



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PROPUESTA DE PROGRAMA DE SALUD  
BUCODENTAL EN NIÑOS INDÍGENAS: EL CASO DE  
MIGUEL UTRILLA (LOS CHORROS), CHIAPAS.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

HUGO GERARDO CAMPOS SÁNCHEZ.

TUTORA: Mtra. OLIVIA ESPINOSA VÁZQUEZ.

ASESOR: Mtro. HÉCTOR ORTEGA HERRERA.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Dios por darme la vida, que siempre está a mi lado cuidándome, por otorgarme la oportunidad de tener una familia maravillosa que siempre me apoya, darme la facultad de poder estudiar lo que más amo y me apasiona.

A mis padres Rosa y Gerardo y a mi hermano Daniel Eduardo, por apoyarme en todo; por estar en las buenas y en las malas, siendo siempre mis incondicionales, el impulso y mi motivación para lograr mis metas, sin ellos no estaría a donde he logrado llegar, gracias por otorgarme el don de la vida.

A mi tío Daniel, que desde pequeño siempre he contado con él. Que sin su apoyo no hubiese terminado mi carrera; sus consejos y su cariño me tienen en donde estoy. En serio y de todo corazón. ¡Gracias!

A mis abuelos Bertha y Daniel, y mis tíos Juan, Ely y Jaime por estar siempre conmigo, por darme buenos consejos y guiarme en este camino.

A mi novia Karen Anaid, que ha estado conmigo en las buenas y en las malas, apoyándome en todo, compartiendo la vida profesional y que me impulsa en todo momento a seguir luchando por un futuro prometedor.

Lupita, prima hermana: gracias por apoyarme. Tus conocimientos y enseñanzas son parte fundamental de mi vida profesional.

A mi amiga y tutora Olivia: te agradezco tu sabiduría, tu experiencia, tus consejos, tu paciencia, tu apoyo en mi realización profesional, además de inculcarme el espíritu de apoyo hacia mis hermanos indígenas. ¡En serio muchas gracias!

A cada uno de los doctores del seminario, en particular a las doctoras. Claudia Tochijara y Ángeles Mondragón por su paciencia, dedicación y enseñanza, han fortalecido en mí la pasión por la Odontopediatría.

A cada uno de mis profesores, que me otorgaron sus conocimientos y deseos por seguir aprendiendo: la Dra. Rosy Góngora, Dra. Luz María Saavedra, Dr. Roberto Mora, Dr. Alejandro Hinojosa, Dra. Arcelia Ramírez y Dr. Héctor Ortega. Gracias por mostrarme que la odontología es un universo maravilloso.

A todos mis amigos y compañeros que compartieron conmigo esta maravillosa carrera, en especial a Karen Retana, Karla Díaz, Brigitte Hernández, Gaby Gallardo, Berenice Fregoso, Gaby Belmont; gracias por su amistad incondicional.

A mis amigos del servicio social, que me hicieron pasar un año de lo mejor. Almita, Lunita, Cecilia, Biridiana, Nohemí y Miguel. ¡Gracias amigos!

A mis amigos brigadistas y sus grandes organizadores: Pastor Sergio Ulloa y Dr. Raúl Rivera, gracia por brindarme la oportunidad de pertenecer a un gran grupo de seres humanos.

A la gloriosa Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater.

Esta tesina es la culminación de un gran logro en la vida, soy afortunado por esta maravillosa oportunidad.

## ÍNDICE

Introducción.....	2
1.-Problemática De Salud En Chiapas.....	5
1.1 Sistema De Salud En Chiapas .....	8
1.2 Estructura Del Sistema De Salud Autónomo Zapatista. ....	12
1.3 Alteraciones Bucodentales: Un Problema De Salud Pública En Chiapas. .....	15
2.-Descripción De San Pedro Chenalhó Y Su Localidad De Miguel Utrilla (Los Chorros).....	17
2.1 Perfil Sociodemográfico.....	21
2.2 Tradiciones Y Costumbres Relacionadas Con La Salud Bucal. ....	23
2.3 Salud Y Nutrición.....	25
2.4 Miguel Utrilla (Los Chorros).....	27
3- Propuesta Del Programa De Salud Bucodental En Niños Indígenas.....	31
3.1 Educación Bucal En Niños Indígenas.....	33
3.2 Prevencion Bucal.....	36
3.3 Tratamientos Bucales.....	37
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	41

## **INTRODUCCIÓN.**

Chiapas es un estado con una vasta diversidad multicultural. Su composición social y demográfica es tal, que posee un gran porcentaje de población indígena.

El estado ha tenido conflictos políticos severos, que ha hecho que su situación socioeconómica y política decaigan; ejemplo claro de ello fue el surgimiento y levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en enero de 1994 como protesta a la globalización y a la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio (TLC), firmado por México, Estados Unidos y Canadá. Debido al historial de crímenes, injusticias, desigualdades, abusos sociales y políticos hacia las comunidades indígenas en este estado, las condiciones de salud, la marginación y la desnutrición se exacerban exponencialmente. De manera particular, la inequidad en la salud en las comunidades indígenas, es un claro ejemplo de la desigualdad que hay en la sociedad.

Es precisamente el EZLN, quien, a partir del conflicto de 1994, crea un sistema de salud alternativo para atender a la población indígena, capacitando a habitantes de la misma comunidad como promotores de salud, para contrarrestar la gran problemática públicamente conocida. Pero tal sistema no es suficiente, ni la solución a estos y otros problemas que aquejan a la población indígena en México.

El problema radica, entre varias razones, en la falta de interés de autoridades por los más pobres, quienes son marginados socialmente y que son, en muchos aspectos, los representantes de nuestra cultura, de nuestra historia y de lo que nos caracteriza como nación.

Esta falta de interés se ve reflejada, entre otros aspectos, por una ausencia de atención de la salud por parte del sistema nacional de salud, dejando esta responsabilidad a instancias de beneficencia interesadas en estas comunidades o a los mismos habitantes como lo ya señalado respecto a la creación del sistema de salud autónomo creado por los zapatistas.

Como ha sido reportado, las enfermedades bucales, tales como la caries, enfermedades periodontales y maloclusiones se consideran un problema de salud pública a nivel internacional, sobre todo en los países de América Latina, En México no es la excepción. Se han creado programas de salud bucodental para contrarrestar estas enfermedades a nivel nacional; lamentablemente, las condiciones anteriormente descritas, hacen que los individuos de las comunidades indígenas tengan una gran desventaja en su calidad de vida, esto da como resultado, malas condiciones de salud bucal. Es aquí donde actores como autoridades, profesionales y los mismos integrantes de la comunidad líderes de las mismas y que tienen conciencia de la problemática deben jugar un papel clave en la implementación de un programa de salud bucal acorde al contexto y a las necesidades de una determinada población o comunidad., Respecto al papel del profesional de la salud bucodental en la implementación de estos programas, es fundamental que el odontólogo conozca sobre las necesidades, alcances y limitantes de la población, para que de esta manera, pueda intervenir adecuadamente, con ética y responsabilidad social, así se podrán elegir las mejores decisiones en la elaboración de actividades encaminadas a la promoción de la salud y brindar una atención odontológica adecuada.

