencia de estas enfermedades.

La Declaración de Alma Ata resalta que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria en salud y participar en ella. La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.^{24, 25}

Esta situación determinó que hasta la mitad del siglo XX en las políticas de salud en México imperara la atención al paciente a través de acciones curativas y restauradoras, aquella práctica conocida coloquialmente como práctica “mutiladora”.²⁶

Por ejemplo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), prestaba en sus modelos de atención una asistencia dental limitada, práctica de índole esencialmente curativa y restauradora; lo mismo sucedía en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, actualmente estas acciones comprenden el mayor porcentaje del trabajo de los profesionales de salud.²⁶

La Secretaría de Salud en México ha implementado acciones curativas y rehabilitadoras en el país, tal es el caso de los servicios odontológicos a zonas marginadas, cuya producción es reportada a través del registro de 712 mil acciones de tratamiento restaurativo atraumática (acciones restauradoras con instrumentos manuales y material a bajo costo) en el año 2006.⁸

Teniendo en cuenta que el tratamiento a la enfermedad por medio del área biológico-curativo es limitado y que las acciones no integran aspectos preventivos para evitar la enfermedad en un futuro, diversos autores han realizado acciones de intervención relacionando la enfermedad como producto de las interacciones del agente, el huésped y el medio ambiente, los cuales determinan el estado de salud del individuo. Esta situación es la que llevó al Cirujano Dentista a asociar la enfermedad a diversos factores de riesgo.^{1, 27, 28, 29}

A partir del desarrollo de la historia natural de la enfermedad, se empieza a concebir la salud desde la prevención, especialmente a nivel individual.

Este paradigma multicausal, asocia la manifestación y desarrollo de la enfermedad a factores de riesgo biológicos, psicológicos y ambientales, de esta manera se crea la implementación de programas para servicios de la comunidad y la creación de diferentes áreas de la medicina como Salud Pública y Epidemiología, entre otras.^{1, 25, 29}

A partir de los años 60's la SSA creó la Dirección de Odontología con el objetivo de establecer procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales de los Centros de Salud del país.²⁶

De esta manera, la Secretaría de Salud en 1998 norma y reglamenta la fluoración de la sal y es en marzo de 1981 que se decretó en México la fluoración de la sal.²⁶

En 1990 la Dirección General de Fomento a la Salud puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, buscando involucrar de manera integral los aspectos educativo, preventivo, curativo y de participación social, para mejorar la salud bucal de la población escolar.²⁶

Siendo la caries la enfermedad bucodental de mayor prevalencia a nivel mundial, diversos autores generan conocimiento bajo este paradigma.

Murrieta, por ejemplo, ha descrito la manifestación de la gingivitis con relación a la higiene oral, encontrando que aquellos individuos con higiene oral deficiente tienen diez veces más riesgo de desarrollar la enfermedad que aquellos con buena y regular higiene oral, así mismo ha identificado que el riesgo de que un niño presente gingivitis se incrementa hasta 24 veces cuando el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por las madres es bajo, de ahí que realizar promoción a partir de la participación del padre o tutor del escolar repercutirá positivamente en el p s-e del mismo.²¹

Romo en el año 2005, estudió el comportamiento de caries en 549 escolares de seis a trece años de ciudad Nezahualcóyotl asociada a determinados factores de riesgo observando que a mayor escolaridad de la madre se observa menor valor en el índice de caries de los escolares.³⁰

En el año 2008 Hernández realizó un estudio en Venezuela relacionando la presencia de caries de acuerdo al nivel socioeconómico de 100 niños de entre diez y trece años, de dos comunidades contrarias, por un lado niños de comunidad en pobreza y por el otros niños en estado económico alto.³¹

Para constatar el nivel socioeconómico aplicó la prueba de Graffar modificado el cual estratifica y estudia las condiciones socioeconómicas a través de cuatro variables: Profesión del Jefe y/o Jefa de la familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos, y condiciones de la vivienda. De esta manera, se relacionó al estado socioeconómico y caries en los primeros molares permanentes.³¹

Los resultados del estudio, señalaron que los valores más altos de primeros molares inferiores cariados lo obtuvieron aquellos escolares que pertenecían a la clase media, seguido por la población perteneciente a pobreza relativa, sin mostrar niveles de dientes cariados en la clase alta.³¹

De esta manera concluye que es necesario, educar tanto a los niños como a sus padres en cuanto a métodos de salud bucal se refiere, para disminuir la prevalencia de caries en escolares, partiendo de las características socioculturales y socioeconómicas de los grupos.³¹

Soria en el año 2008 realizó un estudio a 71 escolares; 34 niñas y 37 niños, de primer año de primaria entre seis y siete años, en los cuales observó que las niñas presentaban más dientes con caries que asocio a la deficiente técnica de cepillado.³²

El uso de hilo dental y enjuague bucal fueron hábitos poco utilizados en esta población, 12.7% para las niñas y 15.7% en niños y las visitas al odontólogo no fueron una práctica común en ninguno de los sexos.³¹

Con base en esta concepción de la salud y la enfermedad, se han implementado programas que además de la curación, incluyen acciones preventivas, siendo la aplicación de fluoruro una de las principales estrategias adoptadas por diferentes países como medida masiva de prevención para caries dental.

Dicho elemento es agregado en determinadas cantidades al agua potable, sal, dentífricos, etc., de algunos grupos poblacionales para disminuir en gran porcentaje los índices de caries dentro de las comunidades, siendo esta la principal acción de amplia cobertura para el mejoramiento de la salud dental.^{4, 8, 11, 18, 26, 33}

Con esta finalidad en 1971 se inicio en Cuba un programa nacional preventivo de caries a escolares, basado en enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,02%, así como el uso de tabletas de fluoruro de sodio al 1%. En 1992 se aprobaron las aplicaciones tópicas a niños y niñas entre cinco y catorce años, durante quince días.^{33, 34}

Los datos registrados a los 42 meses en niños que recibieron los enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,2%, dieron como resultado una disminución de 35% en la incidencia de caries.³³

Transcurridos 62 meses de realizados los enjuagatorios, a 400 niños y niñas de entre seis y los trece años de edad, se observó una diferencia de 57,9% en comparación con el inicial de la prevalencia de caries.³³

La influencia de los fluoruros se hizo evidente en los diferentes grupos de dientes; en dientes anteriores la reducción fue de 75%, mientras que en los molares, fue de 43%.³³

Siendo la utilización del fluoruro una de las estrategias de prevención masiva a nivel sistémico es importante encontrar la relación de otros factores para poder prevenir las enfermedades desde otras miradas. Dentro de acciones específicas a poblaciones encontramos que el componente educación en salud es importante para identificar los aspectos que podrían modificar las acciones que interactúan con la manifestación de las enfermedades.^{6, 34, 35, 36, 37}

Diversos países han adoptado acciones para mejorar el estado de salud bucal de las comunidades, tal es el caso de Alemania, en donde Giraudo en su programa de salud utilizó como estrategia el acercamiento con la población, por medio de talleres para conocer las inquietudes y formar promotores de salud; además de integrar visitas odontológicas para el diagnóstico y tratamiento a la comunidad. Se impartieron talleres educativos mensuales además de jornadas de salud bucal, donde se otorgaron y cambiaron cepillos y pasta dental, así como obras de teatro, pláticas y talleres por medio de los representantes de salud. Esperando así un cambio de hábitos de los jóvenes y los adolescentes, menor índice de caries, y conservar los arreglos que se realizaron a partir del diagnóstico inicial, además de cubrir mayor demanda.⁶

Otro estudio, realizado en Bulgaria (2001) midió en 74 padres provenientes de tres preescolares en la ciudad de Plovdi, la eficacia del programa de la educación en salud referente a la prevención de la caries y el conocimiento adquirido, cuyos resultados demostraron que la información fue bien recibida por los padres (86.2% respuestas correctas) en la fase inicial pero al repetir la prueba después de seis meses los resultados empeoraron con respecto a la primera prueba, con un aumento

de las respuestas incorrectas, concluyendo que la información en esta forma es recibida bien por los padres pero requiere la repetición periódica con el fin de asimilar el conocimiento nuevo adquirido.³⁸

Limonta resalta la importancia del incremento de acciones de promoción, prevención y educación sanitaria, incluyendo la educación para la salud. De esta manera realizó una intervención educativa en salud bucal para modificar los conocimientos en un grupo de escolares en Cuba. Mostrando que al evaluar esta intervención el 87,9% de los escolares alcanzó un buen nivel de conocimientos.³⁵

Una estrategia adoptada por diversas comunidades es la instrucción de los profesores para transmitir los conocimientos a los escolares, y así mejorar el estado de salud bucodental de la población, aunado a aplicaciones tópicas de fluoruro y atención oportuna por parte de los responsables en la salud bucal. Lo anterior formulado por el Gobierno de Andalúz España, donde es de mayor importancia crear docentes preparados en la prevención de la salud bucal, y trabajar en conjunto con los expertos en salud relacionados con tratamientos curativos y rehabilitación además de enseñanza de las técnicas de cepillado.³⁹

El programa de salud bucodental implementado en la comunidad de Valenciana, refleja las acciones que la Secretaría de Salud efectuó en un programa dirigido a escolares de cero a catorce años por medio del personal de salud y profesores de escuelas primarias, realizando actividades de prevención de caries específica tomando como acciones primordiales la educación de la salud en relación con los alimentos cariogénicos, y actividades específicas preventivas como son: control de placa, aplicación de fluoruros en gel y barniz, control de dieta, selladores de fosetas y fisuras, exodoncias y tartectomías, además del diagnóstico por medio de radiografías intraorales.

Dichas acciones se complementaron con la instrucción a los profesores que se encargaron de la promoción de la salud bucodental dentro del aula escolar creando conciencia a los niños sobre el consumo de alimentos cariogénicos, y la autoaplicación de colutorios regulares de fluoruro.³⁷

En China, los programas de promoción y curación a la población, en los cuales trabajan en conjunto el gobierno, expertos en atención, medios de comunicación y a la comunidad de salud se han implementado desde los años 80's los cuales han logrado que el 80% de la población rural realice diariamente el cepillado dental.³⁶

Las acciones están implementadas dentro de las agendas del gobierno central o local, el sistema general de atención primaria de la salud, la educación en salud pública oral, y capacitación de recursos humanos para actuar como trabajadores de la salud oral en las comunidades y, sobre todo, cooperación dentro de la sociedad en su totalidad para asignar más recursos a la causa de la atención de la salud oral en China, en conjunto con las estrategias, se incluye una combinación de prevención y tratamiento de enfermedades orales, mostrando que la organización de la sociedad es la base para lograr resultados eficientes.³⁶

Por otro lado, en México, nos encontramos lejos de ésta organización, puesto que podemos observar, que en nuestro país estas acciones se limitan a la “Semana Nacional de Salud Bucal” y el componente de “Salud Bucal del Preescolar y el Escolar” los cuales introducen actividades preventivas a nivel educativo a escolares dirigidas a la educación para la salud, que no han mostrado resultados hasta el momento, circunscribiéndose solamente a las acciones curativas que forman la parte central del programa; buscando que estas impacten en la salud bucal y general de las próximas generaciones.⁸

La iniciativa de la Asociación Dental Mexicana (ADM) para la mejora en salud bucal, se ha hecho a través del “Programa de Salud Bucal del Preescolar” el cual pretende llegar a la meta de “escuelas libres de caries”, actividad que conjunta esfuerzos de sus asociados, educadores y padres de familia.⁸

Este programa se fundamenta en la prevención, por lo cual sus resultados son valorados por la aplicación de selladores de fosetas y fisuras, aplicación de barniz fluorado y promoción de la técnica dental, que hasta el momento a beneficiado a 17 mil preescolares.^{7, 10}

Así mismo, la Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí ha implementado el programa de “Escuelas saludables” cuyo objetivo es atender el 100% de la población infantil de escuelas marginadas del Estado, aplicando de forma gratuita actividades curativas y preventivas (enfocándose al área rehabilitadora), tales como limpieza dental, selladores de fosetas y fisuras y extracciones, entre otras.^{7, 10}

El Jefe del Departamento de Salud Bucal, informó que el resultado de este programa logro la disminución de caries de un 90% al 73%.⁴⁰

De esta manera, podemos observar que en México, las acciones para mejorar la salud, se encuentran desarticuladas y a pesar de los resultados obtenidos a través del tiempo se sigue apostando a la curación a través del asistencialismo.

De ahí que es importante recordar que, si bien, la Declaración de Alma Ata propone que los componentes de atención primaria son: equidad, participación de la comunidad, intersectorialidad adecuación de la tecnología y costes permisibles, no son suficientes en el campo de la promoción de la salud. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental, que no debe olvidarse en nuestro país.⁴¹

Es por esa razón, que la Carta de Ottawa para promoción de la salud en Ginebra en 1986, toma relevancia al establecer que todas las personas deben tener acceso a la salud y retoma la participación del sujeto para el incremento de ésta y el control sobre los determinantes de la pueden afectar.^{24, 42}

Así mismo, la declaración de Yakarta, propone que las personas tienen que ser el centro de acción de la promoción de la salud y de la toma de decisiones. Incluye el acceso a la educación y a la información como herramienta de participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades. De esta manera los integrantes de las comunidades adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud,^{24, 41}

Empoderar a un individuo, según Huertas, contribuye a la expansión y expresión de las capacidades latentes en las personas para que estén en condiciones de tomar control sobre las decisiones y acciones que afectan su vida.⁴³

Estar empoderado implica condiciones de mostrar: a) habilidad para tomar conciencia de las desventajas; b) motivación y clara percepción de los beneficios personales y sociales que supone superar esas desventajas; c) voluntad y decisión para decidir e intervenir proactivamente a favor de sus intereses o los de su grupo o familia.⁴³

Esta mirada, a la salud y la enfermedad, hace que los modelos, antes orientados solamente a la atención, inicien actividades en las cuales se integre al sujeto como un agente de cambio en su propio p s-e, pues se reconoce que este proceso guarda una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales.

Reconoce así, que todos los factores causales, se permean por lo social-histórico. Por lo tanto identifica cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio desde esta perspectiva: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo.

Su aporte especial es el incorporar la dimensión Histórico-Social al análisis epidemiológico, a la vez que introduce nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan.²⁸

Arredondo reconoce entre los principales productores de conocimiento en este paradigma se encuentran: Berlinguer, Laurell y Breilh (70s) (Breilh & Grand, 1988; Laurell, 1985; Bloch, 1985; Laurell & Noriega, 1987; Martins et al., 1987; Ciari & Siqueira, 1976).²⁸

Los cuales, proponen como tendencia futura e ideal utilizar no sólo las ciencias biológicas sino también integrar aspectos sociales para conocer así la problemática del p s-e, y su relación con la práctica profesional integral.

De este modo, surge como objeto de estudio el p s-e, bajo el paradigma Histórico-social, que actualmente tiene gran auge en América Latina.⁴⁴

El paradigma Histórico-Social, plantea la prevención integral, integrando todos los aspectos en las que el sujeto se encuentra inmerso y así poder mejorar la calidad de vida del individuo y su colectivo. Podría decirse que es un cambio en conjunto y no solo individual, surgiendo aquí la complejidad de este enfoque.^{1, 27, 28, 29, 44, 45}

En el campo odontológico, la prevención integral, es el principio que considera las determinantes sociales y biológicas del *proceso salud-enfermedad* del sistema estomatognático a nivel colectivo e individual, y se orienta al mejoramiento de hábitos higiénicos, alimentarios, eliminación de hábitos nocivos, funcionales y parafuncionales; a la conservación de ambas denticiones; a orientar y vigilar el uso, consumo y empleo de medidas de protección específica, al diagnóstico temprano, al tratamiento y control de enfermedades así como la rehabilitación como medidas que limitan la presencia de daños mayores.⁴⁶

El paradigma Histórico-social estudia las relaciones personales, culturales, sociales y económicas, así como aspectos en las que el sujeto se encuentra envuelto, pretende lograr el cambio en la actitud del individuo a través del empoderamiento para preservar la salud y así mejorar su calidad de vida y la de su colectivo.^{28, 45}

Con respecto a la producción de conocimientos y servicios relacionados con el p s-e, difícilmente se encuentran trabajos de profesionales del área de la salud, sin embargo, no debemos olvidar, que la salud no se construye desde los espacios reconocidos para su abordaje hegemónicamente, como clínicas, hospitales, entre otros, sino que es un acto social que acompaña al individuo en su cotidianidad.

González, por ejemplo, en el año 2006 desarrolló un programa, en el cual la participación permanente de la familia en la educación inicial de los menores era fundamental, desarrollando un mutuo complemento entre la familia y los componentes externos, así los docentes del preescolar aportaron un importante crecimiento en el niño con el objetivo de que los alumnos aprendieran desde la apropiación de sus conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal sintiéndose parte de el cambio en su calidad de vida como individuo y como miembro de una comunidad.³⁸

Álvarez y Navas, reconocieron las concepciones de salud bucal de los padres, posteriormente diseñaron y aplicaron actividades para lograr el cambio de los conceptos y obtener la adopción de conductas que ayudaran al mejoramiento de salud en padres y niños, empleando actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal.³⁸

De esta manera, Álvarez plantea la importancia de estas estrategias, por que los recursos deben partir de la misma comunidad con la que se va a desarrollar la actividad preventiva. A pesar de que en su estudio trabajó con un material ya propuesto, logró resultados similares ya que tomó en cuenta que el tipo de material se adaptara apropiadamente al grupo de edad de los niños con los se aplicaron las estrategias y así lograron cambios significativos.³⁸

Por otro lado, en Cuba, para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 40 madres con hijos en edad preescolar (de cuatro a cinco años) en el periodo 2006 – 2007, se llevó a cabo la integración de trabajo educativo con repercusión en el estilo de vida de los individuos participantes en tres etapas.⁴⁷

De manera general en la primera etapa se evaluó el nivel de conocimientos sobre salud bucal. En la segunda se aplicó y desarrollo un programa educativo, para lograr cambios de actitud mediante debates, entrenamiento sobre el cepillado dental y la implementación de una técnica participativa para ejercitar y reafirmar los conocimientos. En la tercera etapa se evaluó la efectividad de la intervención a través de una encuesta de conocimiento y la observación.⁴⁷

En el programa de salud se observó que el 35% de las madres antes de la intervención orientaban a sus hijos en el cepillado correcto, una vez finalizado el programa el 100% de las madres insistían a sus hijos en el cepillado después de la comida y antes de acostarse.⁴⁷

Respecto al cepillado después de comer alimentos azucarados sólo el 32,5% de las madres sugirió como necesario, después del programa esta cifra se elevó a 92.5%.

⁴⁷

Antes de la intervención un 67,5% identificó los hábitos perjudiciales para la dentición, después el 100% fue capaz de reconocer dichos hábitos.⁴⁷

Durante la etapa de diagnóstico, el 80% reconoció la importancia de la visita periódica al estomatólogo, durante la evaluación final el 100% manifestó la importancia de esta conducta.⁴⁷

El programa demostró ser una intervención válida y exitosa, llegó a modificar los conocimientos de las madres, al proporcionar el aprendizaje de acciones de autocuidado, esto permite una vida saludable.⁴⁷

Así mismo, Hernández y cols., al reconocer que las representaciones e imaginarios sociales forman parte importante en la educación psicosocial del individuo, ejecutaron, antes de una intervención odontológica, un trabajo dirigido a identificar el imaginario infantil ante el Cirujano Dentista y la boca, los resultados fueron tomados como base en proceso de acercamiento e intervención de un programa educativo, curativo y preventivo en escolares de Temamatla, Estado de México.⁴⁸

De esta manera, podemos observar que el abordaje al p s-e es complejo por su naturaleza, y que al trabajar con población escolar, la participación de los padres o tutores es indispensable, en este sentido, las mujeres han tomado a través del tiempo, el papel de cuidadoras de los integrantes de la familia, convirtiéndose así en uno de los principales agentes de intervención en el p s-e, de ahí que el profesional de la salud debe tomar especial atención al entablar contacto con ellas, pues son el enlace del sistema familiar con el sistema médico.^{49, 50}

Por este motivo algunos programas y estudios que se realizan se dirigen al género femenino, tal es el ejemplo del estudio: *descentralización de la salud, perspectiva de género y empoderamiento de la mujer*, reconociendo el empoderamiento como una estrategia para la promoción de la salud.⁴³

Partiendo del principio de la descentralización como movilización y participación social, que sólo sucede cuando los individuos participan en asuntos sociales en el momento que hay interés, información y hay beneficio explícito o implícito.⁴³

Escobar recientemente estudió la importancia del p s-e de madres en gestación, como resultado del estudio se identificó que las madres al ser interrogadas manifestaron que quisieran propiciar a sus hijos una buena salud bucal, pues la consideraban su responsabilidad y reclaman apoyo para lograrlo. Con ello, esperaban evitar posibles desventajas de una mala salud bucal para sus hijos, lo que implicaba romper con tradiciones transmitidas generacionalmente para atender mejor la salud que como lo hicieron con ellas o ellas mismas lo hicieron con otros hijos: ⁵¹

“Enmendar con mis hijos ciertas cositas que, tal vez por ignorancia o porque no le enseñaron a uno a ver la necesidad, entonces uno los descuidó”⁵¹

Las madres consideraron que la salud bucal es una responsabilidad propia de su rol y que el cuidado les compete directamente”⁵¹

“Lo que pasa en la boca del niño es responsabilidad de cada mamá”

Así, las madres estaban dispuestas a dar a sus hijos una buena salud bucal; lograron considerarlas su responsabilidad-culpa, pero, para lograrlo demandaban apoyo del personal de salud, ya que no cumplió con sus expectativas y necesidades.
⁵¹

González apunta que la familia juega un papel muy importante para la realización de programas a nivel de salud individual y salud familiar consiste en una doble vía, es decir es recíproca. La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, actitudes y comportamiento hacia la salud, que se transmiten de un miembro a otro. ⁵²

Con esta perspectiva, surgió la iniciativa de realizar un Programa estomatológico de prevención integral en escolares de Ejército de Oriente, durante el periodo 2009-2010, en el cual se logrará la participación del tutor del escolar.

La participación de este integrante de la familia, en esta primera etapa del programa, se contempló con la intención de identificar los aspectos sociales básicos referentes al entorno de la familia y con base en ellos propiciar la reflexión que culmine en el desarrollo de acciones de autocuidado en la familia, las cuales repercuten de manera positiva en el p s-e del escolar.