Por todo lo anterior y con base en la experiencia del autor de este trabajo en los dos últimos años, de haber podido asistir a una brigada médica y odontológica en la región de los Altos de Chiapas, sumado a la experiencia de haber realizado el servicio social en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, es que surge el interés de poder hacer una aportación significativa a dicha localidad llamada Miguel Utrilla (Los Chorros), ubicada en el municipio de Chenalhó en el estado de Chiapas, la cual es el reflejo de la realidad que vive una gran parte del país. Las condiciones de desigualdad, marginación y pobreza alimentaria han dado como resultado un grave problema de salud en la población, afectando principalmente a los niños de esta localidad.

En este trabajo se hace una revisión bibliográfica de la problemática actual de salud bucodental en Chiapas; se presenta una descripción del



municipio de San Pedro Chenalhó, sus tradiciones y costumbres, pues de este modo sería posible realizar una propuesta adecuada a su contexto. Posteriormente se describe a la comunidad de Los Chorros, como habitualmente se conoce, para dar paso a la propuesta del programa de salud bucodental enfocado al grupo etario infantil de esta comunidad.

Por último se presentan las conclusiones, así como las recomendaciones de esta revisión bibliográfica.

## 1.-PROBLEMÁTICA DE SALUD EN CHIAPAS.

En México, la situación de salud en general es muy precaria; las condiciones de pobreza y marginación hacen que los alcances de los servicios de salud sean insuficientes, la ayuda no llega a las comunidades que más lo necesitan, inclusive no sólo en salud, sino también en educación, trabajo y alimentación.

Particularmente, los estados con mayor pobreza son algunos de los ubicados en el sureste del país: Chiapas, Oaxaca, Guerrero<sup>1</sup>

Chiapas cuenta con una población de 3,920,892 habitantes ocupando actualmente uno de los últimos lugares en cuanto a la estructura sanitaria. Posee gran riqueza petrolera; se extrae el 21% del petróleo nacional (México es el quinto productor de petróleo a nivel mundial); Asimismo, en Chiapas se genera el 55% de la energía eléctrica nacional misma que se exporta a Centroamérica; se produce el 47% del gas nacional, así como recursos forestales y agrícolas. Sin embargo, es el estado que presenta los índices de pobreza y marginación más elevados, sobre todo en los municipios de mayor población indígena.<sup>2</sup>

El porcentaje de población indígena en el estado de Chiapas es de un 51%, por un 49% de población urbana. Del porcentaje de población indígena<sup>3</sup> (Aproximadamente el 30%) pertenece a las etnias Tzotziles, Tzeltales, Lacandones, Zoques y Choles, ubicados en la región de los Altos y la Selva Chiapaneca, pertenecientes a la región V, de la división económica creada en 2011 por el INEGI.<sup>4</sup> (Figura 1)

---

<sup>1</sup>Índice de Pobreza Humana (IPH-1) 2000 PNUD, México 2003

<sup>2</sup> Censo poblacional Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Chiapas 2000, [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

<sup>3</sup><http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=07>

<sup>4</sup>Geografía del Estado de Chiapas. 25 Junio 2011.Disponible: [http://geochiapas.blogspot.mx/2011\\_06\\_01\\_archive.html](http://geochiapas.blogspot.mx/2011_06_01_archive.html)

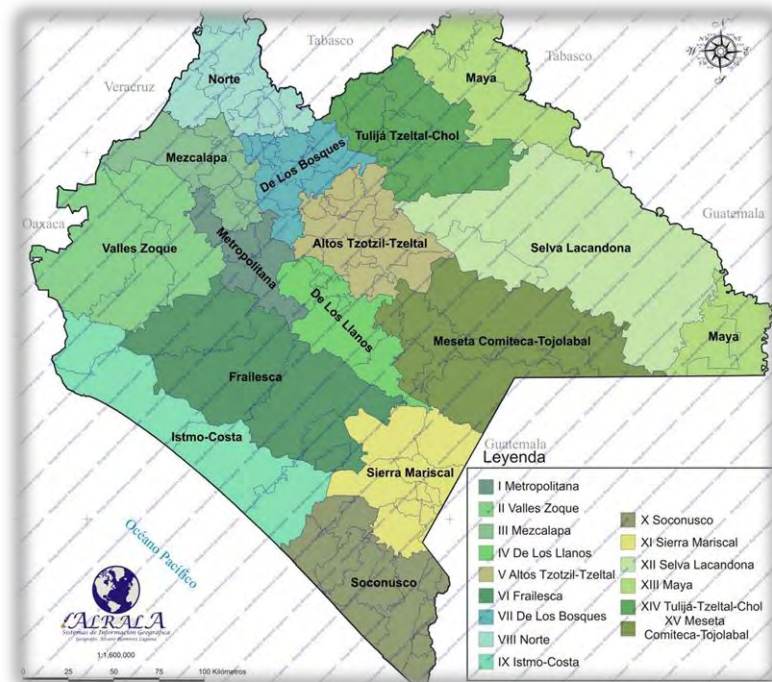


Figura 1. Distribución de la población chiapaneca.<sup>5</sup>

La población en México se ha distinguido por su diversidad étnica, por desgracia hay poca información que permita identificar y ubicar con exactitud a este grupo poblacional, lo cual dificulta el estudio de su problemática. Sin embargo, se sabe que los grupos indígenas en México por lo general viven en condiciones precarias en materia de educación, vivienda y servicios.

La desigualdad social influye determinantemente en la salud. Según Diderichen expresado en el artículo de Beatriz Zurita<sup>6</sup> en 2001 señala que, el estado de salud está influido por la posición social de los individuos y el contexto que los rodea.

En la década de los cincuenta del siglo pasado, la política indigenista de Lázaro Cárdenas tenía entre sus ejes principales la no exclusión de los pueblos indigenistas; el Instituto Nacional Indigenista (INI) pretendió canalizar algunas

<sup>5</sup> Municipios del estado de Chiapas. Tomado de:  
<http://www.nodo50.org/pchiapas/chiapas/mapas/etnias.gif>

<sup>6</sup> Zurita B. Lozano F. Desigualdad e inequidad en la salud. Caleidoscopio de la salud. 2001.p.30

propuestas a favor de los indígenas, las cuales se orientaron hacia la creación de escuelas, clínicas y campañas de vacunación de las comunidades.<sup>7</sup>

Como ya se ha mencionado, Chiapas es una de las regiones más pobres de México, se sabe que cerca del 25% de la población –aproximadamente un millón de personas- no cuenta con acceso a servicios de salud en su mayoría indígenas. Específicamente en la zona de Los Altos, no hay presencia de las instituciones públicas de salud y pocas personas se encuentran afiliadas a algún régimen subsidiado de salud.<sup>8</sup>

Debido a este problema de falta de atención médica, la mayoría de los casos de enfermedades son asistidos con opciones denominadas “populares”, en las que se incluye la autoatención, el cuidado familiar, los grupos de autoayuda (SSAZ) (Figura 2), los representantes religiosos, los curanderos, entre otros; a esto se le conoce como pluralismo médico, entendido como “la capacidad que tienen los grupos, para utilizar indistintamente y en más de una forma la posible solución o atención a sus padecimientos”<sup>9</sup>



Figura 2 Clínica de Autoayuda.<sup>10</sup>

Los desplazamientos forzados han ejercido un cambio en las prácticas socioculturales de las personas como es el caso de la zona norte, quienes se

<sup>7</sup>Tibaduiza. Y. ¿Y a mí quién me cura? Terapeutas de la salud en la zona norte de San Cristobal de las Casas. Chiapas México. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia. Vol. 25. Núm. 42. 2011. p. 85-97

<sup>8</sup>Cuevas. J. “Salud y Autonomía: el caso de Chiapas”, En Health Systems Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, WHO, Marzo 2007, p.8

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup>[www.enlacecivil.org.mx](http://www.enlacecivil.org.mx)

han tenido que adaptar a nuevos contextos tanto en educación como en salud, tal y como se verá en el siguiente capítulo.

### **1.1 SISTEMA DE SALUD EN CHIAPAS**

Las estructuras de salud en Chiapas son insuficientes y se toma en cuenta como indicador al municipio de Palenque, que cuenta con 679 localidades menores de 5000 habitantes y 26 unidades médicas de primer nivel, esto significa que por cada 25 localidades hay una unidad médica<sup>11</sup>.

Por lo tanto se demuestra que en los lugares con menor acceso y mayor dificultad de desplazamiento de la población es determinante que muchas localidades quedan desprotegidas en cuestiones de salud.

Debido al difícil acceso de atención médica en Chiapas, las condiciones de salud son muy precarias, aún más en la región de Los Altos donde la situación es realmente de pobreza extrema y marginación.

Amoroz<sup>12</sup> en su artículo menciona un reporte realizado en esta región de Los Altos, donde se observaron las condiciones de salud que presenta el lugar y las opiniones de las personas ante los servicios de salud que se llegan a presentar, afirmando lo siguiente:

- ✓ Manifiestan recibir regañones constantes y malos tratos por parte del personal de salud. Se quejan de que constantemente se les amenaza con quitarles los beneficios de programas, principalmente de Oportunidades si no asisten a la clínica o si no participan en reuniones. De manera específica se mencionó que las mujeres sienten que se les amenaza si no asisten a que se les tome un frotis de cérvix uterino para la prueba de Papanicolau o aceptan métodos de planificación familiar.

---

<sup>11</sup> Censo poblacional Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Chiapas 2000, [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

<sup>12</sup> Amoro, I. El derecho a las comunidades indígenas en el estado de Chiapas. [Internet]. Rev. Pueblos y Fronteras Dig. 2013. Disponible en: [http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art\\_01.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art_01.html)

- ✓ Problemas de comunicación. Se quejan de que no se les explican bien los programas ni las acciones que se realizan. Con gran frecuencia se mencionó la vacunación y la falta de claridad de la población sobre los cambios en el esquema, la frecuencia y la vía de administración de las vacunas.
- ✓ Se menciona con mucha frecuencia que no hay traductores y que el personal de salud no sabe la lengua local ni se esfuerza por hacerse entender.
- ✓ Falta de medicamentos. Se menciona la falta de medicamentos como una de las mayores deficiencias de los servicios.
- ✓ La poca permanencia de los médicos en la localidad: Llegan sólo tres o cuatro días a semana, llegan tarde y se van temprano, se mencionó que estos nunca se encuentran por las tardes y las noches, que es cuando tienen emergencias o cuando se producen las muertes.
- ✓ Ocho comunidades no tienen servicio de salud. Son visitadas un día al mes, durante algunas horas por una unidad móvil. La población tiene que desplazarse, algunas a pie por más de dos horas para recibir atención.
- ✓ En todas las localidades la población se interesa mucho por conocer más acerca de sus derechos, así como por saber cómo y dónde recurrir en caso de problemas o complicaciones.<sup>13</sup>

El panorama es desolador, existe una gran discriminación del personal de salud hacia la población, no se cuenta con la información suficiente, para que las personas puedan atender sus quejas, además de que la ignorancia y la diferencia de lenguaje juegan un papel fundamental en ello. La falta de infraestructura tanto en comunicación como en transportes hace más difícil la atención en cuestiones de salud; la inversión de más de la mitad de las ganancias de cada familia en la compra de medicamentos, debido a que no los hay gratuitamente, y la aparición de enfermedades con mayor relevancia como la hipertensión y la diabetes, así como infecciones por contaminación de agua y

---

<sup>13</sup>Reporte sobre el proceso de devolución de la información del Informe Pueblos excluidos. Comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, Documento interno, CCESC. Abril, 2007.

del ambiente, son solamente algunas de las causas por las cuales la población indígena está en muy malas condiciones de salud.

La falta de servicios de salud es también el resultado de los conflictos socio-políticos que ha enfrentado este estado a lo largo de su historia, ejemplo de ello son los conflictos suscitados en Acteal, los desplazamientos de mujeres y niños ocurridos desde 1994 hasta nuestros días. Dado este problema, diversos sistemas de salud son autónomos, tanto así que se han denominado, Sistemas de Salud Autónomos Zapatistas.<sup>14</sup>

Este tipo de sistema no es novedoso, en comunidades donde se presenta un alto índice de marginación, desde la década de los setenta, se han conformado diversas plataformas de salud basadas en la formación de promotores de salud de la misma población indígena, así como procesos que solventen problemas surgidos por causas como la desigualdad, la inequidad y la discriminación, cuyo propósito no sólo es el de atender la enfermedad, sino además fomentar una vida sana.

Amoroz señala que en el 80% de las comunidades chiapanecas por cada 2370 habitantes, solamente hay un médico, por ello Chiapas es el estado con menor porcentaje de personas cubiertas por algún esquema de Salud.<sup>15</sup>

Este dato ha surgido a consecuencia de la globalización y mercantilismo de los sistemas de salud en la actualidad, lo cual ha tenido como resultado el desmantelamiento de los sistemas de salud, así como la reducción de presupuesto para la implementación de programas de salud.