MARCO REFERENCIAL

Uno de los objetivos de la FES Zaragoza respecto a la formación de los Cirujanos Dentistas es promover en sus egresados el abordaje de la problemática inherente al proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático, a través de la integración de los componentes que conforman la práctica profesional.⁴⁶

- a) La formación de recursos.
- b) La producción de servicios
- c) La producción de conocimientos por medio de su interrelación continua y sistemática con los procesos pedagógicos.⁴⁶

Bajo este perfil el egresado podrá insertarse de mejor manera al mercado de trabajo, participar y promover el cambio en el mismo.

El Módulo de Estomatología Integral permite al alumno articular los conocimientos adquiridos en su formación previa que a través de la planeación estratégica, diseñe una práctica profesional alternativa que le permita integrar lo biológico, clínico y social del p s-e en la sociedad o en diferentes grupos de población, con base en sus habilidades científico-técnico-sociales y humanas.⁴⁶

El MOSEA es uno de los dos componentes del Módulo de Estomatología Integral, el cual se encuentra desarrollado en un espacio físico fuera de la Universidad, en este modelo se permite a los alumnos de la Carrera de Cirujano Dentista (CCD) llevar a la práctica lo aprendido en las aulas y clínicas periféricas.⁴⁶

El presente trabajo se desarrolló en el marco de actividades que se llevan a cabo en el MOSEA Ejército de Oriente, turno vespertino, durante el periodo de servicio social comprendido del 1º de agosto de 2009 al 31 de julio del 2010, este espacio pertenece a la Delegación Iztapalapa y se encuentra ubicado en el salón cuatro del Centro Administrativo con dirección en: Calle Antonio Estévez Colonia Unidad Habitacional Ejército de Oriente zona Peñón Delegación Iztapalapa C.P. 9239. (Anexo N° 1)

La delegación Iztapalapa se encuentra al oriente del Distrito Federal (D.F.), situada en un punto estratégico de la ciudad, siendo la puerta de entrada y salida hacia el oriente y sureste del D.F., además de ser un límite con el Estado de México, compartiendo con este, sistemas de transporte, sistemas económicos y de servicio.

53

Iztapalapa es la delegación más poblada del D.F.; a nivel nacional, es el municipio con el mayor número de población en el país, representando el 1.7% de la población total de México. Durante el año 2005, el 21% de la población del D.F. se encontraba dentro de esta demarcación. Del total de pobladores de Iztapalapa, el 51% son mujeres y el 48% son hombres^{54, 55}

La alta inmigración de habitantes de otros estados de la República Mexicana con fines de mejorar su calidad de vida, los llevó a establecerse en esta delegación dando paso al crecimiento demográfico de esta zona, se estima que en el año 2000, 18 de cada 100 habitantes de la República Mexicana residían en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), de éstos, dos en Iztapalapa y ocho en el resto del D.F; finalmente 21 de cada 100 habitantes del D.F. residían en esta delegación.⁵⁶

Durante el año 2005 se registraron 451,353 hogares; el 74% tenían jefatura masculina y el 26% jefatura femenina. En cuanto a la población distribuida por hogares cabe mencionar que el 98% habita en hogares *familiares* y el 2% *no familiares*. De los primeros el 64% eran nucleares; el 34% ampliados; y compuestos el 1%.⁵⁶

El perfil educativo en Iztapalapa en el 2005 demuestra que el 24% de la población analfabeta del D.F. vivía en Iztapalapa, de ésta, el 3.2 % es mayor de 15 años.^{54, 56}

El 95% de los niños en edad escolar asiste a la escuela, el 48% son hombres y el 47% mujeres. Del 5% de la población que no asiste a la escuela se localiza al oriente de la delegación.^{54, 56}

El 66% de las personas entre 15 y 29 años no asiste a la escuela, ocasionando un problema de carácter social, de ellos el 32% son hombres y el 34% son mujeres. Del 33% que continúa con sus estudios, el 17% son hombres y el 16 % mujeres.^{54, 56}

El 18% de la población en Iztapalapa tiene estudios de educación primaria, la población mayor de 15 años que cuenta con educación media superior es de 22%; y sólo el 12% ha cumplido con educación superior (licenciatura, maestría y doctorado). La demarcación se encuentra por debajo de la media de la población que cuenta con estos grados de educación en el Distrito Federal, ya que el 23% y 20% de la población de la ciudad de México cuenta con estudios de bachillerato y universidad, respectivamente. El 10% de las mujeres de Iztapalapa son profesionistas.^{54, 56}

En el periodo escolar 2004-2005 Iztapalapa contaba con 1,771 centros educativos, el 20% del total del Distrito Federal. El 49% correspondió a preescolar; el 35% a primaria; el 12% a secundaria; el 0.96 % a profesional técnico; 2.8 % a bachillerato y 0.23% a universidades.⁵⁶

Arango menciona que Iztapalapa ocupa el primer lugar tanto en unidades económicas comerciales (con 32,938) como en industriales (con 5,846) y el segundo lugar en unidades de servicios (con 16,705. Destaca que es la delegación que presenta la mayor composición de unidades económicas familiares en el Distrito Federal: 18 de cada 100.⁵⁶

Ligado a esto, y de acuerdo a datos de la delegación Iztapalapa en el año 2004, entre las principales actividades económicas, se encuentran el comercio con un 37% (según datos de la Secretaría de Desarrollo Económico, la primacía corresponde al comercio de alimentos al por menor, con 32%), le siguen los servicios 31% y la industria manufacturera con 27%. Las tres ramas concentran el 95% del personal ocupado en la delegación.⁵⁴

De la actividad comercial el 24% del comercio es al mayoreo, debido a la presencia de la Central de Abasto considerada como el centro de abastecimiento más grande del mundo y la Nueva Viga.^{53, 56}

El 53.8% de la Población Económicamente Activa (PEA) en la delegación Iztapalapa, se encuentra en edad productiva y representa el 20 % de la PEA del Distrito Federal.

Por otro lado, la Población Económicamente Inactiva (PEI) en datos actuales son alrededor de 45.8%.⁵⁴

El 53% de la PEA vive con menos de 2 salarios mínimos, en tanto que a nivel Distrito Federal esta cifra se sitúa en 42.4%. En 2005, 757, 000 personas vivían con menos de 63 pesos diarios, la cual es la línea establecida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para considerar a una persona en situación de pobreza.⁵⁴

Entre el año 2000 y 2005 este porcentaje aumentó en un 10%. La Unidad Territorial que presenta la mayor concentración de personas que percibe menos de dos salarios mínimos son Teotongo y Tezonco. Las personas que perciben de dos hasta 5 salarios mínimos son el 35 % y se localizan en los sectores Estrella y Oasis. Los residentes que reciben más de 5 y menos de 10 salarios mínimos son el 4 % y sólo el 3% de la PEA obtienen más de 10 salarios, los cuales viven en el sector Churubusco.^{54, 56}

La infraestructura cultural es limitada, insuficiente y desperdiciada. Se cuenta con 3 centros culturales, 1 auditorio, 1 teatro, 5 museos, una red de 40 casas de cultura, el Faro de Oriente y los espacios culturales de la Universidad de la Ciudad de México. Para una población que representa el 20% del D.F., la cobertura de estos servicios es menor del 4%. Contrario a lo que pudiera pensarse, la delegación Iztapalapa es la que cuenta con más bibliotecas (62), aunque no corresponden con su densidad poblacional.⁵⁴

La mala urbanización de la delegación Iztapalapa trae como consecuencia problemas en el abastecimiento de los recursos públicos tales como el agua, la regularización de predios, que han desembocado en la formación de movimientos sociales o en grupos de presión, en Iztapalapa el 56.06 % viven en hacinamiento,

5.60% vive en viviendas sin agua entubada 1.29% sin electricidad, 2.7% sin drenaje ni sanitario.^{53, 57}

En el año 2005 se registraron 441,334 viviendas que representan el 20% del parque habitacional con el que cuenta el Distrito Federal. El 60% de las viviendas de la demarcación son casas independientes; el 24% pertenece a departamento en edificio; el 13% agrupa a las viviendas o cuarto en vecindad; el 33% pertenece a otro y el 3% no está especificado.⁵⁴

50 mil viviendas se encuentran en mal estado o mantienen niveles de hacinamiento que requieren de la acción urgente de la autoridad. Para satisfacer las necesidades de vivienda de la población, será necesario construir en el horizonte del año 2025, 91 mil viviendas nuevas.⁵⁴

Sin embargo, la delegación Iztapalapa tiene serios riesgos naturales, debido a su ubicación geográfica y a sus condiciones físicas, por lo que Protección Civil ha reportado que los procesos urbanos, económicos, sociales y políticos que han llevado a Iztapalapa a su realidad actual, han provocado la ocupación de áreas no aptas para el desarrollo urbano. Éstos alteraron la vocación del suelo, acelerando los procesos de degradación del hábitat, lo que ha generado amplias zonas que se encuentran catalogadas como de alto riesgo.⁵⁴

Otro de los riesgos ambientales de la zona son las industrias distribuidas por el territorio delegacional por manejar o almacenar materiales peligrosos. En la Delegación Iztapalapa se localizan 565 empresas de transformación química (18.5% del total de empresas en el Distrito Federal), de las cuales 154 se consideran como de actividad altamente riesgosa (27.3% del total de las empresas de la Delegación), lo que representa un peligro para la población, debido al tipo de productos químicos que en ella se concentran.⁵⁴

Aunado a los problemas de población, la falta de servicios en la delegación, y ligado al crecimiento poblacional, la situación familiar e individual y el bajo nivel socioeconómico trae como consecuencia el incremento de la inseguridad en

Iztapalapa, demostrando que es la delegación con más incidencia delictiva en toda la ciudad, con más puntos de venta de droga denunciados por la ciudadanía y el territorio donde se concentra el mayor número de personas con antecedentes penales registrados.^{56, 58}

En el periodo de enero - agosto del 2009, la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal (SSP-DF) reporta que se registraron 17, 868 delitos. El 40.75 % fueron robos; 10.57 % lesiones; 0.72 % homicidios; el 0.65% disparo de armas de fuego; 0.18 % de las privaciones ilegales de la libertad; 0.05% de abuso sexual; el 0.03% de violaciones; y el 47.05 % de otros delitos.⁵⁴

El diagnóstico económico de Iztapalapa indica que los habitantes de la demarcación, tan sólo por el nivel de ingresos, son de los más bajos de la ciudad. Esta situación se explica por las condiciones de calidad de vida a las que se pueden acceder en el territorio delegacional. De las 186 unidades territoriales que conforman a la delegación casi el 60% fueron clasificadas por la SEDESOL como de alta y muy alta marginalidad. En el Oriente se concentran las unidades territoriales de muy alta marginalidad; cabe mencionar que dichas colonias son las que tienen mayor número de habitantes y, en la mayoría de los casos, fueron el resultado de fraccionamientos irregulares y de invasiones de predios. Por lo cual, se puede afirmar que Iztapalapa es una demarcación fragmentada en su estructura social, económica y urbana.⁵⁴

Es a partir de este contexto, que en el MOSEA Ejército de Oriente, turno vespertino, se tiene claro que la sola participación de los profesionales del área de la salud con actividades curativas y de promoción de salud uni o multicausales dentro del modelo no serán suficientes para intervenir en el p s-e del sistema estomatognático de la población que acude a servicio.

Por lo cual, en el año 2008, se toma la decisión de salir del modelo estomatológico con la intención de iniciar una relación con la población en un espacio cotidiano.

La escuela primaria Juan B. Tijerina se encuentra ubicada frente al MOSEA, situación que facilita el desplazamiento de los pasantes y alumnos de cuarto año de

la Carrera Cirujano Dentista a este espacio de trabajo; y de la misma manera, facilita la movilidad de los individuos de la comunidad al MOSEA.

La primera estrategia tanto de acercamiento como de diagnóstico consistió en realizar la identificación de la frecuencia de algunas condiciones bucales de los escolares de esta primaria, con la intención de llevar a cabo un programa de prevención integral dirigido a la población escolar.

Dentro del perfil epidemiológico que se realizó a los niños de la Escuela J. B. Tijerina Turno Vespertino en periodo 2008-2009, se observó que la prevalencia de caries en dientes temporales fue de 75.08% en tanto que en la dentición permanente fue de un 97.79%.

El CPO-D-ceod presentó un promedio de 6.37 ± 3.36 en el sexo femenino y de 6.08 ± 3.43 en el sexo masculino.

Con respecto a la condición de higiene oral en la comunidad escolar se registró un índice de higiene oral deficiente, observándose el 100% de las superficies dentales con alguna cantidad de placa microbiana.

Finalmente en esta investigación se observó que un 79% de los escolares presentaron algún grado de gingivitis: donde el 54% presentó gingivitis papilar, 20% gingivitis marginal y 5% gingivitis que involucraba la encía adherida.

Una vez llevada a cabo la identificación de estas condiciones bucales, se procedió a contactar a las madres, padres o tutores de los escolares, a los cuales se les hizo entrega por escrito de la condición bucal de su hijo y se les realizó la invitación al Taller: "Fomento del autocuidado y salud familiar" dirigido a padres de familia de la escuela primaria J. B. Tijerina turno vespertino. Los resultados de la primera fase de dicho programa se muestran en el presente documento.

OBJETIVOS PROGRAMÁTICOS

General

Implementar un programa estomatológico de prevención integral con énfasis en la promoción de la cultura del autocuidado, en un grupo de escolares de la colonia Ejército de Oriente, a través de la participación de un representante de familia.

Específicos

- a) Discutir la relación que guardan las condiciones de vida con la manifestación de la enfermedad o la salud del sistema estomatognático con el representante de familia.
- b) Colaborar con el representante de familia en el proceso de apropiación de la cultura del autocuidado como una de las estrategias para fortalecer la capacidad individual de mejorar su calidad de vida y la de su familia.
- c) Capacitar al representante de familia en la identificación de alteraciones en el sistema estomatognático.
- d) Promover en los representantes de familia la práctica de la higiene bucal.
- e) Promover el diagnóstico temprano, limitación del daño y rehabilitación del sistema estomatognático de los alumnos inscritos en el programa.

METAS

1. Lograr que el 100% de inscritos en el taller de promoción del autocuidado reconozcan la relación que guardan las condiciones de vida con la manifestación de la enfermedad o la salud del sistema estomatognático.
2. Lograr que el 100% de los representantes de familia inscritos en el programa de salud realicen alguna acción que mejore el proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático de los escolares.
3. Lograr que el 100% de los representantes de familia inscritos en el programa de salud identifiquen la condición bucal de los escolares.
4. Conseguir que el 100% de los representantes de familia practiquen la higiene bucal y supervisen la de los escolares.
5. Obtener la asistencia al servicio estomatológico de por lo menos el 90 % de los escolares inscritos en el programa al finalizar el ciclo escolar de los estudiantes de la Carrera de Cirujano Dentista.

DISEÑO DE INTERVENCIÓN

La implementación del programa estomatológico de prevención integral contempla la siguiente delimitación programática.

Delimitación de espacio

Las actividades educativas se realizaron en el salón de usos múltiples de la escuela primaria J.B. Tijerina en el turno vespertino.

La ubicación de la primaria es: calle Antonio Carbajal esquina con Av. Exploradores, colonia Unidad Habitacional Ejército de Oriente Zona Peñón, delegación Iztapalapa, C.P. 9239. (Anexo N° 1)

Las actividades clínicas fueron realizadas en el espacio correspondiente al MOSEA Ejército de Oriente turno vespertino, ubicado en el salón cuatro de la Unidad Administrativa, Ejército de Oriente.

La Unidad Administrativa, Ejército de Oriente se encuentra localizada en: calle Antonio Estévez esquina con Av. Exploradores, colonia Unidad Habitacional Ejército de Oriente Zona Peñón Delegación: Iztapalapa C.P: 9239 (Anexo N° 1)

Delimitación de tiempo

Las actividades educativas fueron efectuadas los días martes y jueves de 14:00 a 16:00 p.m., iniciando en el periodo comprendido de enero a mayo del año 2010; así mismo se mantuvo una estrecha relación con los participantes con la finalidad de mantener comunicación bidireccional relacionada con aspectos educativos durante sus consultas odontológicas.

Las actividades de promoción de la salud y protección específica, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y limitación del daño y rehabilitación se realizaron de lunes a viernes de 14:00 a 18:00 en el periodo comprendido de septiembre del 2009 a mayo del 2010.

Delimitación de persona

El programa fue dirigido a 29 familias de alumnos inscritos en la escuela primaria J. B. Tijerina turno vespertino.

Conformación del grupo

La conformación del grupo inició a partir de los primeros encuentros con la comunidad, se incluyeron a todos los escolares inscritos en la primaria cuyo representante familiar haya aceptado y se comprometiera a efectuar el programa de salud bucal en todos sus elementos programáticos.

Se eliminaron del programa a los escolares cuyo representante de familia no cumplió con las actividades programadas a realizarse en casa, así como a aquellos que dejaron de asistir al programa de salud bucal tres sesiones seguidas sin previo aviso.

ESTRATEGÍAS

Con base en los niveles de prevención, se establecieron tres elementos programáticos para llevar a cabo la ejecución, seguimiento y evaluación del programa de prevención integral.

Antes de iniciar con la aplicación del programa, se llevaron a cabo algunas sesiones de discusión, actividad que permitió la estandarización en la conceptualización de los siguientes términos:

Familia:

Conjunto de personas consanguíneas o no que en la mayoría de los casos comparten el mismo espacio doméstico, tienen una relación íntima e interactúan internamente y externamente con el entorno social en el que se desenvuelven.

Estas relaciones que establecen, afectan el estado de salud de uno o todos los que integran este conjunto.

Comparten estilos de vida, cultura, religión y costumbres, aprendidos del grupo social al que pertenecen.⁵⁹

Proceso salud-enfermedad:

Expresión particular del proceso general de la vida social que tiene un carácter histórico dialéctico, lo cual dirige el tipo de práctica profesional que se busca en el presente programa para dar una respuesta a los problemas de la salud del sistema estomatognático.⁴⁶

Promoción de salud:

Proceso que permite incrementar las habilidades y capacidades de los individuos para que éstos, ejerzan el control sobre su salud y mejoren su calidad de vida, desde la acción participativa.⁴¹

1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se desarrollaron dos talleres de promoción de la salud dirigidos a los representantes de familia de los escolares inscritos en el programa estomatológico de prevención integral, cuyo objetivo fue discutir la relación que guardan las condiciones de vida con la manifestación de la enfermedad o la salud del sistema estomatognático para propiciar actividades de autocuidado en la familia, que repercutieran en la salud de los escolares.

Así mismo, se llevó a cabo el fomento de la higiene bucal de manera sostenida, en los representantes de familia y escolares, durante esta primera etapa del programa estomatológico de prevención integral.

Taller de: Fomento del autocuidado y salud familiar

Las actividades realizadas en las sesiones del taller consistían en colaborar con el representante de familia en la identificación de los aspectos sociales y existenciales que permean sus decisiones y por lo tanto su situación de vida, en estas sesiones el grupo de salud intervenía mostrando al participante como su entorno se manifiesta como salud o enfermedad en su cuerpo.

De ahí que la capacitación de los representantes de familia en la identificación de las alteraciones de mayor frecuencia es una actividad importante para promover el diagnóstico temprano y fomentar en los sujetos la iniciativa en la búsqueda de atención.

Los talleres se dirigieron a representantes de familia de cada escolar inscrito en el programa con el fin de que éste fungiera como agente de salud para el escolar y la familia del mismo.

Dentro del taller se realizaron ejercicios que nos permitieron analizar la situación familiar y de salud de los asistentes y sus familias. Por medio de instrumentos de trabajo, como la **Ficha de identificación familiar** (Anexo N° 2), en la que se registró:

1. Identificación de la familia: corresponde al primer apellido del cabeza de la familia y de su compañera.
2. Fecha de localización: fecha de cuando se ubica a la familia de trabajo.
3. Fecha de captación: fecha en la que se inicia la valoración familiar.
4. Número de Historia Clínica
5. Informante: miembro de la familia que es entrevistado
6. Número de miembros de la familia.
7. Municipio.
8. Área: rural o urbana
9. Dirección completa
10. Tipo de vivienda: Hace referencia al tipo de vivienda por familia:
 - 00 Propia
 - 01 En arrendamiento
 - 02 Inquilinato
 - 03 Vivienda transitoria por situación de violencia o desplazamiento
 - 04 Invasión
 - 05 Otros, especificar
11. Tipo de familia: corresponde a la tipología obtenida con la aplicación del familiograma.⁶⁰

Ciclo familiar: corresponde al ciclo de evolución de la familia. Es importante destacar que para este trabajo sólo se tomo en cuenta de la etapa 3 a la 7.

- Etapa 1: Elección de pareja: Pareja sin hijos
- Etapa 2: Familia en expansión, hasta los 12 meses del primer hijo.
- Etapa 3: Familia con niños preescolares, hasta los 5 años del primer hijo.
- Etapa 4 Familia con niños escolares, hasta los 12 años del primer hijo
- Etapa 5: familia con hijos adolescentes, hasta los 18 años del primer hijo
- Etapa 6: Familia adulta, el hijo mayor tiene de 19 a 49 años.
- Etapa 7: Familia anciana, La pareja con 50 años convive o sin sus hijos.

12. No. de casa: Número que el equipo de salud determinó conforme se registraron las familias.⁶⁰ (Anexo N° 3)

De igual manera se llevó a cabo el censo familiar donde se pretendió identificar de manera general a cada uno de los integrantes de la familia, el cual incluía:

- A. Nombre y apellidos
- B. Parentesco: Cónyuge, compañero, hijo, padre o madre,
- C. Edad
- D. Sexo
- E. Escolaridad
- F. Ocupación.
- G. Diagnóstico de salud: desde la identificación del informante, se registró el p
s-e por el cual transcurría la familia, por ejemplo: proceso de adicciones, de hipertensión, diabetes entre otros (Anexo N° 3).⁶⁰
- H. **Ficha de planeamiento familiar:** es un registro del plan de actividades a desarrollar con las familias, con base al diagnóstico familiar, en este caso, adecuado a los problemas intrafamiliares que no les permitían una buena calidad de vida o tener acceso a la salud deseada. (Anexo N° 4) Este apartado incluyó:⁶⁰
 - a. Identificación de la familia
 - b. Dirección
 - c. Tipo de familia
 - d. Ciclo familiar
 - e. Fecha de planeación
 - f. Procesos familiares identificados
 - g. Plan de actividades: metas y actividades para lograrlas
 - h. Evaluación: resuelto o activo
 - i. Metas: cumplida- no cumplida
 - j. Actividades pendientes

Después de algunas intervenciones relacionadas con la descripción clínica de aquellas enfermedades bucodentales elegidas por los representantes de familia, además de integrar otras que por su frecuencia en población mexicana se consideró necesario abordar, se integró el odontograma para cada integrante del programa y de sus familias.