Las políticas neoliberales y los cambios legales en instituciones como el IMSS el ISSTE, han provocado la reducción de acciones de salud en la población lo cual ante los derechos humanos, significa un retroceso y una violación a la garantía de salud en la población.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup>Amoroz I. El sistema autónomo zapatista. La Jornada del Campo. Sábado 21 de mayo de 2011; Suplemento informativo de La Jornada. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/05/21/comunal.html>

<sup>15</sup>Amoroz, Op. cit. pág. 19. Disponible en: [http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art\\_01.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art_01.html)

<sup>16</sup>Eibenschutz, Catalina, 2007, «Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en

El Sistema de Salud Autónomo Zapatista, también denominado como “La otra salud” (Figura 3) es parte del proyecto de Autonomía del EZLN, caracterizado por la participación de la comunidad, (iglesias, universidades locales y algunas organizaciones), dado que la injerencia de la Secretaria de Salud e IMSS con su programa “Oportunidades” es nula.



Figura 3. La otra salud<sup>17</sup>

---

México», en *La seguridad social: retos de hoy*, coordinado por Raúl Molina S., UAM-I, México.

<sup>17</sup>Figura 3 Tomada de: [saludentretodos.wordpress.com](http://saludentretodos.wordpress.com)



## 1.2 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD AUTÓNOMO ZAPATISTA.

El SSAZ es una organización creada del pueblo para el pueblo, que sigue las normas de la declaración de Moisés Gandhi, el refiere entre otros aspectos que la salud es vivir sin humillación, desarrollarse como mujeres y hombres, es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan definir de manera autónoma”<sup>18</sup>.

Las instancias que determinan este sistema de salud son las Juntas del Buen Gobierno (JBG) (Figura 4), y le siguen los Consejos Municipales Autónomos, que se coordinan con los representantes de salud y promotores locales.



Figura 4. Casa de la Junta del Buen Gobierno<sup>19</sup>

Tabla 1. Infraestructura del Sistema de Salud Autónomo Zapatista.<sup>20</sup>

Instancia Institucional	Estructura Autónoma	Cobertura
Unidades Promotoras de Salud	Casas de Salud Comunitarias	200
Unidades Médicas de Referencia	Clínicas Regionales Autónomas	25
Unidad Médica de Referencia con capacidad Intermedia (Cirugía básica programada, consultorio dental, de ginecología y oftalmología; laboratorio clínico, taller de herbolaria y 8 a 10 camas de hospitalización):	Clínica Regional Autónoma Central	1
Unidad Médica de Concentración (2º Nivel)	Sistema Nacional de Salud (SSA, IMSS, ISTECH, ISSSTE)	--

<sup>18</sup> Amoroz.I. Op.cit. Suplemento informativo de La Jornada.

<sup>19</sup> Figura 4. Tomada de <http://solidaridadchiapas.wordpress.com/2012/10/02/declaracio%E2%80%8Bn-en-apoyo-a-la-convocato%E2%80%8Bria-mundial-por-ls-zapatistas-de-comandante-abel-union-hidalgo-san-marcos-aviles-mois-es-gandhi-y-francisco-santiz-lopez-eco-mundial/>

<sup>20</sup> Tabla 1. Chávez J. El sistema de salud autónomo zapatista: un acercamiento a su política de salud. Gaceta Urbana. No 6-7. 2008. Pág. 88

Gracias a este sistema de salud, a las comunidades se les ha facilitado realizar estrategias de negociación con las comunidades vecinas, se han podido establecer vías para canalizar pacientes de tercer nivel, así como para obtener de la Secretaria de Salud (SS), los medicamentos y las vacunas para cuidado de su población

Como modelo de este tipo de atención tenemos a la Clínica Autónoma Guadalupana ubicada en la región de los Altos de Oventic (Figura 5). Por su tipo de estructuración ha alcanzado los niveles de atención intermedio, entre el primer y segundo nivel, donde se cuenta con cirugía básica programada, consultorio dental, ginecología, oftalmología, además de laboratorios y talleres de enseñanza en salud para la población indígena. En esta clínica, la mayor parte de los trabajadores son indígenas y debido a esto, la atención y el trato del profesional al paciente es mejor, dada la identificación que se logra tener en la relación profesional de la salud-paciente.<sup>21</sup>



**Figura 5. Clínica Autónoma Guadalupana<sup>22</sup>**

El financiamiento y los recursos que sostienen a este programa son aportados por comunidades civiles nacionales e internacionales, grupos

---

<sup>21</sup>Cuevas.J. Op.cit, p.8.

<sup>22</sup> Figura 5.Foto de Simona Granati. Tomada de: <http://desinformemonos.org/2010/10/guerra-contra-la-experiencia-zapatista/oventic-la-clinica/>

independientes o autónomos, siempre teniendo una importante aportación a nivel local con recursos materiales y humanos.<sup>23</sup>

Estos recursos también son aportados por el Sistema Nacional de Salud (SNS), aunque no en mayor medida, debido a la Segunda Declaración de Resistencia de la Selva Lacandona,<sup>24</sup> que establece que no se puede recibir ayuda del gobierno en materia de salud y educación, a causa de los problemas socio-políticos que ha tenido este estado de la República; Sin embargo, se muestran algunos ejemplos de la interacción entre los dos:

- ✓ Canalización de pacientes a segundo nivel, del SSAZ al SNS.
- ✓ Las vacunas que maneja el SSAZ son proporcionadas por el SNS.

Establecido el Sistema de Salud Autónomo Zapatista como parte de la autoayuda que recibe la población, es claro que, surgió como una alternativa de salud para la población indígena, sin embargo sigue siendo insuficiente, ya que a pesar de que se llega a recibir ayuda de comunidades y asociaciones de diferentes lugares, no se llega al nivel de atención que demanda la población.

De lo anteriormente escrito, se considera que esta situación merma demasiado el apoyo que puede recibir la comunidad indígena en Chiapas, sumado a los obstáculos políticos y sociales que han reprimido al pueblo y que hacen que de alguna manera ellos tengan que sobrevivir con los mismos recursos.

Basados en los datos anteriores, la salud de la población está muy deteriorada, a pesar de que la ayuda comunitaria suele ser de gran apoyo, aun no es suficiente para lo que requiere la población. Es muy frecuente observar malas condiciones de salud, tanto a nivel sistémico como oral.

---

<sup>23</sup>Chávez.J.Op. cit. p. 8

<sup>24</sup>Segunda declaración de la Selva Lacandona, junio 1994 [www.ezln.org/documentos](http://www.ezln.org/documentos).

### **1.3 ALTERACIONES BUCODENTALES: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN CHIAPAS.**

Una de las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia en los niños preescolares y escolares es la caries dental, causando dolor y pérdida temprana de los dientes.