Este odontograma se elaboró por los representantes de familia en su espacio doméstico.

La indicación para la realización de esta actividad fue que se encontrarán en un lugar iluminado, con ayuda de un abatelenguas observar en sus hijos si presentaban caries en alguno de sus dientes y marcar de acuerdo con el esquema de color café las zonas donde veían esas manchas, también se les pidió que marcarán de color rojo la placa dental que observaron en los dientes de sus hijos, auxiliándose de una pastilla reveladora que fue otorgada por el grupo de salud, los cuales realizaron un ejercicio con ellos con la finalidad de mostrar la utilización de la misma. (Anexo N° 5)

Dentro de las actividades del taller, se facilitó a las representantes de familia la ficha de cronología de erupción dental para que las madres pudieran identificar de una manera más fácil la edad de aparición de los dientes de sus hijos, y logren identificar algún problema relacionado con estas estructuras. (Anexo N° 6)

Fomento de la higiene bucal

En esta primera fase del programa, el fomento de la higiene bucal se efectuó tanto para los representantes de familia como para los escolares, a través de un seguimiento semanal.

Las actividades para llevar a cabo esta actividad fueron:

- seguimiento de la práctica de higiene oral de los escolares semanalmente
- práctica de higiene oral en la consulta tanto de los escolares como de sus familiares
- práctica de higiene oral en la consulta y taller de los escolares, supervisada por el representante de familia.

Los indicadores que se observaron y modificaron en la higiene bucal fueron:

- Fuerza de cepillado: que no fuera traumática para el diente o la encía.
- Movimientos de cepillado: que no fueran traumáticos para el diente o la encía, propiciando que el cepillo se coloque en la encía angulado aproximadamente a 45° y se realice un movimiento de barrido hacia la cara oclusal del diente.
- Sistematización de la higiene: no se estableció un orden determinado, se verifica solamente que la sistematización del paciente permita la higiene de toda la boca.
- Tiempo de higiene: observar si el tiempo efectuado permite la higiene de toda la boca, se tomaron mediciones de tiempo en cada sesión.
- Repeticiones de cepillado en los dientes: se propició que por lo menos se llevará a cabo la repetición cinco veces en cada segmento cepillado.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Una vez que se logró la participación de los representantes de familia en el programa de promoción de la salud, se efectuaron actividades de protección específica conforme a la normatividad y aspectos éticos y legales que comprenden estas acciones.

Las actividades realizadas fueron:

- Control de placa dentobacteriana.
- Aplicación tópica de fluoruro en algunos casos seleccionados.
- Selladores de foseetas y fisuras.
- Colocación de mantenedores de espacio.

2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

Una vez que los representantes de familia identificaron la condición bucal de los escolares, ya sea por el diagnóstico realizado por equipo de salud o por ellos mismos, se estableció una cita en el MOSEA Ejército de Oriente turno vespertino, para la atención del niño.

En el MOSEA Ejército de Oriente, se buscó que los escolares limitarán el daño, se llevó a cabo el diagnóstico a través de la conformación del expediente clínico y se dio inició al tratamiento.

Se dio el seguimiento de los casos y se motivó a los padres para iniciar el tratamiento de otros miembros de la familia o incluso el suyo.

3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA

La rehabilitación del sistema estomatognático abarco la limitación del daño y la rehabilitación del conforme a los métodos y técnicas prácticas científicamente probadas y socialmente aceptadas, a un costo accesible para la comunidad establecidos por la FES Zaragoza

RECURSOS

Humanos

- Directora de investigación.
- Dos coordinadores de la investigación.
- Seis pasantes de la CCD.
- Catorce alumnos inscritos en el MOSEA Ejército de Oriente.

Físicos

- Un aula de usos múltiples

Materiales de promoción de la salud

- | | |
|-------------------------------------|---|
| • Cinco mesas | • Computadora de escritorio |
| • 30 sillas | • Fichas de diagnóstico |
| • Un paquete de bolsas para basura | • Fichas de seguimiento de higiene oral |
| • Un paquete de vasos | • Lápices |
| • Cuatro tipodontos grandes | • Gomas |
| • 50 cepillos dentales | • Sacapuntas |
| • 100 pastillas reveladoras | • Gises |
| • Dos pastas dentales tamaño grande | • Borrador |
| • Tres espejos faciales | • Cámara fotográfica |
| • Computadora portátil | • Hojas blancas |
| • Cañón | |

Instrumental utilizado en actividades clínicas de acuerdo al procedimiento

- Algodón
- Algodón estéril
- Gasas (estéril)
- Anestésico
- Aguja corta y larga
- Jeringa hipodérmica
- Hipoclorito
- Curaciones
- Paquetes de protección:
 - Guantes
 - Gorro
 - Campos
 - Eyectores
- Bolsa roja para desechos
- **Instrumental básico**
 - básico (1 x 4)
 - Jeringa Carpule
 - Abrebocas
- Aislamiento de campo
 - Grapas
 - Arco de Young
 - Porta grapas
 - Perforadora de dique
 - Dique de hule
 - Hilo dental
- Obturación con amalgama
 - Porta amalgama
 - Mortero
- Pistilo
- Condensador
- Bruñidor
- Wesscot
- Hollenback
- Gomas verde y marrón para pulir amalgama
- Papel para articular
- Resina
 - Lámpara de luz halógena
 - Colorímetro
 - Espátulas de teflón
 - Tira celuloide
 - Tira lija
 - Piedras para pulir
- Profilaxis
 - Pastilla reveladora
 - Pasta profiláctica
 - Micromotor o pieza. de baja velocidad
 - Contrángulo
 - Cepillo para profilaxis
 - Copa de hule
 - Hilo dental
- Paquete para endodoncia
 - Limas de la 1ª y 2ª serie
 - Tiranervios
 - Godete

- Reglilla milimetrica
- Gutapercha
- Puntas papel
- Exodoncia
 - Elevadores
 - Forceps
 - Cucharillas de lucas
- Selladores de fosetas y fisuras
 - Algodón
 - Microbrush

- Acido grabador
- Bond
- Lámpara de alógeno

Papelería

- Hojas blancas

Formación

- Seminarios
- Talleres
- Reuniones de trabajo

APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El programa se dirigió a 29 escolares inscritos en la escuela primaria J.B. Tijerina, la intervención en el p s-e del los escolares se llevó a cabo a través de un representante de familia, el cual en el 100% de los casos promovió alguna acción saludable en su núcleo doméstico.

Los resultados del programa, se presentan en función a los niveles de prevención descritos por Katz: ⁶¹

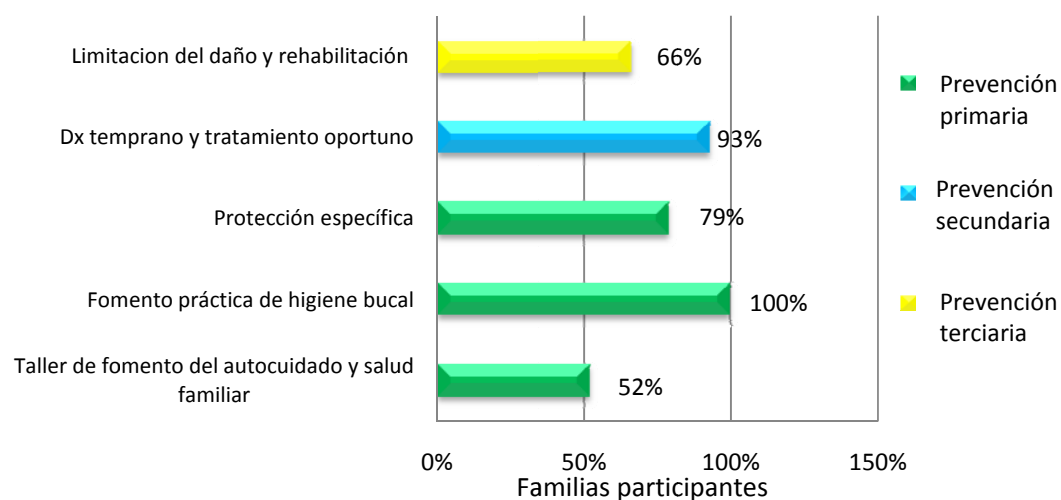
- Prevención primaria. Promoción de la salud y protección específica
- Prevención secundaria. Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno
- Prevención terciaria. Limitación del daño y Rehabilitación.

La prevención primaria se llevó a cabo a través de tres acciones, el componente de promoción de la salud incluyó dos de ellas: educación en salud con el taller: fomento del autocuidado y salud familiar y fomento de la práctica de higiene bucal; y el componente de protección específica aplicó medidas adecuadas a cada uno de los casos.

Los resultados del programa hasta agosto del año 2010 se muestran en el (Gráfica 1), en la cual el nivel primario de prevención se desglosa en sus tres actividades con la finalidad de apreciar el nivel de participación de los sujetos en cada una de ellas.

De tal manera, que el 100% de los escolares participaron en una o más actividades del nivel primario de prevención, 93% en el nivel secundario y 66% en el terciario.

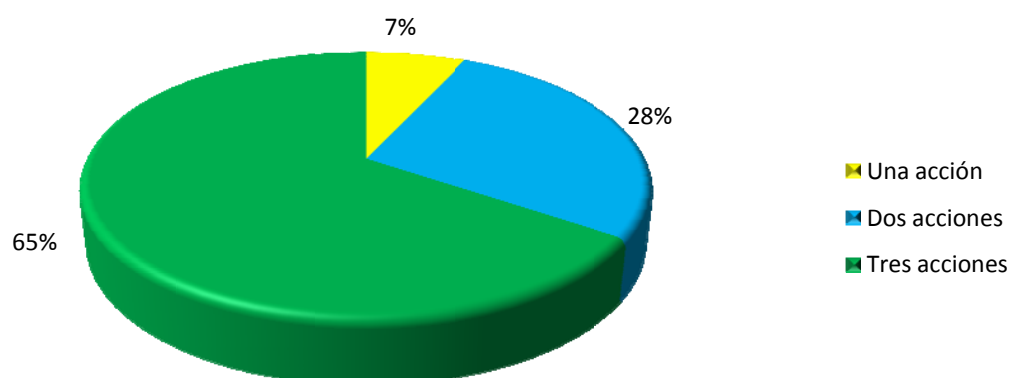
Gráfica 1.
Logros del programa de prevención integral



Fuente: Directa

Es importante destacar, que debido al enfoque de este programa, los resultados no se refieren solamente a la intervención en el escolar, pues como resultado del programa algunos miembros de la familia del escolar también participaron de las actividades del mismo. (Gráfica 2)

Gráfica 2.
Participación de las familias en el programa



Fuente: Directa

PREVENCIÓN PRIMARIA

En este nivel se llevó a cabo la promoción de la salud, con base en la Carta de Ottawa:

... es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren; para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar”⁴¹

La capacitación de los representantes de familia, se desarrollo a través de un taller que promoviera la cultura del autocuidado identificando a la familia como unidad de intervención.

La primera estrategia de acercamiento consistió en citar al tutor o padre de los escolares por medio de las profesoras a cargo del grupo. La cita se programó los días martes y jueves de 14:30 a 15:30 ya que es el horario en el cual existía mayor probabilidad de que los tutores asistieran, según lo referido por las profesoras. (Anexo fotográfico Foto 1)

Las reuniones se realizaron en un lapso de 30 minutos aproximadamente con grupos de cinco tutores o padres de familia a los que identificamos como representantes de familia.

Las sesiones constaron de cuatro fases:

1. Presentación del grupo de salud y del representante de familia.
2. Objetivos del programa, beneficios y obligaciones que adquiere la familia al inscribirse al programa de salud bucal.
3. Inscripción de la familia y recolección de información de caracterización familiar.
4. Concertación de cita al MOSEA y compromiso adquirido.

Como se mencionó en la introducción, se llevaron a cabo entrevistas a 60 representantes de familia de los cuales el 53(88%) refirió ser la madre, 2(3%) el padre, 4(7%) la abuela y 1(2%) la hermana mayor.

De acuerdo con la información obtenida en esta entrevista el 9(15%) de las familias reside en vivienda irregular por invasión, el 15(25%) cuenta con casa propia, 8(13%) en arriendo, 9 (15%) inquilinato y 19 (32%) no especifican su situación de vivienda; cabe mencionar que 33 (53%) de las familias entrevistadas refirieron convivir con una a seis familias en el mismo lote con espacios de vivienda independientes.

Estos datos permitieron constatar, la información obtenida relacionada con la situación de vivienda en la delegación Iztapalapa que menciona que el 56.6% de las familias de esta delegación viven en hacinamiento.

Respecto al grado de educación, 1(1%) de los padres entrevistados refirió ser analfabetas, la escolaridad del resto se distribuye de la siguiente manera: 22(23%) primaria terminada, 51(54%) secundaria, 18(19%) preparatoria y el 3(3%) licenciatura.

De acuerdo a la estructura familiar el 38(63%) corresponden al tipo nuclear biparental (dato que coincide con el 64% reportado en la delegación), 11(19%) al nuclear monoparental predominando el madresolterismo, familia extensa biparental 1(2%), familia extensa monoparental 4(7%), familia extensa amplia 2(3%), familias reconstruidas 4(7%). Los núcleos familiares se conforman en promedio por cinco integrantes.

Dentro de las actividades laborales las madres de familia encontramos que el 35(58%) se dedicaba exclusivamente al hogar, el resto, además de desempeñar este papel se encontraban ocupadas como comerciantes 8(13%), empleada 6(10%), obrera 3(5%) trabajadora domestica 2(3%); demostradora de vinos 1(2%), enfermera 1(2%), estilista 1(2%) y profesora en 1(2%), mientras que el 2(3%) no refirió algún dato.

Del mismo modo se identificó la actividad laboral de los padres de familia donde el 10(23%) son obreros; la actividad como comerciante 7(16%), chofer en un 7(16%), cargador y taxista en 4(10%) respectivamente, ayudante de eléctrico y policía 2(4%); mecánico, carpintero, profesor, promotor de ventas, albañil, militar, empleado y relojero en 1(2%).

El **programa de promoción de salud**, se inició con una convocatoria que se emitió a todos los padres de los alumnos inscritos en los seis años de primaria, esta actividad se desarrolló a través de invitaciones que fueron pegadas a los cuadernos de tareas (Ver anexo N° 7) de los escolares para evitar que se traspapelara y que los padres lo recibieran en casa, siendo esta la segunda estrategia de acercamiento. (Anexo fotográfico Foto 2)

El ***Taller para padres “Fomento del autocuidado y salud familiar”***, se programó en cinco sesiones, dirigidas a los representantes de familia.

Los temas que conformaron el taller siguieron un marco de empoderamiento con la finalidad de fomentar la acción pro-activa de éstas en sus núcleos domésticos.

1. Encuadre. Importancia del individuo en la familia y la comunidad.
2. Factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad familiar.
3. Manifestaciones de las determinantes sociales en el sistema estomatognático.
Tema: enfermedades bucales (1ª parte).
4. Manifestaciones de las determinantes sociales en el sistema estomatognático y actividades preventivas. Tema: enfermedades bucales (2ª parte)
5. Auxiliares de higiene bucal (práctica).

1ª SESIÓN

Encuadre

Importancia del Individuo en la familia y la comunidad

Temas: presentación, redes sociales, importancia de la mujer en la familia.

El taller comenzó a la hora programada, con la presentación de los integrantes del equipo de salud. A las 14:15 hrs. se dio inicio a la sesión con los representantes de familia con la dinámica de “la telaraña”, donde cada una de los representantes de familia participó externando su nombre, edad, ocupación, número de hijos y motivo de asistencia al taller.

Las asistentes (en su totalidad mujeres) lanzaban la bola de estambre a otra representante de familia cediendo el turno para hablar.

En el desarrollo del encuadre, algunas representantes de familia expresaron:

“sí, me gusta el programa pero no me gusta la forma en que nos obligan a venir.... Hasta los niños lloraron para que viniera... porque la maestra les va a bajar un punto si no venimos”

“tenía que venir pero no creía que era una junta normal, no sabía de que se trataba”

“estoy aquí porque me gusta asistir a este tipo de eventos, trato de asistir a todos los que nos mandan”

“yo soy nueva en la escuela, y me gusta estar al pendiente de mi hijo”

Cabe señalar, que aunque fueron invitadas a participar de manera voluntaria, la indicación de uno de los profesores fue coercitiva, lo cual fomenta resistencia por parte de los individuos, detectar esta situación es de gran ayuda puesto que permite al equipo de salud replantear las condiciones de participación y generar un ambiente de cooperación.

En esta primera sesión uno de los principales objetivos es desarrollar el encuadre minimizando en lo posible la resistencia cultural de los individuos participantes, dejando claro, que el taller surgió para proveer un espacio de diálogo y son ellos quienes determinaran el desarrollo de los tópicos que se abordaran.

Con apoyo en la dinámica de “la telaraña”, las representantes de familia identificaron que este espacio de diálogo podía servir para generar redes sociales y que tres puntos importantes acerca de ellas son:

- Promover acciones saludables.
- Ser una base de apoyo familiar.
- Proporcionar seguridad en la comunidad.

En la segunda parte de la dinámica, los representantes de familia expresaron lo que deseaban aprender del taller y dos cosas que no querían que pasara durante el mismo, donde expresaron:

“me gustaría aprender sobre la salud bucal, la caries, porque tienen chuecos los dientes mis hijos, como se deben lavar sus dientes”.

“aplicar con mi familia lo que aprenda en el taller”.

“compartir lo que aprendamos aquí con mi familia y amigos”

“me gustaría socializar y no caerle mal a las demás”

“me gustaría ayudar a mi familia”

“aprender más para apoyar a mi familia”

“aprender más para mi familia y ser atendida”

“aprender para el bien de mis hijos”

“resolver mis problemas y ser mejor madre”

“invitar a los maestros para que sean un apoyo mutuo de los padres”

“me interesa la salud de mi hija por que tiene un problema con sus diente”

En cuanto a lo que no querían que pasara:

“faltar a las sesiones, ya me interesa el taller”

“que no pueda llevarlo a cabo”

“desertar” – se da cuenta que hay pocas madres en relación con el total de alumnos de la primaria

“faltar, para no perder el hilo de de la trama y enemistar”

“que se vayan las integrantes del grupo”

“no me gustaría que se desintegre el grupo”

Como siguiente actividad de los representantes familia llegaron a los siguientes acuerdos de grupo:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. Asistencia | 6. Respeto/ tolerancia |
| 2. Discreción | 7. Acción /práctica |
| 3. Participación | 8. Apoyo |
| 4. Confianza | 9. Poner atención |
| 5. Interés en un alto porcentaje. | 10. Compartir lo aprendido |

Finalmente dieron nombre a su grupo, actividad de la cual propusieron cuatro nombres

- “Grupo socialista”*
- “Red de mujeres unidas”*
- “Amigas de la red”*
- “Apoyo social oriente”*

A través de un ejercicio democrático se eligió: *“red de mujeres unidas”* la mayoría de votos a favor, siendo éste el nombre asignado para el grupo de representantes de familia del taller.

Durante el acercamiento hacia las integrantes de la *“red de mujeres unidas”* y al preguntarles sobre a que se dedicaban, muchas de las integrantes decían que *“no hacían nada”*, referían que sólo se dedicaban al hogar, fue en ese momento cuando el equipo de salud las invito a reflexionar sobre el papel que juega hoy la mujer mexicana como producto de la historia, hablaron del término *“ama de casa”* y las implicaciones del cambio de conceptualización a *“jefa de familia”* que engloba al rol de la mujer como cuidadora, encargada o trabajadora del hogar, y lo vital que es su participación en el desarrollo y sustento de la misma.

A partir de esta reflexión se generó una discusión de los diversos roles de la mujer en México: ser esposa, madre, hija, amiga o jefa de la familia, satisfaciendo los requerimientos constantes de los hijos en alimentación, limpieza, educación, administración, cuidadora de la salud, entre otros cuidados, además, se encarga de ingresar medios económicos a la familia, por medio de algún empleo.⁶²

Se mostraron algunas graficas en las cuales se observaba que en el año 2004 el 38% de las madres en México se encontraban trabajando, las madres solteras en el país son las que más participan en el mercado laboral en un 70.8% dato que refleja la importancia de la participación de la mujer como sustento familiar. Con estos datos se resaltó el valor de las mujeres en el hogar y en el país.⁶²

En México, el 23% de la población se encuentra encabezada por una mujer, entendiéndose, la persona que ingresa el gasto familiar. Actualmente el 29% de las familias del Distrito federal son dirigidas por una jefa de familia, siendo esta entidad la de mayor porcentaje en el país con esta estructura familiar. Esta información es importante para el grupo con el cual se está trabajando puesto que el 11% son jefas de familia ⁵⁵

Para concluir la sesión se efectuó una exposición de la importancia de la mujer en el país, en la cual se hizo énfasis en el rol que desempeñan como cabeza de familia.

En esta exposición se discutió el tiempo que las mujeres, en este caso los representantes familia, invertían en diferentes actividades (mencionadas por la INEGI), como:

- Cuidado personal
- Trabajo doméstico
- Cuidados de los hijos
- Recreación
- El cuidado de algún otro integrante de la familia
- Otro

Con base en esta información se pidió de tarea que las representantes familia hicieran un cálculo del porcentaje de horas al día que invertían en estas actividades.

Como última actividad asignada, las integrantes de la *“red social de mujeres unidas”*, asumieron el compromiso de realizar un cartel en donde fuera plasmado cada uno de los compromisos a los que se habían llegado, asignándolo a una integrante del grupo para llevarlo y traerlo en cada sesión, de esta manera, no olvidaran lo establecido en esta primera sesión y en cada una se cambiaría la persona que debía llevarlo y regresarlo.