La OMS define a la caries como: un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente que puede evolucionar hasta la formación de una cavidad.<sup>25</sup>

De los factores asociados en la caries en preescolares y escolares, se encuentran los dietéticos y los ambientales.

Entre los factores dietéticos se encuentran:

- ✓ Hábitos incorrectos de lactancia materna.
- ✓ Uso de biberón con tomas repetidas de leche
- ✓ Líquidos endulzados.
- ✓ Hábito de chupón.

Entre los factores ambientales se consideran:

- ✓ El bajo nivel educativo
- ✓ La ausencia de hábitos higiénicos
- ✓ La falta de accesibilidad a los servicios de salud.<sup>26</sup>

Las desigualdades sociales colocan a grandes grupos de individuos en desventaja, afectando así su calidad de vida o su estado de salud en general, situación que la vez afectará su salud bucal. Éste ha sido el verdadero

---

<sup>25</sup>González Pérez J. Ramírez Vázquez M. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Revista ADM. Vol. LXV. No. 3 Mayo-Junio. 2009. Pag.11

<sup>26</sup>Idem.

problema que enfrentan las comunidades indígenas, pese, a la poca accesibilidad, la falta de recursos, sus tradiciones y costumbres, etc.<sup>27</sup>

La inequidad, la centralización de los servicios de salud bucales en zonas urbanas y la falta de interés por parte de los profesionales de la salud bucodental en brindar sus servicios profesionales a quienes más lo necesitan, han generado un grave problema de salud pública en la población indígena.

---

<sup>27</sup>Ortiz Barrios L. Sensibilización del odontólogo ante la problemática bucodental de los niños indígenas en México. [Tesis Licenciatura] México D.F. Facultad Odontología UNAM. 2012 Pág. 6

## **2.-DESCRIPCIÓN DE SAN PEDRO CHENALHÓ Y SU LOCALIDAD DE MIGUEL UTRILLA (LOS CHORROS).**

Al ver la problemática que enfrenta esta población, un grupo de profesionales de la salud se dio a la tarea de planificar una brigada médica en la cual se le hizo una invitación al autor de este trabajo por parte de la tutora del mismo.

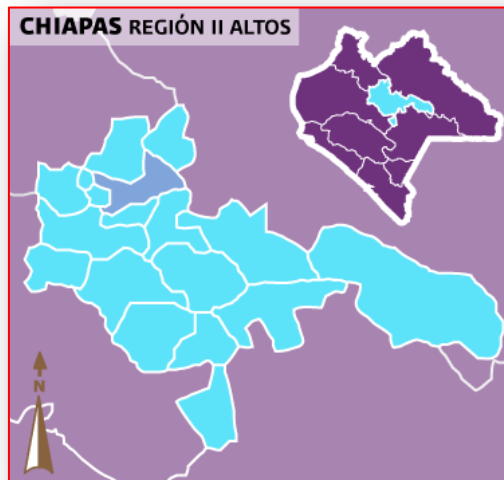
Estas brigadas se han realizado en una localidad marginada llamada Miguel Utrilla (Los Chorros) municipio de Chenalhó en Chiapas. En la experiencia de los brigadistas, se han observado problemas de salud bucodental considerables, se ha encontrado como problema fundamental en la población pediátrica; lesiones cariosas, problemas de pulpitis provocada por caries profunda, seguido de abscesos, maloclusiones y problemas periodontales, consecuencia de la falta de hábitos bucales así como de atención oportuna, así como la poca información que tiene la comunidad acerca de higiene oral y los métodos de prevención. El estado de salud bucodental de los habitantes de Los Chorros (como habitualmente se le conoce), refleja las condiciones bucodentales de la población indígena en el país, donde la desigualdad social y los problemas de alimentación son habituales.

Desde el año pasado, se ha constituido de manera más formal la brigada médica con atención odontológica; en la experiencia de un servidor, se ha visto que los habitantes que acuden a los servicios de atención toman, en cierto modo, conciencia de la importancia de su salud bucal al modificar su forma de pensar, por ejemplo, en este año ya no acudían a la consulta para extracciones dentales como una solución a sus malestares bucodentales, sino a tratamientos que pudieran restaurar y conservar sus dientes.

El municipio de San Pedro (Chenalhó) es uno de los 122 municipios en que se divide, para su administración, el interior del estado de Chiapas (Figura 6).

Antes de la llegada de los conquistadores españoles, el territorio del municipio formaba parte de la nación tzotzil. En la primera parte de la Colonia

los frailes dominicos encargados de la evangelización de la zona, le antepusieron el nombre de San Pedro a Chenalhó. Localizado en la región de Los Altos, que se ubican en el altiplano central y las montañas del norte.



**Figura 6. Localización geográfica de Chenalhó<sup>28</sup>**

El nombre de Chenalhó significa en Tzotzil “agua de la caverna”. Sus principales lenguas nativas son: Tzotzil y Tzelthal

Su extensión territorial abarca los 251 km<sup>2</sup> que representa el 2.98% de la superficie de la región de Los Altos y el 0.15% de la superficie estatal. Su orografía comprende 90% de terrenos accidentados, encontrándose únicamente zonas planas en la cabecera municipal. Los recursos hidrológicos, lo conforman básicamente los ríos: San Pedro, Osilhucum y Tzajalhucum y arroyos de caudal permanentes entre los cuales se encuentra Polhó.

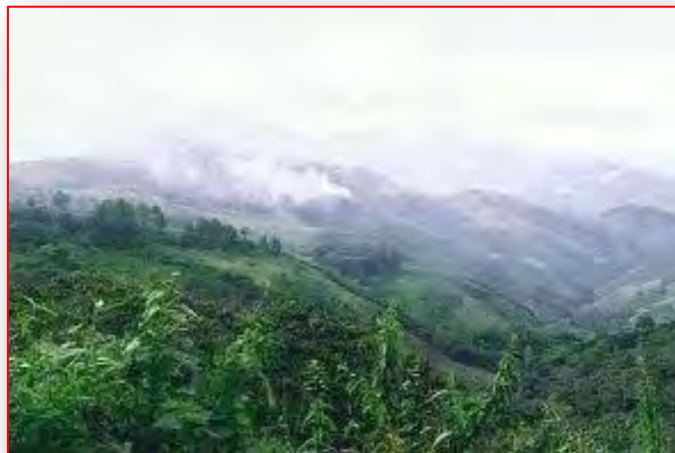
El clima es templado húmedo con abundantes lluvias todo el año; se presentan condiciones de temperatura un poco más cálidas en la zona norte.

Su ecosistema lo comprende, principalmente, vegetación de pino y encino, la flora del municipio es abundante y variada siendo las especies más representativas: ciprés, pino, romerillo, sabino, manzanilla y roble (Figura 7).<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Tomado de: Enciclopedias de los municipios y delegaciones de México. Disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM07chiapas/municipios/07026a.html>

<sup>29</sup>Secretaría de Planeación. Perfil Demográfico y Socioeconómico Municipal, Tomo I. Edición 2001 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2001.