2ª SESIÓN

Factores que intervienen en el proceso salud enfermedad familiar

El taller inició puntual, durante esta sesión las representantes de familia compartieron el análisis que desarrollaron durante la semana respecto a la distribución de su tiempo además de su jornada laboral, de manera conjunta determinaron que esta distribución era similar en el grupo de la siguiente manera:

- 60% Trabajo doméstico
- 10% Recreación
- 8% Descansar
- 12% Cuidado familiar
- 10% Pareja

Durante esta dinámica las representantes de familia discutieron sobre los aspectos relacionados con las diferencias en cuanto al tiempo que le dedican a cada una de estas actividades, sobre todo para la recreación ya que pocas dedican tiempo en actividades que no tuvieran que ver con trabajo o cuidado de la familia, además, algunas representantes de familia referían que tenían que hacer demasiadas actividades a lo largo del día, y que por lo regular les hacía falta tiempo para lograr todas estas actividades:

“a mí me hace falta tiempo en el día, tengo hijos en la mañana que van a la secundaria y prepa, y dos niños pequeños que van a la primaria por las tardes, y en la mañana me levanto muy temprano para atender a mis hijos más grandes y a mi esposo y en el transcurso del día ayudo a mis hijos más pequeños con su tarea, tengo que hacer mi quehacer, la comida y alistarlos para la escuela, vengo los dejo en la escuela, pero como la más pequeña no pone atención me tengo que quedar con ella hasta el recreo, después me voy y yo la verdad me duermo una hora todas las tarde porque si no, no siento que descanso y me duele la cabeza”

Siguiendo con la sesión se preguntó a los representantes de familia, por qué se desarrollan las enfermedades, a lo que algunas de las integrantes del grupo expresaron:

“los bichos que la causan o los cambios de clima”

“las bacterias y lo que comemos nos enferma”

“porque no nos cuidamos”

De ahí que surgió un análisis de la información que habían escrito con respecto a la distribución de su tiempo y la relación que tiene esto con variables como el tipo de trabajo que desempeñan ellas o sus parejas, el grado de estudios, el salario que perciben y el tipo de vivienda.

Así mismo, se discutió sobre el papel que juega el tipo de gobierno del país y su participación como individuos ante este proceso.

Sin embargo, las representantes de familia pensaban que para ellas el factor biológico era el determinante para tener o no un buen estado de salud.

De ahí que, el grupo de salud, ejemplificó a través de la pirámide de Rey Calero Calvo (Figura 1) los principales factores que generan la enfermedad en un individuo, donde la punta de la pirámide representa los factores biológicos que son causales de enfermedad pero no determinantes.

“...todos tenemos presentes en nuestro organismo agentes patógenos que pueden ocasionar un daño, pero que estos por sí solos no producen daños al organismo”.

Es aquí que se habló de factores de riesgo propios del individuo como son edad, sexo, factor genético, hábitos alimenticios, que en interacción con el agente patógeno son causantes de la enfermedad. Esto representado en el segundo nivel de la pirámide.

El tercer nivel representa los factores sociales como: tipo de vivienda, ubicación geográfica, ocupación, dinámica familiar, ingreso económico, nivel de instrucción,

etc. Dichos factores no excluyen lo biológico ni lo individual, pero son determinantes para el estado de salud, no se producen en el cuerpo si no en condiciones externas (agravantes) que desencadenan riesgos de producir enfermedad.⁶³



Figura 1. Ejemplificación del proceso salud enfermedad para las integrantes del taller, “fomento de autocuidado y salud familiar”

De tal manera que la sesión se desarrolló haciendo énfasis en cómo diversos factores sociales son determinantes en el p s-e.

Tomando como partida el ejercicio de tarea, el grupo de salud explicó con claridad los componentes del proceso salud enfermedad enfatizando lo siguiente:

- Para que una enfermedad surja es necesario la interacción de diferentes factores que son de riesgo para que una persona la desarrolle, de los cuales se encuentran factores físicos, del ambiente y biológicos, sin embargo el desarrollo de estos depende de la conceptualización que tenga el sujeto de sí mismo y del papel que desarrolla no solo en su familia, sino también en su entorno.

- Por lo cual para interferir en el p s-e es imperativo, que el sujeto se conozca, conozca su núcleo doméstico y su comunidad.

Posteriormente las representantes de familia con ayuda del equipo de salud, determinaron el tipo de familia al cual pertenecían y los diversos factores que limitan su condición de salud.

Al momento de pedirles la identificación de los factores que influyen en el estado de salud, hablando del proceso salud-enfermedad, el grupo de asistentes, mencionaron que el factor económico era uno de los principales aspectos para tener o no buena salud, puesto que sin este recurso la mayoría de las personas no pueden acceder a una atención de calidad para su familia. En este momento se empezaba hablar de los factores sociales que intervienen en el estado de salud.

De esta manera se llevó a cabo el censo familiar y la planeación familiar (Anexo N° 2 y 4) con guía de los representantes de salud. Encontrando que lo que más les preocupaba a estos integrantes del taller, es el factor económico y emocional de sus hijos.

Así mismo, identificaron algunas de sus problemáticas a resolver para mejorar su salud y establecieron estrategias para abordarlas.

Al término de la sesión se hizo un breve resumen de lo visto, haciendo énfasis en el proceso salud enfermedad. Es importante mencionar que algunas de representantes familia primero pensaban que lo biológico era más importante pero a partir de esta reflexión identificaron que como determinante el factor social para que el estado de salud se vea afectado entre los miembros de la familia, mencionando elementos como dinero, educación, trabajo y tiempo entre otros, por lo cual algunas de ellas concluyeron:

“no estamos sanas en un 100%”.

3ª SESIÓN

Manifestaciones de los determinantes sociales en el sistema estomatognático

Tema: Enfermedades bucales (1ª parte)

Se dio comienzo con la plática de enfermedades bucales puntualmente y conforme transcurría la plática fueron llegando las representantes de familia.

Posteriormente, el equipo de salud, pudo identificar que en la escuela se dieron inicio actividades relacionadas con la integración de los padres de familia en el espacio educativo, lo que representaba, que los padres tendrían que convivir con sus hijos en el salón de clase en el horario del taller.

De tal manera, se tomó la decisión de continuar con el horario previsto para el taller con las representantes que pudieran asistir y el resto podía tomar las sesiones restantes en otro momento en el MOSEA Ejército de Oriente turno vespertino.

Esta sesión y la siguiente se desarrollaron con base a los intereses de diversas condiciones de salud estomatológica con las cuales las representantes de familia habían externado interés.

Durante el desarrollo de estas sesiones, se utilizó el proyector audiovisual para describir las características clínicas y las actividades relacionadas a la prevención de cada una.

Con respecto a la concepción que las representantes tenían respecto a la caries se identificó que es:

“es un hoyo grande”

“es cuando los dientes se pican” “un bicho que se come el diente”

“es una mancha negra”

“cuando se pican los dientes”

Posteriormente, el equipo de salud mostró, la estructura de un diente, los grados de caries y el absceso periapical.

Conforme la sesión avanzó, la interacción entre las integrantes del taller y el equipo de salud se volvía más activa, algunos de los participantes externaron:

Niño ∃ *“es importante atenderse una caries para que no avance”*

Jefa de familia Sra. ∃ *“¿por qué cuando inicia la caries conforme avanza duele más el diente?”*

Sra. ∃: *¿Cuánto dura una amalgama?*

Sra. ∃ *“yo tengo amalgamas de más de 20 años y están muy bien, no me molestan”*

Niños ∃. *“nos da caries porque no nos lavamos los dientes y los microbios se comen el diente”*

Al final de la plática de caries se les preguntó a las representantes de familia, si en ese momento ellas se sentían capaces de identificar la caries de los integrantes de su familia, a lo que todas las integrantes contestaron que “sí”, muy seguras.

Posteriormente se inició con la descripción de la enfermedad periodontal, y su relación con la placa dentobacteriana y la higiene oral.

En este tema se explicaron las estructuras de soporte del diente. Mencionando que se encuentra constituido, principalmente, por el hueso alveolar, ligamento periodontal y la mucosa dental o encía resaltando aquí que la periodontitis afecta estas estructuras del diente.

Algunos otros temas que se desarrollaron de manera general fueron:

- Fracturas y maloclusiones

Se hablo al respecto de estas alteraciones, con base en la experiencia de las representantes de familia (vivencias propias o de conocidos), el grupo de salud, oriento la plática para clarificar las principales causas de estas alteraciones y definir cuál es la conducta a seguir por parte del padre de familia en caso de presentarse esta situación en sus hijos.

Se describió la importancia de la pérdida prematura de dientes, el número de dientes que posee un individuo adulto y un infante, así como el intercambio dental. En este momento se proporcionó una copia de la edad de erupción de los dientes, con el objetivo de que las representantes de familia sean capaces de identificar en sus hijos el momento de erupción y así detectar alguna anomalía si esta llegase a presentarse. (Anexo N° 6).

También se discutieron factores genéticos y la importancia de la ortodoncia preventiva.

Finalmente se explicó a las representantes de familia como llenar un odontograma para la detección de placa dentobacteriana, caries y gingivitis, para ser aplicado a cada uno de sus familiares, siendo esta la tarea para la próxima semana.

4ª SESIÓN

Manifestaciones de los determinantes sociales en el sistema estomatognático y prevención de éstas

Tema: Enfermedades bucales (2ª parte)

Al inicio de la plática se realizó un pequeño resumen de las enfermedades vistas, este espacio permitió a las representantes de familia externar algunas dudas sobre los hábitos que generan maloclusiones, por ejemplo, la succión digital y respiración bucal.

En esta sesión se describieron algunas otras alteraciones del sistema estomatognático:

- Aftas, úlceras, herpes, candida e hipoplasias

Posteriormente se desarrollo una dinámica con las representantes de familia, en la cual identificaban las diferentes enfermedades que se revisaron en las sesiones.

Al pasar al frente las madres mostraron una facilidad amplia para reconocer las enfermedades que veían, explicando detalladamente la consecuencia de cada una, con mayor énfasis en la caries de tercer grado mencionando el absceso como consecuencia. (Anexo fotográfico Foto 3)

Finalmente, se preguntó a las representantes de familia cual era la forma más segura de prevenir estas enfermedades dando por respuesta:

“con higiene”

“lavándonos los dientes”

“poniendo más atención en mis hijos”

En un momento de reflexión, Sra. χ menciona: -*“tengo caries porque aunque me lavo los dientes no lo hago bien”*-.

Como siguiente actividad se pidió a las representantes de familia escribieran cinco cosas importantes para cuando se lavan los dientes en donde las respuestas fueron:

Sra. χ : *“cepillo, cepillarse los dientes desde la encía, cepillar las muelas de atrás y por los lados, las mejillas y la lengua”.*

Sra. Π *“cepillo, agua, tiempo, pasta, correcto lavado”*

Sra. Ψ : *“cepillo, tiempo, agua, cepillar las muela, cepillar de arriba hacia abajo”.*

Sra. Ξ : *“saber lavarse los dientes”.*

Posteriormente el equipo de salud practicó con cada una de las representantes de familia la higiene bucal, las integrantes participaron y mostraron atención, además de los hijos tanto de Sra. χ y los de Sra. Ξ se interesaron en hacerlo practicando con los tipodontos con sus madres directamente.(Anexo fotográfico Foto 4)

Finalmente se invitó a las representantes de familia a practicar la higiene bucal con sus hijos, para que de esta manera participen en la mejora de la salud de los integrantes de su familia, y de ellas mismas, además de poder transmitir lo aprendido y ponerlo en práctica. (Anexo fotográfico Foto 5)

La impresión del taller que las representantes de familia habían tenido hasta ese momento del taller fue:

Sra. χ respondió: *“se aclararon ideas que tenía sobre los temas expuestos”*

Sra. Ξ : *“el taller estuvo bien, nos enseñan cosas que no sabemos”.*

Fue muy interesante ver como los representantes de familia volteaban a ver a sus hijos, y en ese momento uno de los padres expresó:

“hasta ahora entiendo porque a mi hijo le dolía mucho”

5ª SESIÓN

Auxiliares de higiene bucal (práctica).

La sesión inició mostrando a las asistentes los diferentes auxiliares de higiene bucal.

Cepillos dentales.

Como dinámica se realizó lluvia de ideas donde las representantes de familia, niños y equipo de salud, mencionaban las características que podían observar de los cepillos.

En el transcurso de la sesión se preguntó cuál es el mejor cepillo, a lo que el equipo de salud refirió *“el que se usa”*, y se describieron los factores a considerar para escoger el adecuado a nuestras necesidades.

Se mostraron los diversos auxiliares de higiene bucal, mencionando su diferencia y ejemplificando con imágenes para su fácil identificación.

Terminada la plática, se procedió a efectuar la segunda parte de la sesión para realizar el índice de higiene oral. Se proporcionó la pastilla reveladora a las representantes de familia indicándoles que debían pasarla por toda su boca y de esta manera ellas observarían las zonas que mostraban restos de alimentos, y así evaluarían y registrarán en el formato proporcionado la presencia de placa. (Anexo fotográfico Foto 6)

En este momento, el equipo de salud cooperó con las representantes de familia para resolver sus dudas sobre esta actividad localizando de manera más fácil la placa las superficies dentales y anotar el índice de placa de los entrevistados. Durante la práctica las representantes de familia se encuentran interesadas, cooperadoras y muy participantes.

Al terminar el llenado de sus fichas se procedió a calcular el porcentaje de dientes con placa de la siguiente manera:

Total de dientes presentes ——— 100%

Total de dientes con placa ——— %

Criterios de higiene oral

0 – 25 % aceptable

26 – 75 % cuestionable

76 – 100% deficiente

Como resultado de la práctica el 50% de las representantes de familia registraron una higiene oral deficiente y el restante una higiene oral cuestionable.

Finalizado el diagnóstico de higiene oral, las representantes de familia realizaron la higiene bucal bajo la asesoría del equipo de salud. (Anexo fotográfico Foto 7)

Con esta actividad se dio por terminado el taller, agradeciendo la participación de las representantes de familia, en donde algunos comentarios acerca del taller fueron los siguientes.

“me agradó mucho, aprendí cosas que yo no sabía, hace falta más cursos como estos”

“aprendí mucho y creo que me va a servir, voy a seguir buscando para enseñarle a mi hijo”

“voy a empezar el tratamiento dental a mis hijos, no quiero que se vean como los de las fotos que nos mostraron”

“... nos motivan a llevar a cabo lo que nos enseñan”

“fue muy importante y te enseña a prevenir caries y enfermedades de la boca”

Como menciona Huertas el empoderar a un individuo contribuye a la expansión y expresión de las capacidades latentes en las personas para que estén en condiciones de tomar control sobre las decisiones y acciones que afectan su vida.

43

Partiendo de este significado se realizaron acciones que involucran el empoderamiento en las jefas de familia mostrando así las habilidades para que ellas tomaran conciencia de las desventajas de su entorno, esto se llevo a cabo por medio de la motivación y clara percepción de los beneficios personales y sociales que supone superar esas desventajas, pero lo más importante fue ver la voluntad por parte de las jefas de familia para tomar decisiones e intervenir proactivamente a favor de sus intereses personales y familiares.

Algunas de las actitudes de cambio en beneficio de la salud por parte de los representantes de familia pueden verse en el desarrollo del taller y de manera más concreta en los siguientes testimonios:

“tener una buena alimentación y dar buen ejemplo, que si yo me lavo los dientes, también ellos lo deben hacer, y ya no dejarlos comer tanto dulce o cosas que dañen sus dientes”

“tener que lavarme los dientes bien, comer comida adecuada y no chucharías... dar un buen ejemplo a los niños de cómo hacerlo”

Por otro lado las representantes de familia reconocieron que debían actuar para mejorar su calidad de vida.

“para mejorar mi situación económica, voy a buscar un trabajo”

“voy a vender más Tupperware® para tener para los tratamientos”

“voy a buscar un mejor trabajo”

“voy a dedicarle más tiempo a mis hijos”

“...sé que mi hijo está gordito, y necesita hacer deporte, está bien, lo voy a meter al karate, pero primero lo de sus dientes, eso es más importante ahora”

Siendo el taller una actividad académica reconocida por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, se otorgaron constancias (Anexo N° 8) de asistencia a cada una de las representantes de familia que cumplieron con el taller “Fomento del autocuidado y salud familiar”, selladas y aprobadas por la misma institución. (Anexo fotográfico Foto 8)

Higiene bucal

Para reforzar el taller dentro de las actividades preventivas y educativas se realizó la evaluación de la higiene bucal a 37 escolares de primero a sexto año de la Escuela Primaria J. B Tijerina turno vespertino escolares inscritos, los cuales se tomaron en cuenta por medio de los padres que asistieron al Taller de “Fomento del autocuidado y salud familiar”, esta actividad se realizó de manera periódica (semanal) a los mismos niños, durante cuatro sesiones por lo menos. Estas evaluaciones fueron efectuadas por el equipo de salud así como por los representantes de familia que se capacitaron en el taller. (Anexo fotográfico Foto 9 y 10)

De esta manera en cada sesión se llamaban a los niños por grupo al área de lavado y baños de la primaria, y una vez agrupados los representantes de salud (alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista, y pasantes) les daban indicaciones sobre: cantidad de pasta, orden del cepillado, técnica, fuerza, repeticiones, adecuado cepillado de lengua y tiempo de cepillado.

El 100% asistió a por lo menos una evaluación, el 89% a dos evaluaciones, el 73% a tres evaluaciones y el 32% cuatro evaluaciones. Por tanto, para evaluar el

cambio se tomo a los niños que tuvieron entre tres y cuatro sesiones. Los motivos por los que los demás niños solo tuvieron de una a dos evaluaciones variaron, puesto que cuando se les requerían alguna actividad académica se los impedía. Cabe destacar que estos niños no salen del programa simplemente se tomarán en cuenta para siguientes evaluaciones.

Como parte de la prevención primaria, la protección específica dentro de la práctica odontológica es primordial, es de esta manera que se realizaron a 79% de las familias algún tratamiento de esta índole (profilaxis, aplicaciones de flúor, mantenedores de espacio y selladores de fosetas y fisuras), resaltando que fue tomado en cuenta el tratamiento por familia y no individual.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Dentro de este nivel de prevención, el diagnóstico oportuno fue realizado por los representantes de familia que acudieron al taller y por parte del grupo de salud dentro de las instalaciones del MOSEA Ejército de Oriente. (Anexo fotográfico Foto 11-13)

Los datos obtenidos por los odontólogos fueron registrados en la historia clínica, de acuerdo a la normatividad correspondiente.

Debido a que el presente programa tiene un enfoque familiar y no individual, la historia clínica proporcionó datos relacionados con el p s-e familiar, donde se identificaron los siguientes procesos de enfermedad: caries 29 (97%), adicciones 7 (24%), diabetes mellitus 5(17%), hipertensión arterial 4(13%), obesidad 4(13%), maloclusiones 4(13%), alergias 3(10%), artritis reumatoide 1(3%), epilepsia 1(3%).

Estos datos fueron integrados en los familiogramas (Anexos familiogramas) que incluyen tanto la situación social, de salud bucal y médica de cada una de las familias que integraron el programa, y que fueron una herramienta vital para el desarrollo del mismo.

En esta primera etapa del programa, solamente se llevarón a cabo platicas con los representantes de familia, que fomentaban la conceptualización de los integrantes de la familia, como un proceso que compete al núcleo familiar, en otro momento se pretende realizar promoción de autocuidado familiar de acuerdo al proceso que presentan.

Por otro lado, se identificaron dos tipos de reacciones como consecuencia del taller; una en la que los representantes de familia tomaron la decisión de intervenir en la mejora de su estado de salud o de la de sus familias, como consecuencia a una vivencia de enfermedad, tal es el caso de aquellas familias que acudieron a renovar sus citas que habían dejado perdidas antes del taller, o aquellas que iniciaron algún tratamiento porque sabían que algo estaba mal.

Por otro lado se identificaron aquellas familias que actuaron de una forma preventiva, acudiendo a consulta simplemente para saber cómo se encontraba su estado de salud, que por medio del profesional identificaron alguna enfermedad, la cual por mínima que fuera, fue tratada para que de esta manera se pudiera prevenir complicaciones futuras.

Como parte de los tratamientos oportunos, la toma de radiografías y la odontología restauradora preventiva fueron implementadas en los integrantes de familia que así lo necesitaran, realizando en 59% de las familias toma de radiografías, 41% amalgamas, 34% resinas y 21% curaciones.

Es importante resaltar que el programa no se basó en la práctica odontológica ni en la suma de tratamientos realizados durante el programa. La salud familiar fue vista como un proceso que se encuentra en constante cambio y que a consecuencia no está ligada a la salud individual de cada uno de sus integrantes, sería difícil señalar en qué momento una familia se encuentra en salud, puesto que de acuerdo a su dinámica familiar y al ciclo familiar que se viva, serán los problemas de salud en lo que se encuentren inmersos.

Como repercusión positiva del taller, los representantes de familia tomaron decisiones para mejorar la salud bucal de los escolares, las cuales se manifestaron de la siguiente manera durante la consulta en el MOSEA.

“preferí comprarle otro tipo de zapatos a mis hijas para poder pagar las coronas, esto es más importante”

“prefiero dedicarles unos días al tratamiento de mis hijas que ir a mi trabajo, sé que si no lo hago ahora no lo voy a hacer después”

PREVENCIÓN TERCIARIA

La limitación del daño incluye medidas que ayudan a limitar el grado de daño producido por la enfermedad, dicho de esta manera se realizaron medidas de prevención terciaria por parte de los alumnos, pasantes y odontólogos del MOSEA.

Estas actividades al igual que en el caso de los tratamientos realizados en la prevención secundaria no fueron el objetivo principal de este programa.

Como consecuencia del programa integrantes de las familias se integraron a la consulta dental, como parte de la decisión de mejorar su estado de salud.

El 66% de las familias tuvieron necesidades de prevención terciaria, dichas actividades de rehabilitación fueron: tratamiento pulpar 35%, exodoncias 48%, coronas de acero cromo 24% y necesidades protésicas 10%.

Algunas de las familias desertaron del tratamiento, los motivos de deserción se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de situaciones que ocasionan la deserción de los sujetos al programa de salud.

Familia	FACTORES QUE INTERVINIERON EN LA DESERCIÓN DEL PROGRAMA
α	Por el bajo rendimiento académico de los niños en etapa escolar. Como estrategia para mejorar su desempeño, fue necesario que la madre apoyara a sus hijos durante el horario escolar. Por lo que los escolares no podían salir a sus sesiones odontológicas y la madre contaba con menos tiempo para realizar sus otras labores.
γ	Debido a que cursan por un proceso de divorcio y el padre quedo a cargo de niños y su horario de trabajo no le permite asistir al tratamiento odontológico.
ε	El niño ε presenta criptorquidia (falta de descenso testicular permanente desde el retroperitoneo al escroto en su trayecto de descenso normal), por lo cual fue intervenido quirúrgicamente para realizar la orquidopexia, después de esta situación ya no continuó el tratamiento dental.
ζ	El tratamiento dental se vio interrumpido debido a que el Sr. ζ sufrió un asalto, fue golpeado en la cabeza con una pistola causando una lesión que produjo perdida de movilidad de las piernas, fue intervenido quirúrgicamente para realizar una lobotomía; la Sra. ζ se encargo de esta situación médica por las mañanas y por las tardes se ocupó de atenderlo además de realizar las labores del hogar.
μ	El tratamiento dental de la familia μ es interrumpido debido a que cursan por problemas económicos motivo por el cual la Sra. μ tuvo que comenzar a trabajar y no cuenta con el apoyo de alguien que pueda llevar al niño μ al servicio dental.
f	No se pudo concluir el tratamiento debido a que la Sra. f se encontraba en el tercer trimestre de embarazo lo que dificulto que acudiera el tratamiento odontológico de la niña f .

$Q-\pi$	Se desconocen los motivos que hicieron que la familia no continuara el tratamiento.
---------	---

CONCLUSIONES

Durante la realización de este programa se identificaron las necesidades que la población sentía hacia los problemas más comunes dentro de su grupo de convivencia y social. Por esta razón nos dimos a la tarea de realizar actividades donde la comunidad se sintiera integrada hacia la toma de decisiones respecto a la salud y a mejorar su calidad de vida.

La participación del representante familiar, como enlace, entre el escolar y el grupo de salud, demostró ser una buena estrategia, debido a que no solamente el escolar fue beneficiado en este encuentro.

El presente trabajo muestra como la participación del representante de familia como promotor de salud es fundamental para lograr el enlace con el núcleo doméstico y de esta forma lograr un programa dirigido a escolares en el cual se establezca una relación individuo-familia-sociedad que repercuta positivamente en el p s-e del escolar.

La filosofía del grupo de salud fue identificar cada contacto con la familia como una posibilidad de intervención, que a través del tiempo se materializara en los individuos con alguna muestra de emancipación.

Estas intervenciones mostraron resultados al observar la adherencia de algunas familias a las actividades del programa, a pesar de la situación económica que atraviesa el país.

Ejecutar la producción de servicios estomatológicos con un enfoque de prevención integral, implica una constante retroalimentación con el paciente, y un cambio en la conceptualización del rol del cirujano dentista, debido a que es imperativo tomar en cuenta la promoción de salud durante el proceso de intervención estomatológica.

El presente trabajo es un esfuerzo por realizar una práctica estomatológica con repercusión en el proceso salud-enfermedad, en la cual se intentó superar la práctica hegemónica dirigida solamente a la curación.

La promoción de salud a través de un proceso de enseñanza aprendizaje reforzado con la observación de las alteraciones estomatológicas en consulta, hizo posible, que algunos de los padres de familia reconocieran las necesidades de atención en los integrantes de la familia.

Esta acción, de promoción de salud constante, generó en los individuos conciencia de su papel ante el p s-e y de las circunstancias en las cuales pueden intervenir de manera directa e inmediata para mejorar su calidad de vida, ejemplos de ello fue la redistribución de ingresos familiares para incluir como una de las necesidades la salud estomatológica.

Con este trabajo se concluye que la partición comunitaria es de suma importancia, y que el cambio en el paradigma debe gestarse en el equipo de salud, el cual debe buscar integrarse a las comunidades.

Es necesario reconocer que en este trabajo, solamente se muestra el inicio de una intervención comunitaria cuyos resultados podrán ser evaluados a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas S R. Capitalismo y enfermedad. 5^{ta} ed. México. Editorial Plaza y Valdez. 1995: 13-45
2. Pérez T R. De la magia primitiva a la medicina moderna. México. Fondo de cultura económica: ILCE. 2000: 221
3. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema de las enfermedades bucodentales. Ginebra; 2004. [acceso 25 de octubre, 2009] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/print.html>
4. Jurado C E. Cronología de la historia de la odontología. Programa de actualización basado en la evidencia. Rev. Tribuna odontológica [revista en línea] 2006 [acceso 04 diciembre 2010]; 1(6). Disponible en: <http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/O/Odontologica-v1n6-Humanidades/humanidades.htm>
5. Organización Mundial de Salud. Métodos y programas de prevención de las enfermedades buco-dentales. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1984. Serie de Informes Técnicos 713:11-12
6. Giraudo N. Programa de Salud Bucal. Comunidad de Boulongne. Centro de Salud San Pantaleón Farmacéuticos sin Fronteras (sede Alemania) CEPA; Centro de Salud Municipal (San Isidro). [acceso 16 Noviembre, 2009] Disponible en: http://www.foroaps.org/files/Programa__de_Salud_Bucal.pdf
7. Asociación Dental Mexicana. Programa de Salud Bucal del Preescolar. 2009; [acceso 16 Noviembre, 2009] Disponible en: adm.org.mx/index.php
8. Secretaría de salud. Programa de acción específico 2007-2012: Salud bucal. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. México. 2008 [acceso 06 Noviembre, 2010]: 1-49. Disponible en: <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf>
9. Organización Mundial de Salud. Salud Bucodental. Nota Informativa N°318. 2007 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/print.html>

10. García G. Programa de Salud bucal del Preescolar de la ADM beneficiará a más de 25 mil niños en México. 2009 [acceso 14 octubre 2009] Disponible en:
http://www.medicinadigital.com/index.php?view=article&catid=76:informacion-general&id=13808:programa-de-salud-bucal-del-preescolar-de-la-adm-beneficiara-a-mas-de-25-ninos-en-mexico&format=pdf&option=com_content&Itemid=400076
11. Duque E R J, Hidalgo-G I, Pérez Q A. Técnicas actuales en tratamiento de la caries dental. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet] 2006 [acceso 2 Septiembre 2010]; 43(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_2_06/est09206.htm1º
12. Nithilad D, Bourgeois, Barmes D.E., Murtomaa H. Banco mundial de datos sobre salud bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental a los 12 años de edad. Washington Dec. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet] 1998 [acceso 20 agosto 2010]; 4(6) Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001200009
13. Verenne B, France P, Switzerland G, Outtara S, Burkina F O. Oral health behavior of children and in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. International Dental Journal [journal in internet] 2006; 56 (2): 61-70 [Retrieved in september 2st 2010] Available at:
http://www.who.int/oral_health/events/IDJ-06.pdf
14. Petersen P E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology [journal in internet] 2003 [Retrieved in September 2st 2010]; 31 Suppl 1:3-24. Available at: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

15. Petersen P E, Burgueous D, Ogawa H, Estupinan D, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risk to oral health. Bull World Health Organ [journal in internet] 2005 [Retrieved in September 2st 2010]; 83 (9): Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862005000900011&script=sci_arttext
16. Zimmermann D. Interview: The oral health of Filipino children is in an alarming state. Dental Tribune. The world's dental newspaper. 2009, Jul 22 [Retrieved in September 2st 2010]; International Asia Pacific: Available at: http://www.dental-tribune.com/articles/content/id/549/scope/politics/region/asia_pacific
17. Mexia A C, Petersen P E, Jesus A S, Toscano A. Changing oral health status of 6-12 year-old schoolchildren in Portugal. Community Dental Health [journal in internet] 2003 [Retrieved in September 2st 2010] 20: 211–216. Available at: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_portugal.pdf
18. US Department of Health and Human Services. Oral Health in América: A Report of the Surgeon General -- Executive Summary. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000 [Retrieved in September 2st 2010] . Available at: <http://www.odontologiapreventiva.com/atencion/america.htm>
19. Ortega MM, Mota SV, López VL. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México. Rev. Salud Pública [revista en internet] 2007 [acceso 28 Mayo 2010]; 9 (3): 380-387. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v9n3/v9n3a06.pdf>
20. Tello H TJ, Gutiérrez N. Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares del estado de Yucatán. Rev Biomed. [revista en internet] 1997 [acceso 20 octubre 2009]; 8(2): 17-20. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb97822.pdf>

21. Murrieta J F, Juárez L A, Linares V C, Zurita M V. Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. Bol Méd Hosp Infant Méx [revista en Internet] 2004. [acceso 19 de octubre del 2009]; 61(1). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=20840&id_seccion=981&id_ejemplar=2143&id_revista=20
22. Orozco J R, Peralta L H, Palma M G, Pérez R E, Arroníz P S, Llamosas H E. Prevalencia de gingivitis en adolescentes de Tlalnepantla. ADM 2002; 59(1):16-21.
23. Trianan F E, Rivera S V, Soto L, Bedoya A. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población amazónicas. Colomb Med [revista en internet] 2005 [acceso el 13 de junio del 2010]; 36 (Supl 3): 26-30. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No4Supl/html/cm36n4s1a4.pdf>
24. Nutbeam D. Promoción de la salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1987. Revista “salud entre todos” Separata Técnica. Sevilla, Consejería de salud. junta de Andalucía [artículo en internet]. [acceso 24 junio de 2010] Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
25. Organización mundial de la salud. Atención primaria de salud. [Página de internet] [acceso 19 de septiembre 2010] Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
26. Medina CE. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed [revista en internet] 2006 [acceso 08 septiembre de 2010] octubre – diciembre; 17 (4). Disponible en: <http://www.uady.mx/~biomedic/revbiomed/pdf/rb061745.pdf>
27. Moreno A L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Rev. Salud Pública de Méx. 2007; 49 (1): 63-70.

28. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos técnicos del proceso salud-enfermedad. Cad. Saúde. Púb., Río de Janeiro. [revista en internet] 1992 [acceso el 2 Marzo 2010]; 8 (3): 254-261. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/U8n3a05.pdf>
29. Vergara Q M C. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Rev. Hacia la promoción de la salud. 2007; 12(1): 41-50
30. Romo P R, De Jesús-Herrera M I, Bribiesca G ME, Rubio C J, Hernández Z S, Murrieta P JF, Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Netzahualcóyotl. Bol Med Hosp Infant Mex. 2005; 62: 124-135
31. Hernández M, Ágreda M, Díaz M, González A, Hernández V, Pérez MP, Et. Al. Relación entre estrato socio-económico y la presencia de caries dental en primeros molares Inferiores en alumnos de la U.E. Eloy paredes y U.E la salle.merida-venezuela. 2008. Academia – Trujillo – venezuela – ISSN 1690-3226- [artículo en internet] 2009 [acceso 13 de julio de 2010]; VIII (15):55 – 61 Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29815/1/articulo5.pdf>
32. Soria H M, Molina-F N, Rodríguez PR. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. Acta Pediatr Mex [revista en internet] 2008 [acceso 25 agosto 2010];29(1):21-24 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=50654&id_seccion=95&id_ejemplar=5134&id_revista=17
33. Borroto C R, Saez L M, Programa preventivo de caries dental en niños y adolescentes cubanos. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(2): 1-11
34. Ureña C J. Atención preventiva de la salud bucal en el preescolar. Perinatol Reprod Hum 2009; 23 (2): 98-107
35. Limonta V RE, Araújo H T. Intervención educativa para modificar el conocimiento sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000; 4(3): 9-15

36. Zhang Z, Ling Z. Atención preventiva de la salud oral en China. Journal resumido de avances en Odontología y Cuidado de la Salud Oral. [revista en internet] 2004 [acceso 26 septiembre 2010] 14 (3): 1-6. Disponible en: http://www.colgateprofesional.com.ar/LeadershipAR/NewsArticles/NewsMedia/PrevNews/ColgatePrevNews_14_3.pdf
37. Almeriche. Programa de salud bucodental. Guía del profesorado. 2001 [acceso 05 de septiembre 2010] Disponible en: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/INFANTIL/BUCODENTAL/GUIA_PROFESORADO_CAS_2006.PDF
38. González S. Evaluación del programa de la capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta – Antioquia, 2006. Revista CES Odontología 2007 [Consultado 10 de septiembre del 2010]; 20(2) Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=188&id_seccion=3112&id_ejemplar=4989&id_articulo=49210
39. Diéguez V E, Pascual C F, Lozano M M, Escalera-A C, Lozano N M. Educación dental infantil: guía para profesionales de educación y salud. 2da ed. Sevilla: Consejería de salud; [artículo en internet] 2002 (Consultado 19 Octubre 2009): 1-37. Disponible en: <http://www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/manual-de-educacion-bucal.pdf>
40. Gobierno de San Luis Potosí. Secretaria de salud. Para el 2010 Nuevas estrategias de atención en Salud Bucal. Miércoles, 30 de Diciembre de 2009. [acceso 11 de mayo 2010] Disponible en: http://www.slpsalud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=974:2009-12-30&Itemid=365
41. Ducan K, Maceiras L. Carta de Ottawa. Salud Pública Educ Salud [artículo en internet] 2001 [acceso 20 Diciembre 2009]; 1(1):19-22. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

42. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI. Yakarta Indonesia. [artículo en internet] 1997 [acceso 30 mayo 2010] Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf
43. Huertas L. Descentralización de la salud, perspectiva de género y empoderamiento de la mujer. Unidad de Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud. [artículo en internet] 2003 [acceso 25 octubre 2009] Disponible en: <http://www.paho.org/english/dpm/gpp/gh/Decentralization2.pdf>
44. Moedano J B, Ojeda L MC, Martínez C RA, Valdivia H ME. Paradigmas de la salud-enfermedad. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Rev Epidemiología. 2002; 19(23): 1-3
45. Chirinos J, La calidad de vida y el proceso salud – enfermedad [revista en internet] 1994 julio .[acceso mayo 16 de 2010]; 7(1) Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v07_n1/calidad_vida%20.htm
46. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Plan de estudios de la carrera cirujano dentista. 1998; Tomo I
47. Menguez T, Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. Medisur [revista en internet] 2009 [acceso 26 noviembre 2009]; 7(1) Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/589>
48. Hernández Z S, Valdez P R, Sánchez A G. Imaginario infantil ante la boca y el dentista, en una comunidad escolar. Síndesis – Z. 2003;12: 18-23
49. Sacchi M. Percepción del proceso salud – enfermedad – atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colectiva [revista en internet] 2007 [acceso 07 septiembre 2010]; 3(3). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/731/73130305.pdf>
50. Canaval G. Promoción de la salud: predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. Cali [artículo de internet] 1996 [acceso 29

- septiembre 2009]. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0693.pdf>
51. Escobar P. Representaciones sociales del proceso- salud – enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. Salud pública de México [revista en internet] 2010 [acceso 10 septiembre 2010]; 52(1). Disponible en:
http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Enero%20Marzo/6-gestante.pdf
52. González B. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cub Med Gen Intergr 2000; 16(5): 508-12
53. Delegación Iztapalapa. Programa delegacional de desarrollo urbano de Iztapalapa al margen de un sello con el escudo nacional, que dice : Estados Unidos Mexicanos. Presencia de la república. Programa delegacional de desarrollo humano. [artículo en internet] 2005 [acceso 13 Jun 2010] Disponible en:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Programas/DFPROG25.pdf>
54. Programa Delegacional de Desarrollo 2009-2012, Iztapalapa con derechos plenos. Disponible en:
http://www.iztapalapa.df.gob.mx/pdf/ProyectProgrDelegacional_Desarrollofinal.pdf
55. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. II conteo de población y vivienda 2005. Población Hogares. [acceso 11 de junio de 2010] Disponible en: <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresion/población/hogares.asp>
56. Arango D A, Lara M C. Análisis sobre la violencia social en la Delegación Iztapalapa. Delegación Iztapalapa: Perfil Sociodemográfico. Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad A.C. 2000. [acceso 11 de junio de 2010] Disponible en:
http://www.icesi.org.mx/documentos/propuestas/iztapalapa_perfil_sociodemografico.pdf

57. Ortega M T. Análisis sobre la violencia social en la Delegación Iztapalapa. Iztapalapa: referentes de identidad social. Instituto Ciudadano De Estudios Sobre Inseguridad A.C. 2006 [acceso 11 de junio de 2010] Disponible en: http://www.icesi.org.mx/documentos/propuestas/iztapalapa_referentes_de_id entidad_social.pdf
58. Vega M S. Iztapalapa es la demarcación con más incidencia delictiva en toda la ciudad. La jornada.com 31 julio 2007; Capital [acceso 13 de junio de 2010] Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2001/07/3/index.php?section=capital&article=038>
59. Flandin J. Orígenes de la familia moderna. [acceso 25 septiembre 2010] Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/origenes_de_la_familia_moderna.pdf
60. Jáuregui C A, Suárez R P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque en salud familiar. México. 2a ed. Editorial medica panamericana; 2004: 86 184
61. Katz, McDonald, Stookey. Odontología preventiva en acción. México. 3a ed. Editorial medica panamericana; 1983: 367
62. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Estadísticas a propósito del día de la madre". Datos nacionales. [artículo en internet] 2005 [acceso 14 de febrero de 2010] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx//contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadísticas/2007/madre/07.pdf>
63. López AO, Blanco GJ, Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. Rev Salud Pública Méx. 1994; 36: 374- 384

ANEXOS

DOCUMENTALES

**ANEXO Nº 1 MAPA DE LOCALIZACIÓN DEL MOSEA EJÉRCITO DE ORIENTE
Y DE LAS FAMILIAS DEL PROGRAMA.**



PRIMARIA: J.B. TIJERINA
TURNO VESPERTINO

Calle: ANTONIOCARBAJAL
 Colonia: UNIDAD HABITACIONAL
 EJERCITO DE ORIENTE ZONA PEÑON
 Delegación/Municipio: IZTAPALAPA
 Código Postal: 9239



MOSEA EJÉRCITO DE ORIENTE
TURNO VESPERTINO

Calle: ANTONIO ESTEVEZ
 Colonia: UNIDAD HABITACIONAL EJERCITO
 DE ORIENTE ZONA PEÑON
 Delegación/Municipio: IZTAPALAPA Código
 Postal: 9239



ANEXO N° 2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Ficha de identificación familiar.

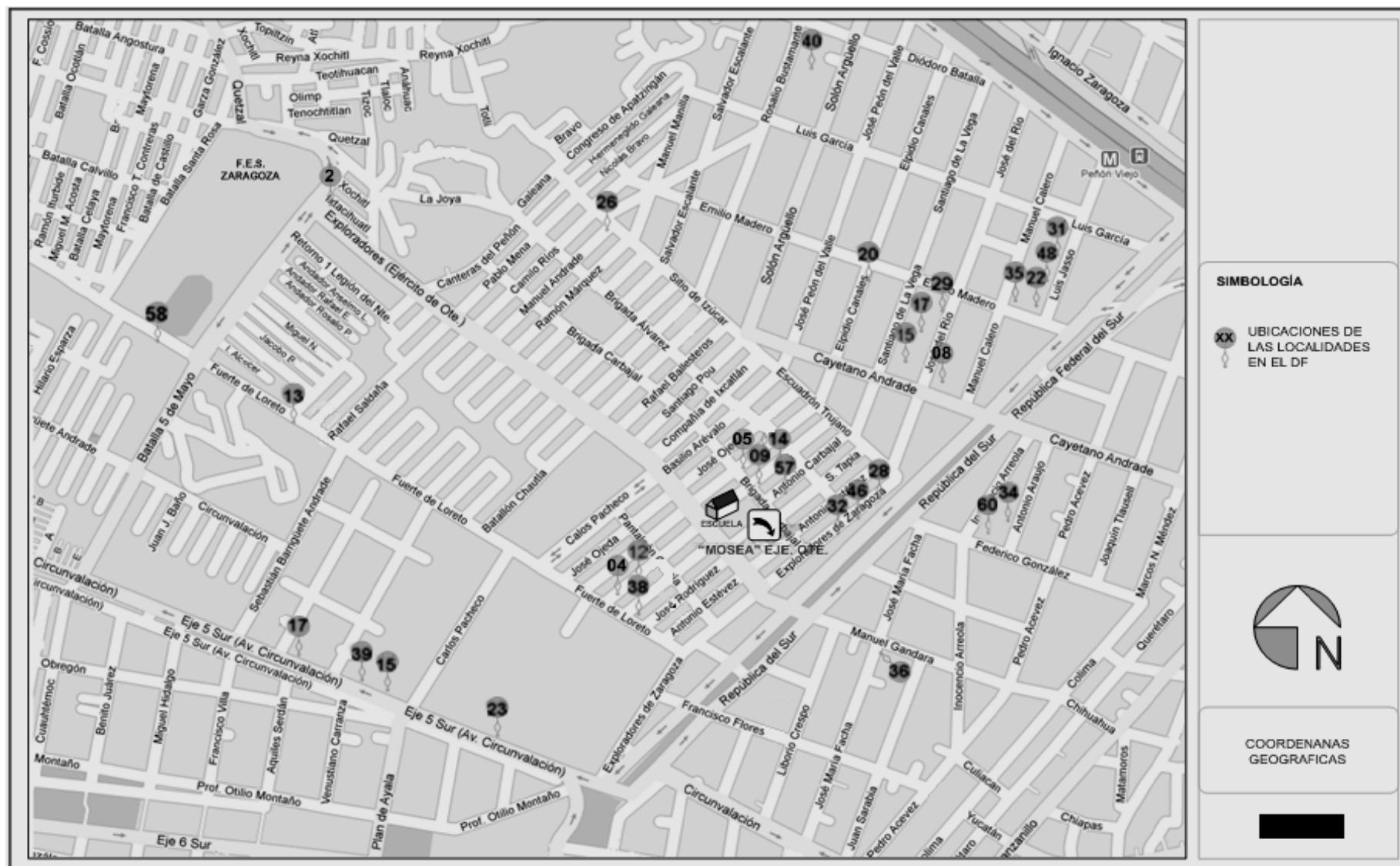
IDENTIFICACIÓN

1. Identificación de la familia. _____
2. Fecha de localización. _____
3. Fecha de captación. _____
4. H.C. Familiar No. _____
5. Informante. _____
6. Número de miembros familiares _____
7. Municipio/delegación. _____
8. Area: Urbana ____ Rural ____
9. Dirección _____

10. Tipo de vivienda. _____
11. Tipo de Familia. _____
12. Ciclo familiar _____
13. Número de casa. _____

No.	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Diagnóstico de salud familiar
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

ANEXO N°3. MAPA AMBIENTAL DE LAS FAMILIAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA.



ANEXO Nº 4 FICHA DE PLANEAMIENTO FAMILIAR.

Identificación. _____

Subprograma. _____

Tipo de Familia. _____

Responsable. _____

Dirección. _____

Ciclo Familiar. _____

Fecha de Planeación. _____

Fecha de evaluación. _____

Fecha	Problemas familiares identificados	Plan de actividades		Evaluación				
		Metas	Actividades	Problema		Meta		Actividades pendientes.
				Resuelto	Activo	Cumplida	No Cumplida	

ANEXO Nº 5 ODONTROGRAMAS DE DIAGNÓSTICO PARA USO DEL PROGRAMA.