En cuanto a su fauna, el municipio cuenta con una gran variedad de especies destacándose la culebra ocotera, nayuca de frío (una especie de serpiente), gavilán golondrino, picamadero ocotero, ardilla voladora, jabalí y venado de campo.



**Figura.7 Vista de Chenalhó.<sup>30</sup>**

Su actividad económica principalmente está forjada por el cultivo y la exportación de café que, durante medio año, la actividad es encabezada principalmente por los hombres de la región; en la segunda mitad del año esta actividad disminuye, mientras el cultivo vuelve a producirse, por lo tanto los hombres se dirigen a la capital del país en busca de trabajos de corte temporal.

Este municipio tiene algunos conceptos históricos relevantes, un ejemplo de esto es que en el año de 1900 se integra como parte del distrito de Las Casas, donde la ciudad capital de este distrito es San Cristóbal de las Casas. El 8 de mayo de 1935 se le da la categoría de municipio y para el año de 1983 para efectos de administración del estado se ubica al municipio en la Región II de Los Altos<sup>31</sup>.

---

<http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM07chiapas/municipios/07026a.html>

<sup>30</sup> Figura 7. Secretaría de Turismo. Carta Turística del Estado. Edición 2002. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2002.

<sup>31</sup> Perfiles municipales. Estado de Chiapas. Tomado de:

<http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/perfiles/PHistoricoIndex.php?region=026&option=1>



Chenalhó, a pesar de estar ubicado en una zona montañosa caracterizada por su difícil acceso, está conectado con el exterior, tanto por carretera como por otros medios de comunicación. La brecha abierta apenas en 1953 entre la cabecera y San Cristóbal de Las Casas, ahora esta asfaltada. El pueblo está unido a San Cristóbal de Las Casas, la ciudad más cercana, y a la carretera Internacional Cristóbal Colon por un camino vecinal construido por el Instituto Nacional Indigenista.<sup>32</sup>

El gobierno de Chenalhó está comprendido por las siguientes localidades para su administración (Tabla 2):

**Tabla 2. Localidades y relación de habitantes de Chenalhó.**<sup>33</sup>

<b>Nom. Localidad</b>	<b>Masc. %</b>	<b>Fem. %</b>	<b>Total Hab.</b>
<b>Chenalhó</b>	51.1	48.9	2021
<b>Belisario Dominguez</b>	49	51	1555
<b>Tzeltal</b>	52.6	47.4	1275
<b>Puebla</b>	47.5	52.5	1065
<b>Miguel Utrilla (Los Chorros)</b>	52.9	47.1	905
<b>Yaxalumil</b>	52.2	47.8	745
<b>Yibeljoj</b>	49.5	50.5	713

<sup>32</sup>Narváez P. E. La Vida indígena en Chenalhó. Asociación de Bajacalifonianos Residentes en el Distrito Federal. Universidad Autónoma de Baja California.1999

<sup>33</sup>Tabla 2. INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas. Anuario Estadístico de Chiapas, ediciones 2001 y 2002. Aguascalientes, Aguascalientes 2002.

## 2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

La demografía o estudio de la población, es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales. Además estudia estadísticamente, la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones<sup>34</sup>.

En este apartado se tomarán en cuenta cuatro rubros:

- ✓ Superficie de suelo y habitantes
- ✓ Economía
- ✓ Tradiciones y Costumbres
- ✓ Salud

La tabla 3 muestra la superficie de suelo y número de habitantes de Chenalhó.

**Tabla 3. Superficie de suelo y número de habitantes de Chenalhó.**<sup>35</sup>

<b>Número de Localidades del municipio</b>		<b>114</b>
<b>Superficie del municipio en Km<sup>2</sup></b>		<b>251</b>
<b>Cabecera Municipal</b>		<b>Chenalhó</b>
<b>Población de la cabecera municipal</b>		<b>3,143</b>
	<b>Hombres</b>	<b>1,534</b>
	<b>Mujeres</b>	<b>1,609</b>
<b>Clasificación del municipio según tamaño localidades</b>		<b>rural</b>

<sup>34</sup>Introducción a la demografía, MassimoLiviBacci, Ariel Historia, 1993-2007, ISBN 978-84-344-6573-9, pág. 9

<sup>35</sup>Tabla 3. Datos generales 2010. Tomado de :INAFED con base en PNUD e INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*.

La población está clasificada como municipio de acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, establecido en los siguientes lineamientos: En cuanto al rubro económico, en la siguiente tabla 3 se muestra que la participación económica está regida por los hombres de la región en su mayor porcentaje, siendo el cultivo de café el principal soporte de sustento en la región de Chenalhó.

**Tabla 3. Indicadores de participación económica.**<sup>36</sup>

<b>Indicadores de participación económica.</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%Hombres</b>	<b>%Mujeres</b>
<b>Población económicamente activa</b>	11,049	8,458	2,591	76,55	23,45
<b>Ocupada</b>	10,926	8,349	2,577	76,41	23,59
<b>Desocupada</b>	123	109	14	88,62	11,38
<b>Población no económicamente activa</b>	11,390	2,448	8,942	21,49	78,51

Para comprender aun más, en el siguiente capítulo se dará a conocer como es la dinámica en la que se desenvuelve la población, las tradiciones y las costumbres; que son parte fundamental para que el odontólogo se sensibilice y sepa cómo abordar a los pacientes para su atención.

<sup>36</sup>Datos generales 2010. Tomado de: INAFED con base en PNUD e INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*

## 2.2 TRADICIONES Y COSTUMBRES RELACIONADAS CON LA SALUD BUCAL.

La dinámica de ésta población está regida por sus tradiciones y costumbres, por lo que es importante conocer de ellas para lograr comprender la formación de esta comunidad y cómo poder llevar a cabo una educación para la salud oral de acuerdo con las características de la región, por lo que a continuación se realiza una breve descripción sobre sus creencias, tradiciones y costumbres.<sup>37</sup>

Los tzotziles y tzeltales son grupos indígenas provenientes de la antigua cultura maya; muchas de sus tradiciones y costumbres se han mantenido desde entonces. El “Popol Vuh” es una recopilación de varias leyendas de esta cultura, en el que se narran sus creencias sobre el origen del mundo, la civilización y los diversos fenómenos que ocurren en la naturaleza.

Por ello, es que para los habitantes en Chenalhó, el maíz además de ser una importante fuente de alimentación por el que hay que trabajar, la cantidad que se tiene forma parte del prestigio social, pues se tiene la creencia de que la vida humana se concibió gracias al maíz.

De tal forma, se observan diferentes tradiciones que muestran como base la importancia del maíz en la cultura.<sup>38</sup>



Figura 8. La importancia del maíz.<sup>39</sup>

<sup>37</sup>Ortiz Barrios L. Op. Cit. Pág. 38

<sup>38</sup> Idem

<sup>39</sup><http://redmaizchiapas.blogspot.mx/2012/11/el-maiz-patrimonio-cultural-y-natural.html>

Una de estas tradiciones es el momento de nacimiento de un bebé, dónde una partera se encarga de asistir en el trabajo de parto, realiza el corte del cordón umbilical con un cuchillo y cauteriza con un trozo de ocote encendido; éste cordón es enrollado a una mazorca de maíz, que previamente se ha escogido, con un hilo de algodón y es untado con sebo, tiempo después, en el momento que ésta mazorca se cae el elote es desgranado y las semillas son sembradas<sup>40</sup>.

En la alimentación infantil, la lactancia materna es de gran importancia, pero si la madre no puede llevarla a cabo por alguna razón, al lactante se le da atole de maíz con piloncillo, y cuando el niño puede alimentarse de alimentos un poco más sólidos la madre le da tamales o tortillas previamente masticados para facilitar la deglución.<sup>41</sup>



**Figura 9. Cuidado de la madre a su bebé<sup>42</sup>**

En la exfoliación dental, los padres guardan los dientes primarios o los arrojan al techo de la choza, pues se tiene la creencia de que si no lo hacen los niños pueden quedarse sin dientes para toda la vida.

Todas estas tradiciones nos muestran las condiciones de salud general que tienen los habitantes de Chenalhó y cómo influyen sus creencias en esto<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup>Narvaez. P.E. La vida indígena en Chenalhó. Ensayo descriptivo. Pág. 29-33.

<sup>41</sup>Ortiz Barrios L. Op. Cit. Pág. 40

<sup>42</sup>Tomado de: <http://www.asich.com/index.php?blogid=1&query=entr%E9ga>

López Hernández y Page<sup>44</sup>, explican la cosmovisión y religión, en relación con la salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena y cómo llegan a ser determinantes de la forma que adquiere la prevención en salud para los tzotziles tradicionalistas.

En materia de salud bucal, Ortiz Barrios, señala que el reto del odontólogo o profesionalista de la salud dental, no radica en cambiar las conductas de los indígenas, si no en ayudarlos a comprender respetando su cultura y usando lo que es saludable de ello.<sup>45</sup>

Por otra parte el municipio de Chenalhó enfrenta otro reto para los profesionales de salud ajenos a sus creencias y tradiciones, como lo es la nutrición de sus habitantes. La alimentación de esta comunidad se basa principalmente en maíz, frijol, trigo, papas, hortalizas y fruta; pero actualmente el refresco se ha convertido en parte de su consumo esencial debido a su bajo costo a comparación del agua y la leche.<sup>46</sup>

### **2.3 SALUD Y NUTRICIÓN**

La desnutrición infantil es una problemática grave de salud pública en las comunidades indígenas de Chiapas, ya que altera el desarrollo de los niños menores a cinco años de edad; de esta forma Chenalhó, cómo otras regiones de los altos de Chiapas, son municipios que tienen menor Índice de Desarrollo Humano en México<sup>47</sup>. Esta situación de desnutrición, se agudizó con el problema de la matanza de Acteal en 1994 y la situación de los desplazados en 1997.

---

<sup>43</sup>Ortiz Barrios. L. Op. cit. Pág. 41.

<sup>44</sup>López J.R. La Cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. Ra-Ximhai. Enero-Abril año/vol.2 num 001. 2006

<sup>45</sup>Ortiz Barrios. L. Op. cit. Pág.41

<sup>46</sup>Ibid. pág. 48

<sup>47</sup>Gómez E. "Relator para la alimentación de la ONU en Chiapas" en Observatorio Ciudadano. ONU. Junio 15, 2011

En pleno siglo XXI, la desigualdad ha generado problemáticas de desnutrición durante el embarazo de las mujeres en esta comunidad de Chiapas, dando como resultado consecuencias graves de salud en los niños, tales como, mayor incidencia de enfermedades, desarrollo deficiente, así como bajo peso y talla.

Es importante mencionar que la nutrición juega un papel importante, ya que influye directamente en el desarrollo dental, tanto en dentición infantil como en la permanente.

La poca información que recibe esta comunidad en cuestiones de salud y nutrición ha desencadenado que los niños tengan serios problemas de desnutrición, aunado a la intervención de la industria refresquera Coca Cola® que ha propagado su producto a un muy bajo costo, lo que lo hace más accesible a los habitantes de la comunidad, además de tener el control de los acuíferos de mayor calidad en San Cristóbal de Las Casas<sup>48</sup>;

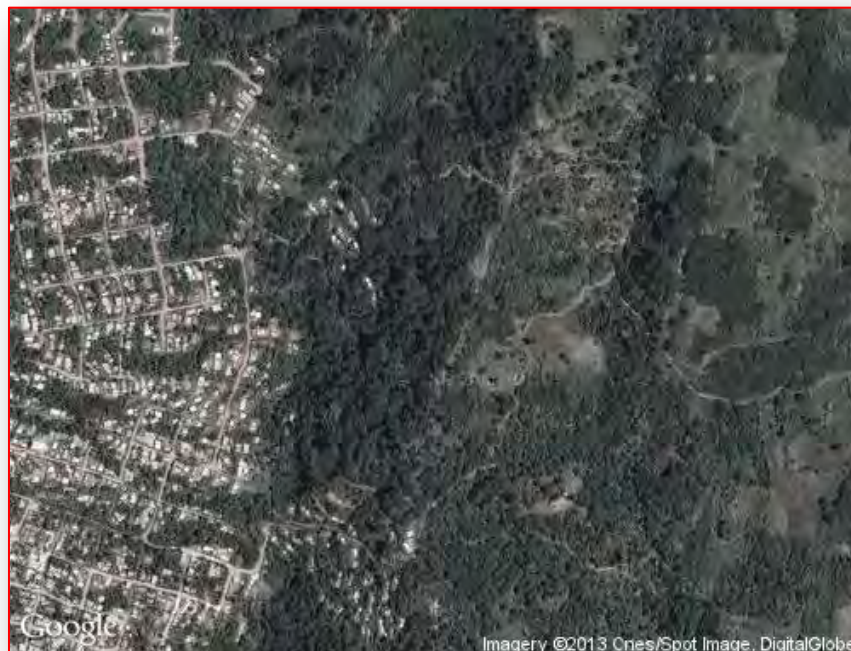
Es importante mencionar, que las carencias nutricionales son el resultado de la desinformación y del consumo de alimentos no saludables, por lo que es obligación del odontólogo, educar a sus pacientes, para que procuren mantener una calidad de vida saludable. Un ejemplo claro de estas condiciones de salud se podrá apreciar en la localidad de Miguel Utrilla (Los Chorros), que se verá a continuación.