Nombre del examinador: _____ Fecha: _____

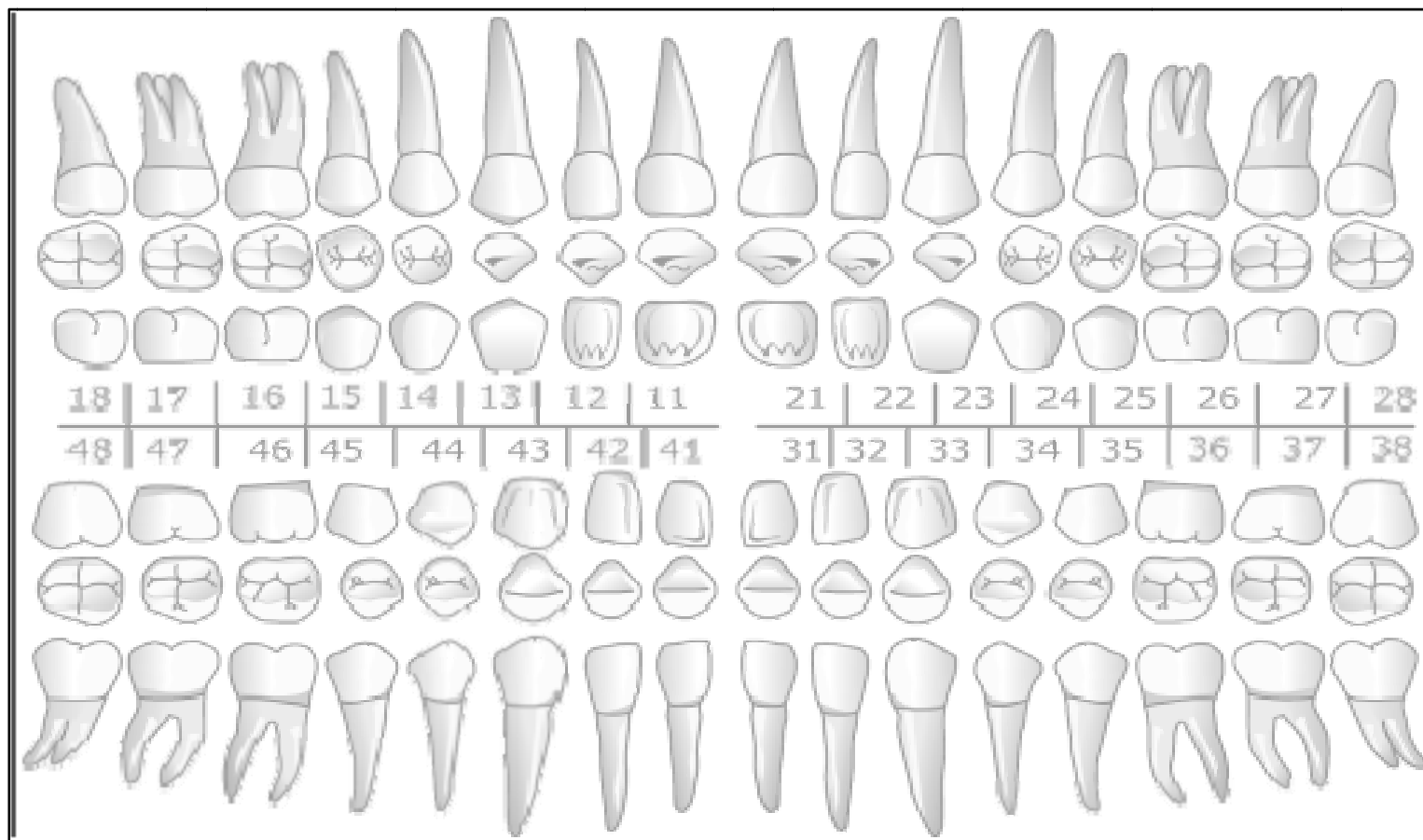
Folio: _____

Nombre del examinado: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Colorear de color rojo las zonas que se encuentre con gingivitis

Colorear de café o negro las zonas que se encuentren careadas, no incluir restauraciones.

Colorear de color rosa las zonas que se marquen con la pastilla reveladora.



Número de dientes con caries: _____

Total de superficies con placa dental: _____

Porcentaje de higiene oral: _____

Presencia de gingivitis:

Si _____

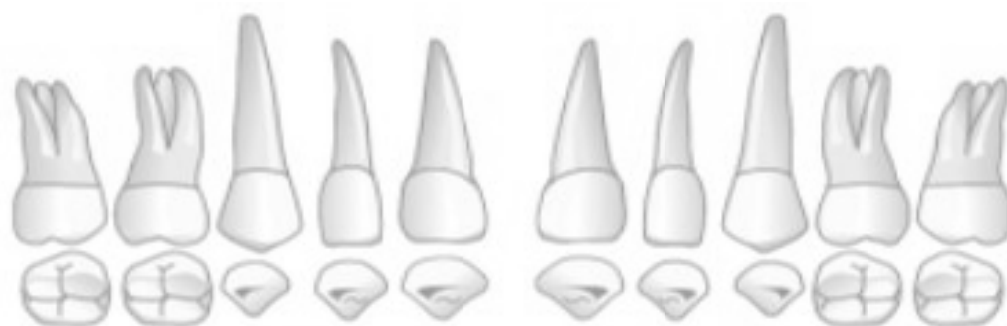
No _____

Nombre del examinador: _____ Fecha: _____ Folio: _____

Nombre del examinado: _____ Edad: _____ Sexo: _____

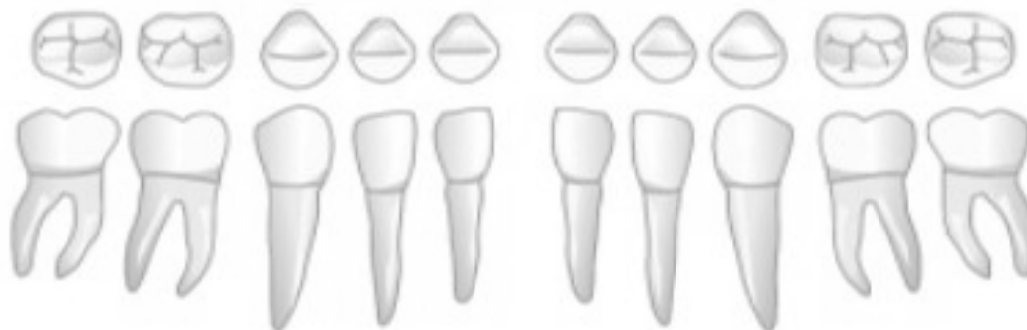
Colorear de color rojo las zonas que se encuentre con gingivitis

Colorear de café o negro las zonas que se encuentren careadas, no incluir restauraciones.



Odontograma infantil

**Ilumina con rojo la zona del diente
en donde se ha pintado con la pastilla**



Colorear de color rosa las zonas que se
marquen con la pastilla reveladora.

Número de dientes con caries:

Total de superficies con placa dental:

Porcentaje de higiene oral:

Presencia de gingivitis: Si No

ANEXO N° 6 DESCRIPCIÓN DE LA ERUPCIÓN DENTAL

		FEMENINO				MASCULINO			
		LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR	
	TIPO DE DIENTE	AÑOS	MESES	AÑOS	MESES	AÑOS	MESES	AÑOS	MESES
MAXILAR	INCISIVO CENTRAL	6	6	7	8	7	0	7	11
	INCISIVO LATERAL	7	10	8	7	8	6	9	0
	CANINO	9	7	11	0	10	3	11	7
	PRIMER PREMOLAR	9	4	10	8	8	11	11	1
	SEGUNDO PREMOLAR	9	6	10	11	9	7	11	3
	PRIMER MOLAR	5	9	7	0	6	3	7	8
	SEGUNDO MOLAR	10	1	11	5	11	1	11	8
MANDÍBULA	INCISIVO CENTRAL	6	6	7	11	5	10	6	11
	INCISIVO LATERAL	6	5	7	9	7	2	8	7
	CANINO	8	6	10	2	9	3	11	1
	PRIMER PREMOLAR	8	8	10	5	9	4	11	2
	SEGUNDO PREMOLAR	9	6	10	11	9	4	11	3
	PRIMER MOLAR	5	8	6	6	6	1	6	11
	SEGUNDO MOLAR	10	5	11	3	11	0	11	7

Tomado y modificado de: Valdez-Penagos RG. Edad promedio de erupción de dientes permanentes y comparación entre dos métodos de medición en un grupo escolar de Ciudad Netzahualcóyotl, Fes Zaragoza, UNAM; 2005: 22 [Tesis de especialidad]

ANEXO Nº 7. INVITACIONES

Volante de promoción, para aviso del programa. El cual fue pegado en los cuadernos de los alumnos de la Escuela Primaria J. B. Tijerina, turno vespertino.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**
FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA



A través de su:

Modelo de Servicio Estomatológico Alternativo
Ejército de Oriente turno vespertino

Invita al taller:

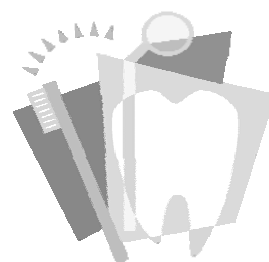
FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y SALUD FAMILIAR

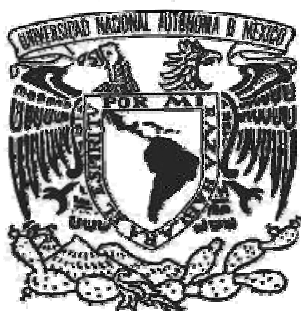
Dirigido a profesores y padres de familia de la Esc. Prim. J. B. Tijerina

Se impartirá por un equipo de salud de la UNAM
FES – Zaragoza, los días 16, 23 de febrero y 2, 9 y 16
de marzo 2010 en el horario de 14:00 a 16:00 hrs.

Se otorgará constancia con valor de participación
emitida por la UNAM

ENTRADA LIBRE





UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



Constancia

Que otorga

LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA

A través de la

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

A:

Por su participación y organización del taller: ***“FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y SALUD FAMILIAR”***, efectuado en las instalaciones de la primaria J. B. Tijerina los días 16 y 23 de febrero, 2, 9 y 16 de marzo del 2010, con una duración de 15 hrs.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
México, D.F. julio 2010.

MTRA. AMPARO GARCÍA GONZÁLEZ
JEFA DE LA CARRERA

FOTOGRAFÍCOS

Foto 1. Primer acercamiento con los representantes de familia. Visita a las aulas.



Foto 2. Entrega de invitaciones para participar en el taller “Fomento del autocuidado y salud familiar”.



Foto 3. Jefa de familia identificando la enfermedad de acuerdo a su localización y consecuencias.



Foto 4. Jefas de familia aprendiendo la técnica de higiene bucal.



Foto 5. Jefas de familia practicando técnica de higiene bucal con sus hijos y el equipo de salud.



Foto 6. Jefas de familia realizando el levantamiento de índice de higiene bucal.



Foto 7. Jefas de familia realizando la higiene bucal (práctica de técnica y evaluación de la misma).



Foto 8. Entrega de constancias a las jefas de familia que participaron en el programa.



Foto 9. Evaluación de higiene bucal con los escolares inscritos en el programa.



Foto10. Práctica de la técnica de higiene bucal con los escolares inscritos en el programa.



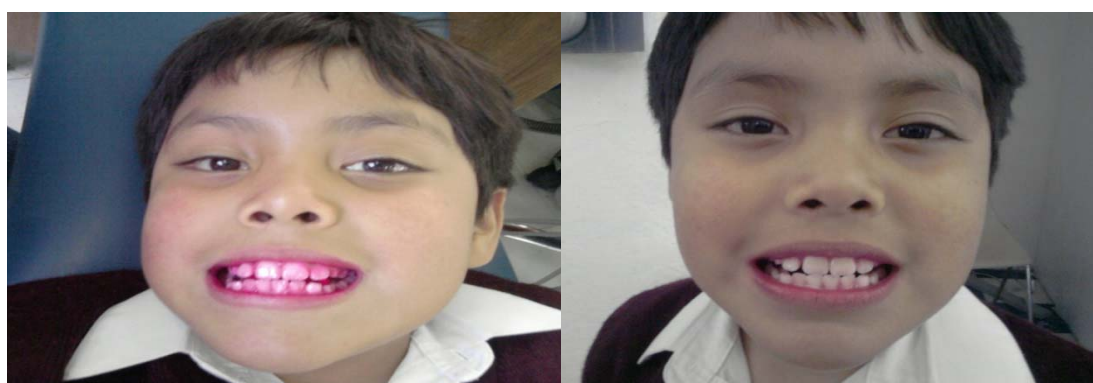
Foto 11. Diagnóstico oportuno realizado por las representantes de familia dentro del MOSEA Ejército de Oriente.



Foto 12. Representante de familia enseñando y evaluando la técnica higiene bucal de su hijo.



Foto 13. Antes (izquierda) y después (derecha) de la intervención de la representante de familia con respecto a la técnica de higiene bucal en su hijo.



FAMILIOGRAMAS

FAMILIA: α

Nombre del Alumno: Niño α

Compromiso: 100 %

Niña α

Nombre del Padre: Sr. α

Ocupación: Chofer

Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. α

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Av. Fuerte de Loreto.

Teléfono: 5744xxxx

Dx:

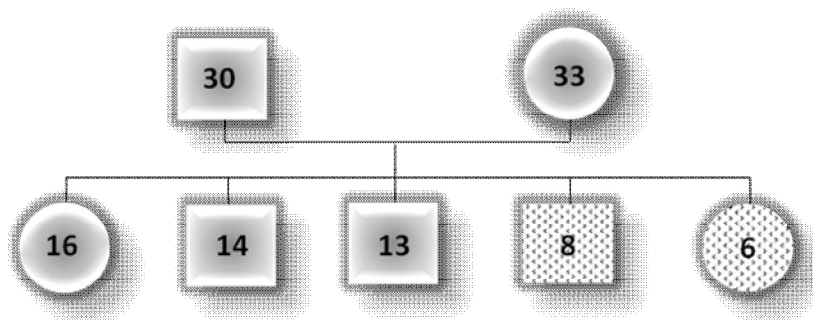
En cuanto a su vivienda la familia α refiere que es propia, el piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; aparentemente no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la familia α refieren que dedican un tiempo a realizar actividades deportivas (futbol), los fines de semana salen a dar una vuelta por el parque de Iztapalapa.

La Sra. α diario dedica dos horas a tomar una siesta mientras los niños se encuentran en la escuela de no hacerlo así presenta dolor de cabeza y no le rinde el día.

La familia α cursa por un proceso de caries, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente esta; además de tener una deficiente higiene oral.

El tratamiento (Tx.) dental de la familia se vio interrumpido debido a que el niño α y la niña α tienen problemas en la clase por lo que la Sra. α tiene que apoyar a los niños asistiendo a clase con ellos, y como esto le absorbe tiempo se le dificultó continuar el Tx.



FAMILIA: β

Nombre del Alumno: Niña β

Compromiso:

Niño β

Nombre del Padre: Sr. β

Ocupación: Chofer

Escolaridad: Secundaria

(Microbús)

Nombre de la Madre: Sra. β

Ocupación: Comerciante

Escolaridad: Secundaria

(Avon®)

Domicilio: Fuerte de Loreto

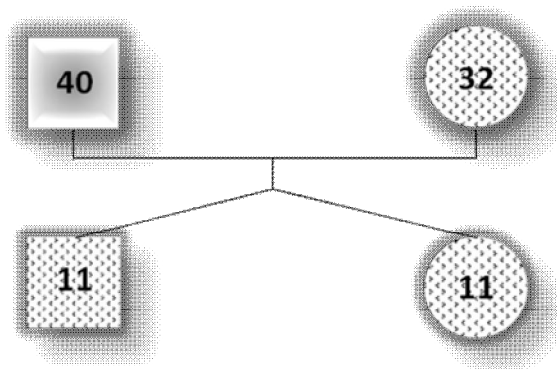
Teléfono: 2604xxxx

Dx.:

En cuanto a la vivienda la familia renta cuatro cuartos y el número de personas por habitación es una persona por habitación, cuenta con piso de cemento, muros de tabique, techo de cemento cuenta con electricidad, agua potable dentro de la casa, el baño se encuentra dentro de la casa y cuenta con regadera

La familia β cursa por un proceso de caries de primer, segundo y tercer grado, la niña β también cursa por un proceso de déficit de atención con control médico (psiquiatra).

El Tx. dental de la familia β se concluyó en los tres integrantes que asistían al MOSEA ejercito de oriente turno vespertino, solo se les informo que regresaran a la revisión a los seis meses.



FAMILIA: γ

Nombre del Alumno: Niña γ

Compromiso: 90%

Nombre del padre: Sr. γ Ocupación: Militar

Escolaridad: Licenciatura

Nombre de la Madre: Sra. γ Ocupación:

Escolaridad: Preparatoria

Domicilio: Brigada de Carbajal

Teléfono: 4197xxxx

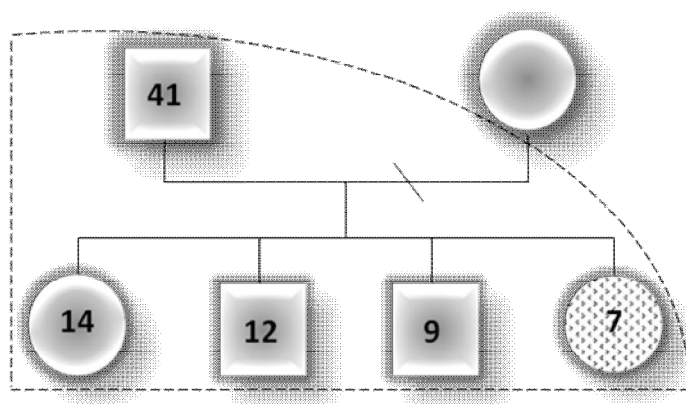
Dx:

La familia γ cursa por un proceso de caries de primer grado, a pesar de que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente esta; además de tener una deficiente higiene oral.

En cuanto a su vivienda refiere que es propia y cuenta con el piso de mosaico, los muros son de tabique, el techo de concreto contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; aparentemente no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad la familia γ dedica tiempo a realizar actividades deportivas (correr).

El Tx. dental de la familia se vio interrumpido debido a que cursan por un proceso de divorcio, el Sr. γ se quedó a cargo de los niños γ, pero su horario de trabajo no le permitió acudir al MOSEA ejército de oriente turno vespertino, cabe mencionar que se comenzó el tratamiento de la niña γ pero por lo mencionado anteriormente ya no lo pudo continuar.



FAMILIA: ♂

Nombre del Alumno: Niña ♂

Compromiso: 100 %

Niño ♂

Nombre del Padre: Sr. ♂ Ocupación: Trabaja

Escolaridad: Bachillerato

Nombre de la Madre: Sra. ♂ Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Eje 5 Predio la Antena

Teléfono:

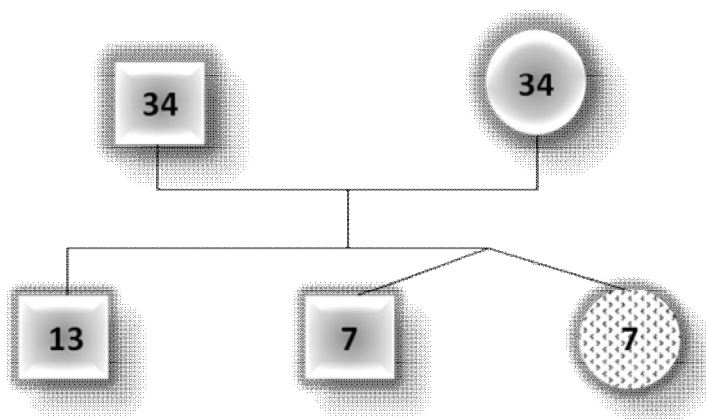
Dx:

En cuanto a su vivienda la familia ♂ refiere que es prestada y cuenta con el piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad, agua potable fuera de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; aparentemente no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud enfermedad de la familia ♂ refieren que no dedican un tiempo a realizar actividades recreativas o de algún deporte.

La familia ♂ cursa por un proceso de caries primer, segundo y tercer grado y proceso de obesidad, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presenten estas. La niña ♂ presenta el hábito de onicofagia.

El Tx. dental de la familia ♂ se interrumpió debido a que concluyeron las actividades del MOSEA se le dio una nueva cita cuando se reanuden las actividades.



FAMILIA: ε

Nombre del Alumno: Niño ε

Compromiso: 100%

Nombre del Padre: Sr. ε

Ocupación: Taxista

Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. ε

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Calle Francisco Fuentes

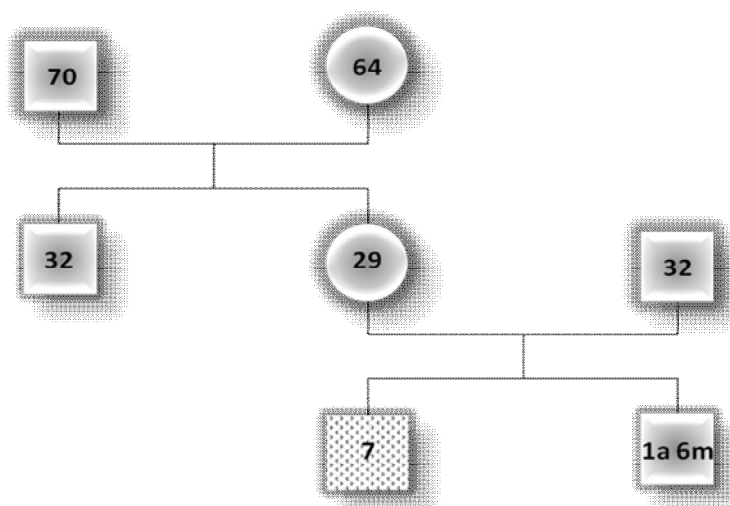
Teléfono: 5744xxxx

Dx:

La vivienda de familia ε es rentada cuenta con piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto, electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; aparentemente no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

La familia ε, cursa por varios procesos como lo es el de caries de primer, segundo y tercer grado, así también presentan hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis reumatoide, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presenten estos procesos.

El Tx. dental de la familia ε se vió interrumpido debido a que el niño ε presenta criptorquidia (falta de descenso testicular permanente desde el retroperitoneo al escroto en su trayecto de descenso normal), por lo cual fue intervenido quirúrgicamente para reubicar el testículo en el escroto a este procedimiento se le llama orquidopexia, y después de esto ya no asistió al Tx. dental.



FAMILIA: ζ

Nombre del Alumno: Niña ζ

Compromiso: 100 %

Nombre del Padre: Sr. ζ

Ocupación: Obrero

Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. ζ

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Eje 5 Campamento de la Antena

Teléfono: 552537xxxx

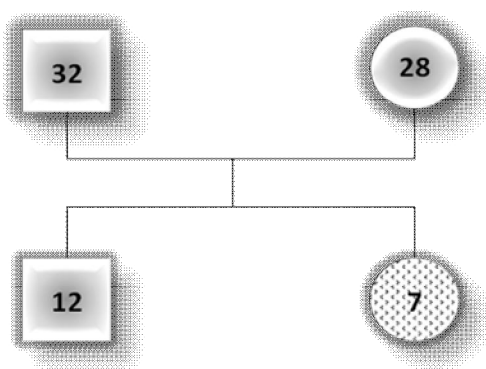
Dx:

En cuanto a su vivienda nos refiere que es asentamiento irregular el piso de cemento, muros de tabique, techo de lámina contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; aparentemente no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

El proceso salud-enfermedad de la familia ζ debido a que el Sr. ζ sufrió un asalto y lo lesionaron motivó que no realicen actividades recreativas, solo realizan las actividades deportivas de la escuela.

La familia ζ cursa por un proceso de caries de primer y segundo grado, así también cursan por otro proceso como lo es alergia a la penicilina.

El Tx. dental de la familia ζ se vio interrumpido debido a que el Sr. ζ sufrió un asalto y lo golpearon en la cabeza con una pistola causando una lesión, dejando graves secuelas entre ellas es que perdió la movilidad de piernas por lo que se encuentra en estado paralítico, teniendo como alternativa la intervención quirúrgica para realizarle una lobotomía (procedimiento quirúrgico realizado en los lóbulos frontales del cerebro; destrucción de las vías nerviosas sin extirpación y lobectomía cuando sí haya extirpación). Por lo que la Sra. ζ tiene que llevarlo al doctor por las mañanas y por las tardes se ocupa de atenderlo además de realizar las labores del hogar, por esto se le dificulta acudir al servicio dental.



FAMILIA: η

Nombre del Alumno: Niña η

Compromiso:

Niña η

Nombre del Padre: Sr. η

Ocupación:

Escolaridad:

Nombre de la Madre: Sra. η

Ocupación:

Escolaridad:

Domicilio: Art. 4º Iztapalapa

Teléfono: 2633xxxx

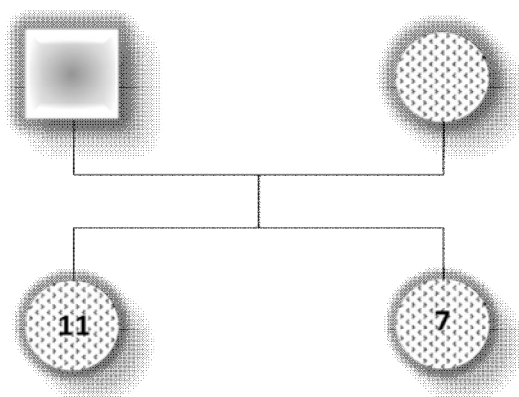
Dx:

En cuanto a su vivienda la familia η refirió ser propia, el piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad y agua potable fuera de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; aparentemente no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la Sra. η dedica tiempo a realizar zumba.

La familia η cursa por procesos de caries debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente esta, además de cursar por un proceso de adicción (tabaquismo).

El Tx. dental de la familia η debido a que concluyeron las actividades dentro del MOSEA se les indicó una nueva cita y así poder continuar con los tratamientos



FAMILIA: θ

Nombre del Alumno: Niño θ

Compromiso:

Nombre del Padre:

Ocupación:

Escolaridad:

Nombre de la Madre: Sra. θ Ocupación: Hogar Escolaridad: Secundaria

Domicilio: José del Río Santa Martha Acatitla

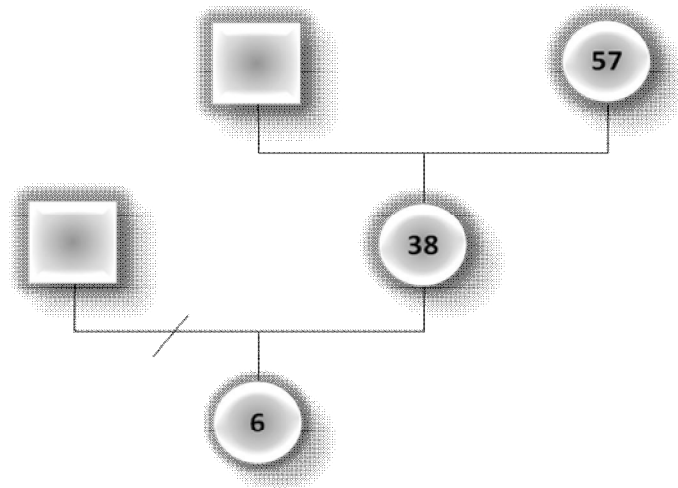
Teléfono: 5744xxxx

Dx:

Del proceso salud enfermedad de la familia θ es limitado debido a que la niña θ requiere de terapias, el tiempo libre lo dedican a estas.

La familia θ cursa por procesos de epilepsia, hipertensión arterial y así también por caries de primer, segundo y tercer grado.

El Tx. dental de la familia θ no se ha iniciado por el problema de la niña θ la Sra. θ nos refiere que es prioridad atender su proceso una vez que se encuentre mejor iniciará el Tx. dental porque si lo requiere pero se le dificulta atender los dos procesos al mismo tiempo.



FAMILIA: 1

Nombre del Alumno: Niña t_1

Compromiso: 100%

Niña t_2

Nombre del Padre: Sr. t_1 Ocupación: Comerciante Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. t_1 Ocupación: Comerciante Escolaridad: Primaria

Domicilio: Eje 5 Campamento la Antena

Teléfono:

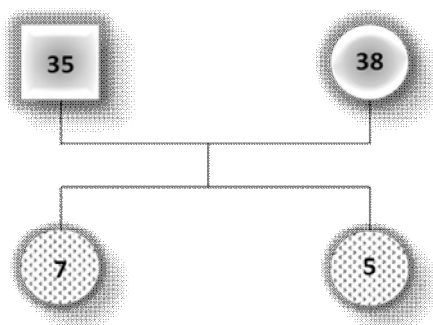
Dx:

En cuanto a su vivienda la familia t_1 refirió vivir en asentamiento irregular, con piso de cemento, muros de tabique, techo de lamina y contar con electricidad y agua potable fuera de la casa, describen tener baño sin regadera dentro de la casa; refiere que existe una grieta en la tierra por donde viven lo cual representa riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la familia t_1 se encuentra limitado debido a que la Sra. t_1 se dedica a trabajar gran parte del día: por la mañana vende cacahuates, nuez y pepita garapiñada, mientras las niñas t_1, t_2 se encuentran en la escuela, por la tarde, pone un puesto donde vende comida hasta casi la noche, motivo por el cual no le da tiempo de descansar o realizar actividades recreativas con su familia. El Sr. t_1 no ayuda económicamente por ese motivo tiene la necesidad de trabajar, para cubrir las necesidades básicas de vestido, alimentación, escolares, servicios básicos como agua y luz, servicios médicos, psicológicos y dentales; asimismo, de comprar la materia prima para seguir realizando los alimentos que le proveen a ella y su familia el sustento.

La familia t_1 cursa por procesos de enfermedad cariosa debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para qué se presente la caries, aunado al deficiente cepillado de dientes que es solo dos veces al día. Por otro lado la familia t_1 cursa el proceso de hipotensión además de existir otros procesos de enfermedad por los que cursan, tal es el caso de alergias (polvo y humedad) y soplo cardiaco dado que la etiología de esta enfermedad no indica si pudiera ser congénita o adquirida sabemos que requiere de cuidados y atención médica para no tener complicación durante su tratamiento.

Relacionado con el Tx. dental de la familia se les indico regresaran a finales de agosto para que se les asignará una nueva cita y así poder concluir con el mismo, lo anterior a consecuencia de que concluyeron las actividades dentro del MOSEA.



FAMILIA: κ

Nombre del Alumno: Niño κ_1

Compromiso: 100%

Niño κ_2

Nombre del Padre: Sr. κ Ocupación: Comerciante Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. κ Ocupación: Hogar Escolaridad: Técnica

Domicilio: Av. Republica Federal Sur

Teléfono: 5745xxxx / 551810xxxx

Dx:

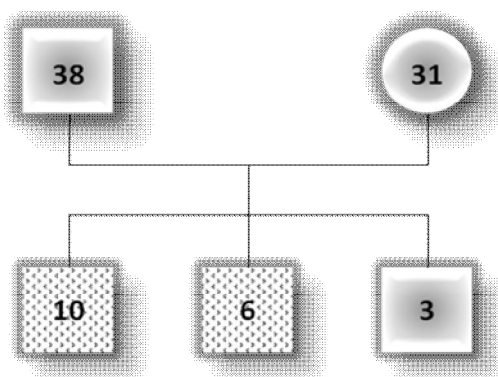
En cuanto a su vivienda la familia κ refirió vivir en arrendamiento (en casa de la familia de la Sra. κ), donde cuenta con piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto y cuenta con electricidad y agua potable dentro y fuera de la casa, describen tener baño con regadera dentro de la casa.

Del proceso salud-enfermedad de la familia κ decidió primero concluir el tratamiento dental de los niños κ_1 κ_2 para que posteriormente acudieran a clases de tae kwon do.

La familia κ , se dedica al comercio entre semana pero el dinero ya no les rinde para cubrir las necesidades básicas de vestido, alimentación, escuela, servicios básicos como agua y luz, asimismo para comprar la materia prima para seguir realizando los alimentos que le proveen a la familia el sustento.

La familia κ cursa por procesos de alergias, enfermedad cariosa de primer grado, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para qué esta presente, la técnica de cepillado no es la adecuada y el cepillado es deficiente solo lo realizan una o dos veces al día, presentan problemas de maloclusión leve. Por otro lado la familia κ cursa otro proceso la obesidad debido a que su alimentación es un factor riesgo para que esta se presente y de no tratarla o atenderla puede presentarse un proceso de enfermedad cardiovascular.

El Tx. dental de la familia κ concluyó ya que acudieron a la prevención y solo presentaban caries de primer grado, a los niños κ_1 κ_2 se les colocó selladores de fosetas y fisuras, se les indico que acudieran en seis meses a su revisión dental.



FAMILIA: λ

Nombre del Alumno: Niña λ

Compromiso:

Nombre del Padre: Sr. λ Ocupación: Chofer

Escolaridad:

Nombre de la Madre: Sra. λ Ocupación: Comerciante (postres y zapatos Price shoes®)

Escolaridad:

Domicilio: Miguel Domínguez Ejercito de Oriente

Teléfono: 553962xxxx

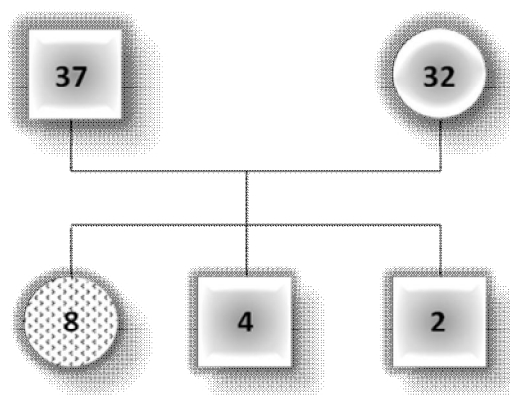
Dx:

En cuanto a su vivienda la familia λ refiere que esta propia, el piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud enfermedad de la familia λ se desconoce si realizan alguna actividad recreativa o que practiquen alguna actividad.

La familia λ cursa por un proceso de carioso, además de tener una deficiente higiene dental el cepillado lo realiza dos veces al día con una deficiente técnica dental.

El Tx. dental de la familia λ no ha sido concluido, se desconocen los motivos por los que ya no se continúo el Tx.



FAMILIA: μ

Nombre del Alumno: Niño μ

Compromiso:

Nombre del Padre: Sr. μ Ocupación: Promotor de ventas Escolaridad: Bachillerato

Nombre de la Madre: Sra. μ Ocupación: Hogar Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Calle Santiago Tapía Ejercito de Oriente

Teléfono: 4333xxxx

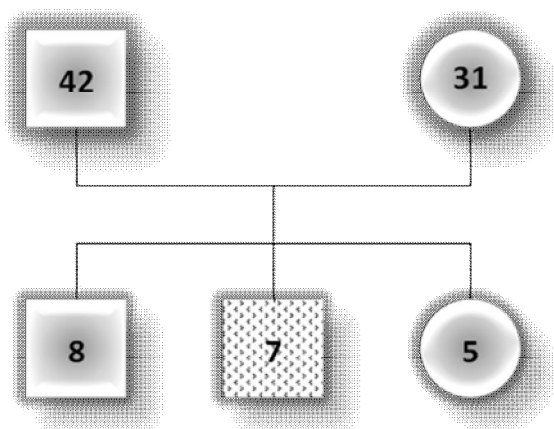
Dx:

En cuanto a su vivienda nos refiere que es rentada, el piso de la vivienda es de cemento, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad, agua potable fuera de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud enfermedad de la familia μ refieren que el niño μ practica (fútbol), no nos indican si realizan otras actividades para la recreación.

La familia μ cursa por procesos carioso de primer segundo y tercer grado, aunado a una deficiente higiene oral además de cursar por un proceso de obesidad debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presenten estos.

El Tx. dental de la familia μ se interrumpió debido a que la familia μ cursa por problemas económicos motivo por el cual la Sra. μ tuvo que entrar a trabajar, no cuenta con el apoyo de alguien que pueda llevar al niño μ al servicio dental.



FAMILIA: V

Nombre del Alumno: Niño v

Compromiso:

Nombre del Padre: Sr. v

Ocupación: Comerciante

Escolaridad: Primaria

Nombre de la Madre: Sra. v

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Primaria

Domicilio: José del Río

Teléfono: 553177xxxx

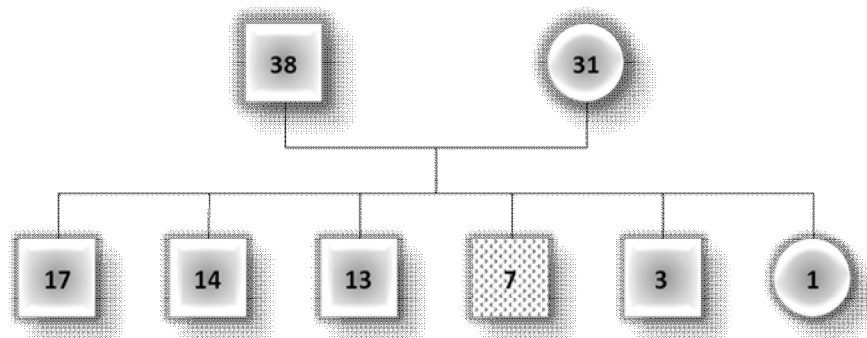
Dx:

En cuanto a donde vive la familia v es una zona de asentamiento irregular (campamento) donde el piso de la vivienda es de cemento, muros de tabique, techo de lamina contando con electricidad, agua potable fuera de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud enfermedad de la familia v no contamos con este dato.

La Familia v cursa por procesos carioso de primer, segundo y tercer grado, aunado a una deficiente higiene oral además la alimentación de la familia representa un factor de riesgo que favorece la aparición de esta.

El Tx. dental de la familia v se interrumpido se desconocen los motivos por los que abandono el tratamiento.



FAMILIA: ξ

Nombre del Alumno: Niña ξ_1

Compromiso:

Niña ξ_2

Nombre del Padre: Sr. ξ

Ocupación: Obrero

Escolaridad: Primaria

Nombre de la Madre: Sra. ξ

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Campamento la antena

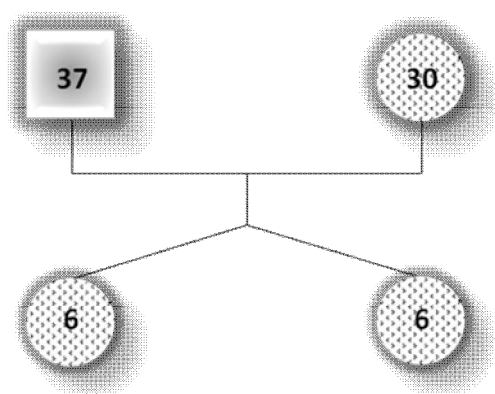
Teléfono:

Dx:

En cuanto al lugar donde viven refieren que es en asentamiento irregular en donde el piso de la vivienda es de cemento, los muros de tabique, techo de lamina contando con electricidad, agua potable fuera de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

La familia ξ cursa por procesos carioso de primer, segundo y tercer grado, asociado a una deficiente higiene oral ya que solo realizan el cepillado dos veces al día y la técnica de cepillado no es la adecuada, además de cursar por un proceso de adicción (tabaquismo).

El Tx. dental de la niña ξ_1 si se concluyó solo se le indicó que a los seis meses acudiera nuevamente a su revisión dental, en el caso de la niña ξ_2 y la Sra. ξ se les indico regresaran en agosto a que se les concretaran nueva cita para continuar el tratamiento debido a que las actividades dentro del MOSEA habían concluido.



FAMILIA: O

Nombre del Alumno: Niña o

Compromiso: 100 %

Nombre del Padre: Sr. o

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Primaria

Nombre de la Madre: Sra. o

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Primaria

Domicilio: Coyo Col. Xalpa

Teléfono: 5427xxxx

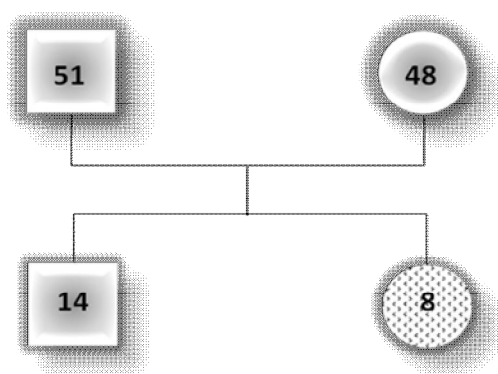
Dx:

En cuanto al lugar donde viven refieren es casa propia el piso de la vivienda es de cemento, los muros de tabique, techo de concreto, contando con electricidad, agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud enfermedad de la familia o no dedican tiempo a la recreación debido a que la Sra.o en el tiempo que tiene libre se dedica a vender zapato Price Shoes® y Tupperware®

La familia o cursa por procesos carioso de primer y segundo grado, asociado a una deficiente higiene oral ya que solo realizan el cepillado dos veces al día y la técnica de cepillado no es la adecuada.

El Tx. dental de la niña o se concluyó solo se le indicó que a los seis meses acudiera nuevamente a su revisión dental.



FAMILIA: π

Nombre del Alumno: Niño π

Compromiso: 100 %

Nombre del Padre: Sr. π

Ocupación: Comerciante

Escolaridad: Primaria

Nombre de la Madre: Sr \grave{a} . π

Ocupación: Comerciante (fruta)

Escolaridad: Primaria

Domicilio: Calle Inocencio Areola Col. Sta. Martha Acatitla

Teléfono: 2237xxxx

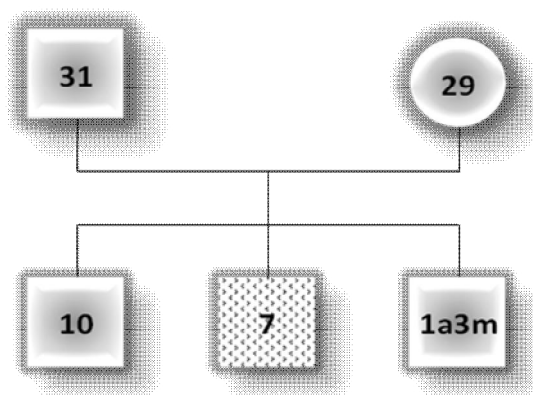
Dx:

El lugar donde vive la familia π es rentado, el piso de la vivienda es de mosaico, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad con agua potable dentro de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; no consideran que exista algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Respecto al proceso salud enfermedad de la familia π solo nos indica que los fines de semana practican futbol.

La Familia π cursa por procesos carioso de primer, segundo y tercer grado, aunado a una deficiente higiene oral además la alimentación de la familia representa un factor de riesgo que favorece la aparición de esta.

La familia π inició el Tx. dental se desconocen los motivos que ya no le permitieron continuarlo.



FAMILIA: ρ

Nombre del Alumno: Niña ρ

Compromiso: 60 %

Nombre del Padre: Sr. ρ Ocupación: Comerciante Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. ρ Ocupación: Comerciante Escolaridad: Preparatoria

Domicilio: Calle Santiago Tapía Ejercito de Oriente

Teléfono: 5745xxxx

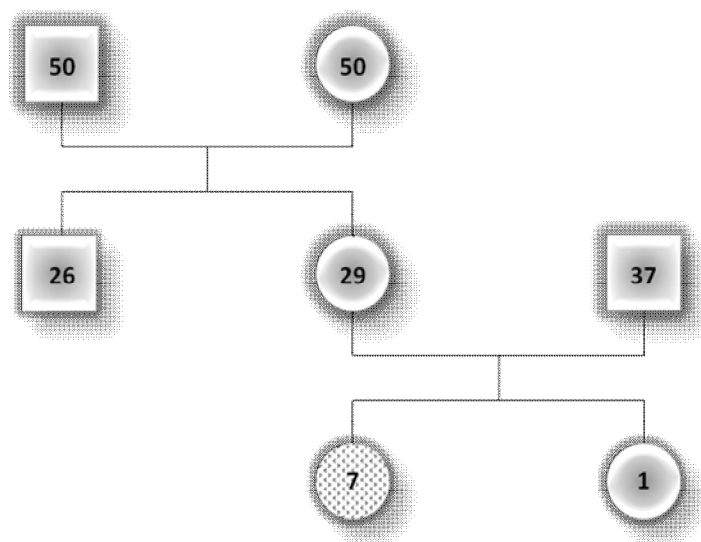
Dx:

La vivienda de la familia ρ es propia el piso es de cemento, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no consideran que exista algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Respecto al proceso salud enfermedad de la familia ρ no refiere que realicen actividades recreativas, solo la niña σ .realiza deporte en la clase de educación física.

La Familia ρ por el momento no cursa por ningún proceso, pero teniendo presente que su alimentación puede ser un factor de riesgo para que presente un proceso carioso aunado a una deficiente la higiene bucal, porque solo realiza cepillado de dientes dos veces al día con una inadecuada técnica dental.

La familia ρ concluyó satisfactoriamente el Tx. de la niña σ, acudieron a tiempo y solo se realizó tratamiento preventivo se les indicó que a los seis meses debe acudir a la revisión dental.



FAMILIA: σ

Nombre del Alumno: Niña σ

Compromiso: 100 %

Nombre del Padre: Sr. σ Ocupación: Descargador (de elote en central de abastos)

Escolaridad: Primaria

Nombre de la Madre: Sra. σ Ocupación: Pollería Escolaridad: Primaria

Domicilio: Santiago de la Vega Col. Sta. Martha Acatitla

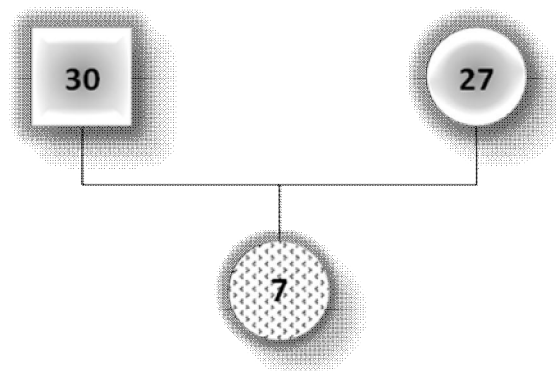
Teléfono:

Dx:

El lugar donde vive la familia σ es rentado, el piso de la vivienda es de cemento, muros de tabique, techo de lamina cuenta con electricidad, agua potable dentro de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; no consideran que exista algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

La Familia σ cursa por proceso carioso de segundo grado, aunado a una deficiente higiene oral, la alimentación de la familia representa un factor de riesgo que favorece la aparición de esta, además de presentar cursar por un proceso de adicción (tabaquismo).

La familia σ inicio el Tx. dental sin concluirlo se desconocen los motivos.



FAMILIA: τ

Nombre del Alumno: Niño τ

Compromiso: 100 %

Niña τ

Nombre del Padre:

Ocupación:

Escolaridad:

Nombre de la Madre: Sra. τ Ocupación: Comerciante Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Campamento de Ixcatlan Unidad Ejército de Oriente

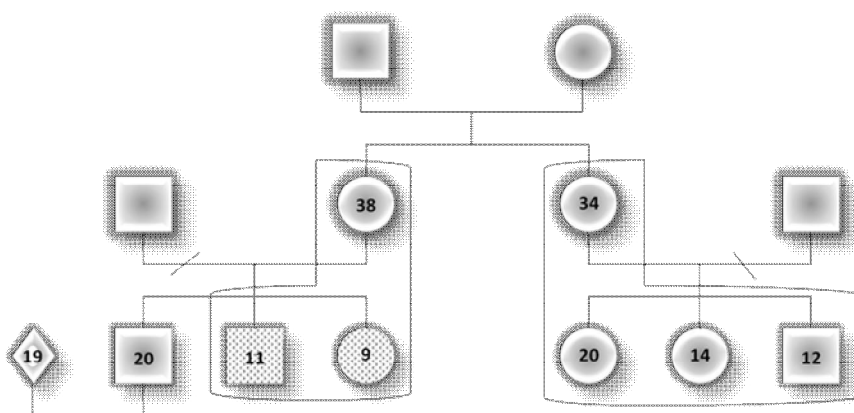
Teléfono:

Dx:

En cuanto a su vivienda refiere que es propia el piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; existen grietas en el piso y lo refieren como un riesgo ambiental en la zona pero no cree que esta pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la familia τ no refiere si dedican un tiempo a realizar actividades recreativas.

La familia τ cursa por un proceso de caries, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente esta, además de tener una deficiente higiene oral. El Tx. Dental de la familia se vio interrumpido debido a concluyeron las actividades en el MOSEA ejercito de oriente turno vespertino, por lo que se les indicó una nueva cita para cuando reanuden las



actividades y así puedan continuar el tratamiento.

FAMILIA: U

Nombre del Alumno: Niño U

Compromiso:

Nombre del Padre: Sr. U Ocupación: Transporte

Escolaridad: Preparatoria

Nombre de la Madre: Sra. U Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Av. Exploradores Ejercito de Oriente

Teléfono: 260xxxx

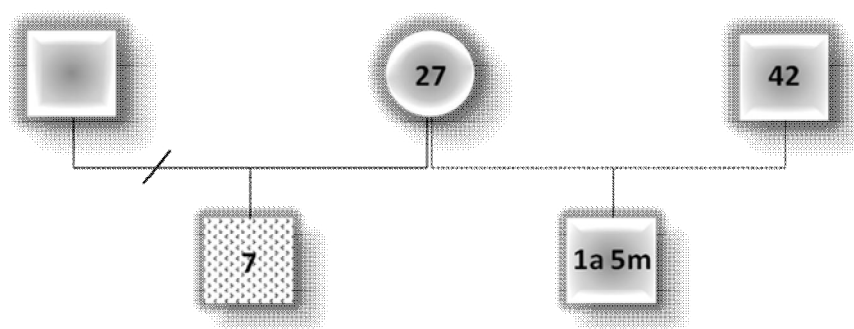
Dx:

En cuanto a su vivienda la familia U refiere que es rentada piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no identifican que exista algun riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la familia U no refiere dedicar un tiempo a realizar actividades recreativas, aunque la Sra. U reconoce seria necesario debido a que el niño U cursa por problemas de déficit de atención y conducta, y esto le ayudaría bastante.

La familia U cursa por un proceso de caries, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente esta además de presentar una deficiente técnica de cepillado, al niño U se le realizaron extracciones prematuras de dientes temporales lo que le afecto a la erupción de los dientes permanentes por lo que es necesario el tratamiento oportuno debido a que presenta caries de segundo y tercer grado para evitar extracciones que afecten más su articulación temporomandibular.

El Tx. dental de la familia U se interrumpido debido a concluyeron las actividades en el MOSEA por lo que se les indicó una nueva cita (pero se le dijo a la Sra. U que es muy importante que no abandone el tratamiento para que se atienda oportunamente y evitar un problema en el futuro) para cuando reanuden las actividades y así puedan continuar el tratamiento.



FAMILIA: φ

Nombre del Alumno: Niña φ

Compromiso:

Niño φ

Nombre del Padre: Sr. φ

Ocupación: Chofer

Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. φ

Ocupación: Estilista

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Fuente de Loreto Col. Ejército de agua prieta

Teléfono:

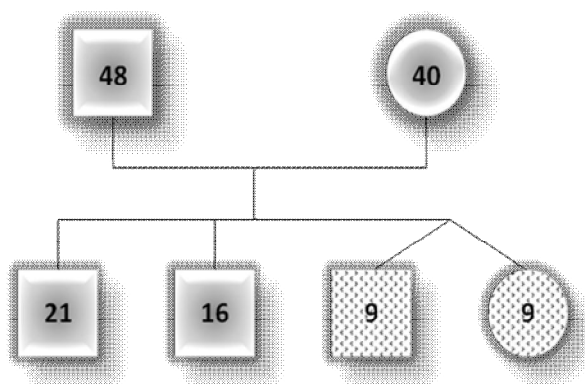
Dx:

En cuanto a su vivienda la familia φ refirió vivir en casa propia con piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad y agua potable dentro de la casa, tienen baño con regadera dentro de la casa; no refieren que exista algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la familia φ se encuentra limitado debido a que la Sra. φ es estilista y en un tiempo por las tardes se dedica a hacer pan y a venderlo, motivo por el cual no le da tiempo de descansar o realizar actividades recreativas con su familia. El Sr. φ es chofer también otra limitante para realizar actividades recreativas pero aún así se daba un tiempo para llevar a los niños φ al tratamiento dental.

La familia φ cursa por procesos de enfermedad cariosa debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente la caries, aunado al deficiente cepillado de dientes que es solo una vez al día; Por otro lado la familia φ cursa el proceso de maloclusión .

Relacionado con el Tx. dental de la familia φ se les indicó regresaran a una vez que reanuden actividades dentro MOSEA Ejército de Oriente turno vespertino, para continuar y concluir el tratamiento.



FAMILIA: χ

Nombre del Alumno: Niño χ

Compromiso: 100%

Nombre del Padre: Sr. χ Ocupación: Comerciante Escolaridad: Preparatoria

Nombre de la Madre: Sra. χ Ocupación: Hogar Escolaridad: Universidad

Domicilio: Pantaleón García Col. Ejercito de oriente 3ª Secc.

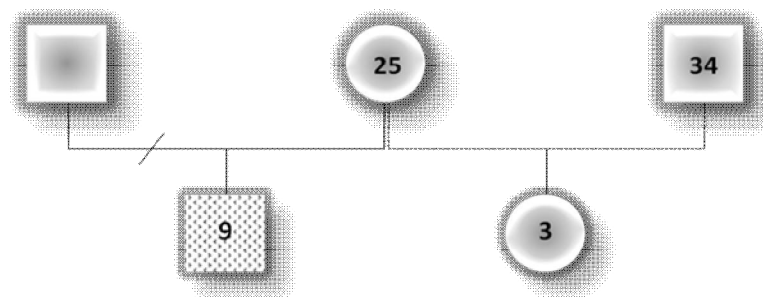
Teléfono:

Dx:

El lugar donde vive la familia χ es rentado, el piso de la vivienda es de mosaico, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad con agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no consideran que exista algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

La Familia χ cursa por procesos carioso de segundo grado, aunado a una deficiente higiene oral realiza el cepillado de una a dos veces al día, además la alimentación de la familia representa un factor de riesgo que favorece la aparición de esta. Entre otros procesos por los que cursan la familia χ es la de las adicciones así también por la hipertensión arterial. En particular la niña χ presenta una luxación y displasia de la cadera, y la Sra. χ tiene una hernia inguinal que requiere operación por lo que ella dice someterse al tratamiento lo más pronto posible.

La familia χ inicio el Tx. dental y lo concluyó satisfactoriamente en seis sesiones, se le indicó que acuda a su revisión dental a los seis meses.



FAMILIA: ψ

Nombre del Alumno: Niña ψ

Compromiso: 100%

Niño ψ

Nombre del Padre:

Ocupación:

Escolaridad:

Nombre de la Madre: Sra. ψ Ocupación: Salón de eventos fin de semana

Escolaridad: Primaria

Domicilio: Inocencio Arreola Ampliación Sta Martha

Teléfono: 1552xxxx

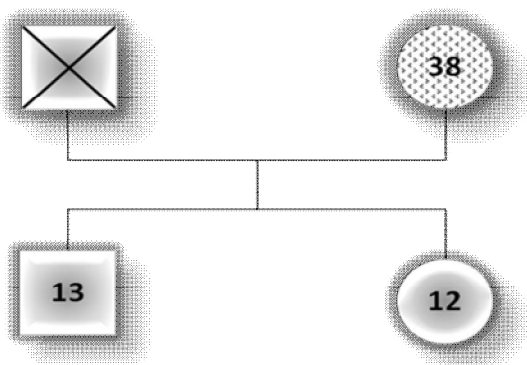
Dx:

La vivienda de la familia ψ es propia el piso es de cemento, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no consideran que exista algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Respecto al proceso salud-enfermedad de la familia ψ no realizan actividades recreativas, no tiene tiempo para realizar alguna actividad los niños ψ solo realizan actividades deportivas dentro de la escuela.

La Familia ψ cursa por un proceso carioso teniendo presente que su alimentación puede ser un factor de riesgo para que esta se presente, aunado a una inadecuada técnica dental. A demás de cursar por otros procesos como lo es la diabetes mellitus e hipertensión arterial con control médico, y el proceso de adicción al tabaquismo.

El Tx. de la Sra. ψ se llevó mucho tiempo debido a que se le complicaba continuar el tratamiento, dejaba de asistir por diversos factores, regresaba a continuarlo pero al final se concluyó satisfactoriamente, por lo que solo resto indicarle que a los seis meses debe acudir a la revisión dental.



FAMILIA: ω

Nombre del Alumno: Niño ω

Compromiso:

Nombre del Padre: Sr. ω

Ocupación: Taxista

Escolaridad: Preparatoria

Nombre de la Madre: Sra. ω

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: José del Río Col. Sta. Martha Acatitla

Teléfono: 5745xxxx

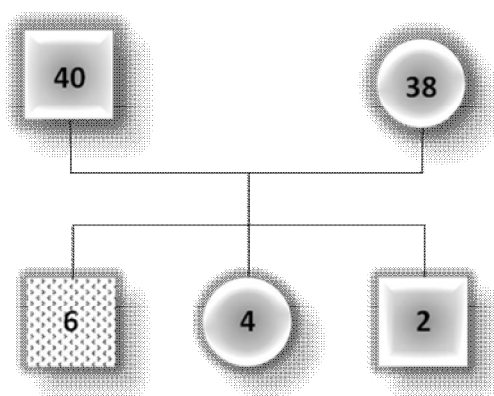
Dx:

En cuanto la familia ω refirió vivir en casa rentada con piso de cemento, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad y agua potable dentro de la casa, tienen baño sin regadera dentro de la casa; no refieren que exista algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

El proceso salud-enfermedad de la familia ω no refieren realizar actividades de recreación

La familia ω cursa por procesos de enfermedad cariosa de primer y tercer grado debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para qué se presente esta, aunado a la deficiente técnica de cepillado de dientes que realizan, solo realizan el cepillado una vez al día; Por otro lado la familia ω cursa el proceso de crisis convulsivas y problemas a nivel de plaquetas.

Por lo que respecta al Tx. dental de la familia ω no se pudo concluir debido a que concluyeron las actividades dentro del MOSEA y se les indicó regresaran cuando reanuden las actividades para continuar y sí concluir el tratamiento.



FAMILIA: f

Nombre del Alumno: Niño f

Compromiso:

Nombre del Padre: Sr. f Ocupación: Obrero (supervisor)

Escolaridad:

Nombre de la Madre: Sra. f Ocupación: Hogar

Escolaridad:

Domicilio: José del Río Col. Sta. Martha Acatitla

Teléfono: 5745xxxx

Dx:

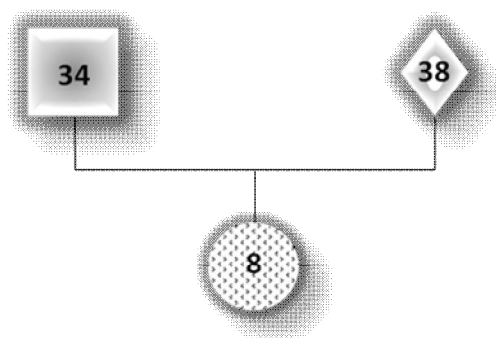
La vivienda de la familia f es propia donde el piso es de cemento y en unos cuartos de mosaico, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

En cuanto al proceso salud-enfermedad de la niña f solo practica educación física en la escuela.

La familia f cursa por un proceso de caries de primer, segundo y tercer grado, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente esta; además de tener una deficiente higiene oral también y una inadecuada técnica de cepillado además de presentar gingivitis generalizada.

El Tx. dental de la niña f fue un poco tardado debido a que cursaba por un trauma causado por su dentista particular (maltrato psicológico), por lo que teníamos que tomar algunas medidas para que recobrara la confianza y se dejara atender.

Otro factor importante por el cual no se pudo concluir el Tx. fue debido a que la Sra. f se encontraba en el tercer trimestre de embarazo por lo que dificultó el tratamiento odontológico de la niña f, una vez que se reanuden las actividades en MOSEA ejercito de Oriente turno vespertino se buscara a la Sra. f para pactar una nueva cita para que continué el tratamiento ya que se pudo avanzar mucho se logro ganar la confianza de la niña f y así poder atenderla sin mayor problema, es necesario concluir el tratamiento solo faltaban dos sesiones para concluirlo.



FAMILIA: ζ

Nombre del Alumno: Niño ζ

Compromiso:

Nombre del Padre: Sr. ζ

Ocupación: Comerciante

Escolaridad: Primaria

Nombre de la Madre: Sra. ζ

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Primaria

Domicilio: Brigada Carbajal Col. Ejercito de Oriente

Teléfono: 5773xxxx

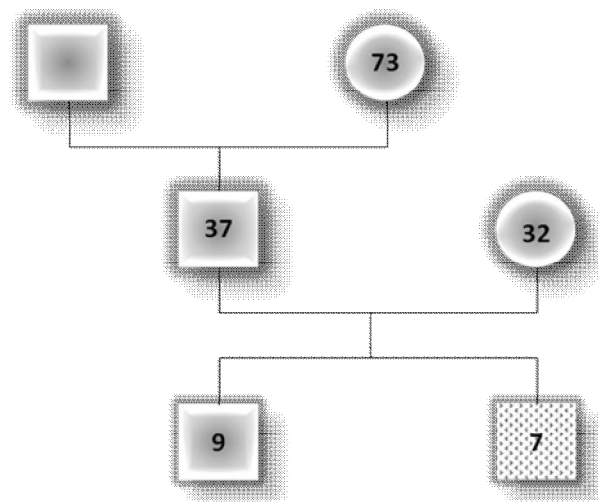
Dx:

La vivienda de la familia ζ es rentada el piso es de cemento, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no consideran que exista algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Respecto al proceso salud-enfermedad los niños ζ practican futbol.

La Familia ζ cursa por un proceso carioso de primer y segundo grado, asociado a una inadecuada técnica de cepillado dental. Otro proceso por el que cursa la familia es la diabetes mellitus.

La familia ζ se desconocen los motivos que no les permitió continuar con el Tx., pero se llamara a la Sra. ζ para pactar una nueva cita para que continúen con el tratamiento del niño ζ.



FAMILIA: p

Nombre del Alumno: Niña p

Compromiso:

Nombre del Padre:

Ocupación:

Escolaridad:

Nombre de la Madre: Sra. p

Ocupación: Demostradora de vinos

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Calle Santiago Pou Ejercito de Oriente

Teléfono: 553658xxxx

Dx:

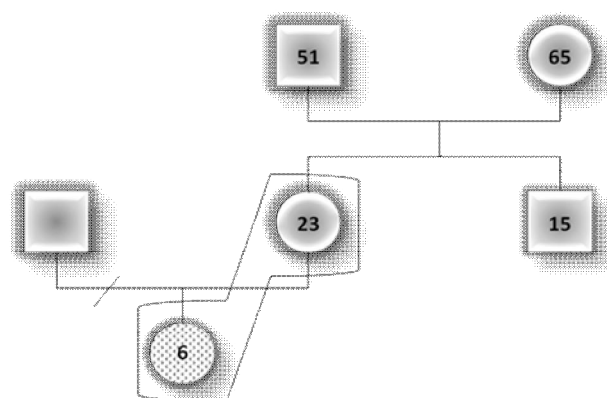
La vivienda de la familia p es propia donde el piso es de cemento, muros de tabique, techo de concreto contando con electricidad y agua potable dentro de la casa, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la familia p solo nos refieren que la niña p solo practica educación física en la escuela.

La familia p cursa por un proceso de caries de primer, segundo y tercer grado, debido a que su alimentación representa un factor de riesgo para que se presente esta; además de tener una deficiente higiene oral y una inadecuada técnica de cepillado. Además de cursar por otro proceso de diabetes mellitus.

El Tx. dental de la niña p solo lo iniciaron pero ya no lo continuaron debido a que la niña presenta déficit de atención por lo que deben acudir a tomar clase con ella, además de que la Sra. p tenía que participar en diversas actividades que realizaban en la escuela donde tenían que participar las jefas de familia.

Una vez que se reanuden las actividades en el MOSEA Ejército de Oriente turno vespertino se buscará a la Sra. p para que continúe y concluya el Tx. de la niña p.



FAMILIA: Q

Nombre del Alumno: Niño Q

Compromiso: 100%

Nombre del Padre: Sr. Q Ocupación: Cargador

Escolaridad: Secundaria

Nombre de la Madre: Sra. Q₁ Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Brigada Álvarez Ejercito de Oriente 2ª Secc.

Teléfono: 577xxxx

Tutora: Sra. Q₂

* Vive con 3 familias más.

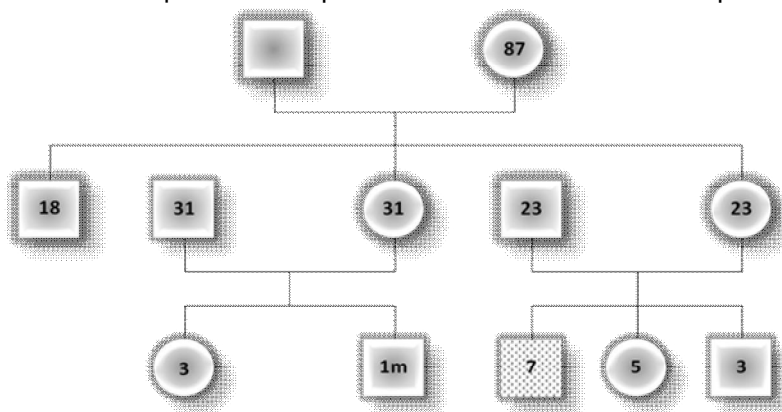
Dx:

La vivienda de la familia Q es una zona de asentamiento irregular (campamento) donde el piso de la vivienda es de cemento, muros de tabique, techo de lamina contando con electricidad, agua potable fuera de la casa, cuentan con baño sin regadera dentro de la casa; no existe algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Del proceso salud-enfermedad de la familia Q no hay información.

La Familia Q cursa por procesos carioso de primer, segundo y tercer grado, aunado a una deficiente higiene oral además la alimentación de la familia representa un factor de riesgo que favorece la aparición de esta.

El Tx. dental de la familia Q se interrumpió se desconocen los motivos por los que abandonó el tratamiento.



FAMILIA: Q

Nombre del Alumno: Niña Q

Compromiso: 100%

Nombre del Padre:

Ocupación:

Escolaridad:

Nombre de la Madre Sra. Q₁

Ocupación:

Escolaridad:

Nombre de la Madre Sra. Q₂

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Preparatoria

Comerciante (venta de zapatos Price Shoes®)

Domicilio: Cerrada María Aztahuacan

Teléfono:

Dx:

La vivienda de la familia Q es propia el piso es de cemento, muros de tabique, techo de concreto cuenta con electricidad, cuentan con baño con regadera dentro de la casa; no consideran que exista algún riesgo ambiental en la zona que pueda afectar la salud de la familia.

Respecto al proceso salud-enfermedad de la familia Q nos refiere que la niña Q solo practica el deporte que realiza en la primaria, el motivo es que la Sra. Q₂ es su abuelita pero la Sra. Q₁ la abandono desde pequeña y como la Sra. Q₂ se dedica a vender zapato y no le da tiempo de realizar actividades de recreación y aparte del tiempo el factor de dinero se lo impide.

La Familia Q cursa por un proceso cariioso de primer y segundo grado, asociado a una inadecuada técnica de cepillado dental.

La familia Q inicio el Tx. de la niña Q, no se pudo continuar debido a que concluyeron actividades en el MOSEA Ejército de Oriente turno vespertino se le indicó que regresara una vez que reanuden las actividades