---

<sup>48</sup> Ortiz Barrios. L.Op. Sit. Pág. 43

## 2.4 MIGUEL UTRILLA (LOS CHORROS)

Localidad perteneciente a Chenalhó. Cuenta con 905 habitantes, y es uno de los lugares con mayor marginación de la zona de Los Altos, en Chiapas<sup>49</sup>.



**Figura 10. Imagen satelital de Miguel Utrilla (Los Chorros) Chenalhó<sup>50</sup>**

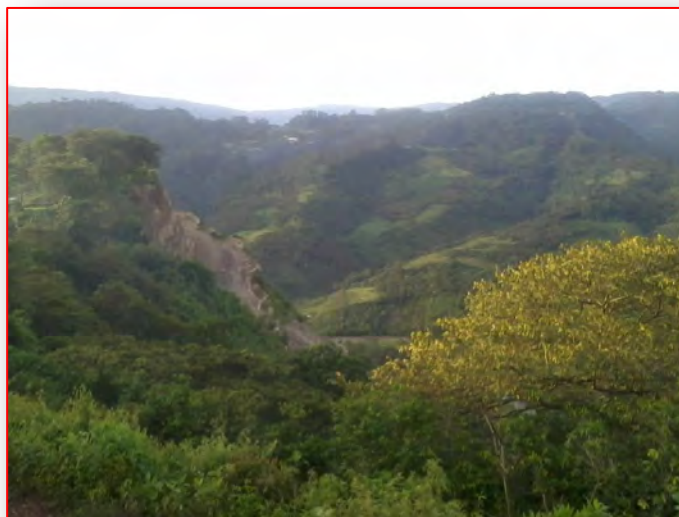
Una localidad tranquila, región húmeda y clima de lluvias constante. Un lugar donde no hay redes de comunicación suficiente, la red celular es nula en la mayoría de los sitios.

---

<sup>49</sup> INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas. Anuario Estadístico de Chiapas, ediciones 2001 y 2002

<sup>50</sup> Tomada de: <http://mexico.pueblosamerica.com/mapas/miguel-utrilla-los-chorros>. Apoyado en Google Earth.





**Figura 11. Miguel Utrilla en la Zona de Los Altos.<sup>51</sup>**

Apenas se cuenta con algunos servicios básicos como lo son, agua, y luz y en ciertos puntos drenaje que desemboca en el río que pasa junto al pequeño poblado.

Miguel Utrilla es un poblado donde la forma de estar comunicado es a través de un megáfono municipal, que a ciertas horas del día provee las noticias que llegan desde la ciudad más cercana (San Cristóbal de Las Casas).

La mayor parte del día es un pueblo quieto, donde las mujeres se dedican al hogar y los hombres al trabajo en el campo, los pocos niños que tienen el acceso a la educación estudian en las escuelas de la comunidad donde les enseñan a hablar en los dos lenguajes, tanto en Tzotzil o Tzeltal como al español, además de desempeñarse en tareas de campo como lo es, el corte de leña y la crianza de animales de campo.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup>Fuente Directa. Foto Hugo Gerardo Campos Sánchez

<sup>52</sup>Fuente Directa. Hugo Gerardo Campos Sánchez.

La gente tiene una alimentación insuficiente, esto debido a la pobreza que hay en el lugar y la accesibilidad que se tiene a ciertos productos tanto en lo económico como en cantidad, en este caso la Coca Cola® y el poco consumo de agua potable, deterioran tanto su salud bucal como sistémica.



**Figura 12. Alimentación en Miguel Utrilla.<sup>53</sup>**

Como en varios pueblos de provincia, se tiene la costumbre del matrimonio a temprana edad. A los 15 años las mujeres se les ha asignado pareja aun sin conocerla por convenios familiares; ello se da por algún intercambio, ya sea algo muy significativo para ellos como lo sería algunos animales de crianza, hasta algo tan insignificante como una caja grande de Coca Cola®

Debido a la escasa alimentación, al bajo consumo de agua potable y al elevado consumo de bebidas carbonatadas, la población está sumergida en muchos problemas de índole bucal, siendo la caries y la periodontitis los principales problemas, aunado a las prótesis de materiales de baja calidad y sin las condiciones que exige una adecuada elaboración para su uso en cavidad oral.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Fuente directa. Hugo Gerardo Campos Sánchez

<sup>54</sup> Fuente Directa. Hugo Gerardo Campos Sánchez.



**Figura 13. Ejemplo de prótesis fija mal elaborada, encontrada en un habitante de Miguel Utrilla.<sup>55</sup>**

Debido a todos estos factores de riesgo, la población de la localidad de Miguel Utrilla ha sido perjudicada, no sólo por la marginación en la que se encuentra, sino también por personas que se han aprovechado de sus condiciones de ignorancia, que da como resultado el aumento de problemas bucodentales que se encuentran en la población.

Debido a esto, el propósito de este trabajo es emplear una propuesta de un programa de salud bucal, enfocado principalmente a la prevención y promoción de la salud bucal, que anualmente será reforzado como ya se ha venido haciendo brindando servicios de salud general y bucodental por un grupo de profesionistas consientes y comprometidos con su profesión y con la

---

<sup>55</sup> Fuente Directa. Hugo Gerardo Campos Sánchez

convicción de ayudar a quienes más lo necesitan, cumpliendo así su función de individuos comprometidos con sus sociedad.

### **3- PROPUESTA DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS INDÍGENAS.**

La caries dental y las enfermedades periodontales, son las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en el mundo. En las últimas décadas países desarrollados y algunos países de América Latina han demostrado una decadencia en la prevalencia y experiencia de caries dental a causa de la instauración de programas de educación, prevención y tratamiento de esta enfermedad.<sup>56</sup>

Lamentablemente este avance en salud bucodental no se ha podido ver en países como México, y las comunidades más afectadas son las indígenas, ya que como se revisó en los dos capítulos anteriores, el acceso a un sistema de salud por parte de esas comunidades es complicado debido a la desigualdad, la falta de interés de las autoridades en aspectos sanitarios, la falta de interés de los profesionales de la salud por atender a quienes más lo necesitan debido a la formación profesional brindada en la que poco se fomenta la responsabilidad social y la centralización de los servicios de salud en las comunidades urbanas, entre otros.

La educación sanitaria es fundamental para que la población comprenda la importancia y necesidad de los programas de salud pública, para que participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y para que se de apoyo a las medidas que comprenda.<sup>57</sup>

Es importante realizar el programa de salud bucodental de acuerdo con sus propios recursos humanos y culturales en salud, para que se comprenda y se le dé la importancia debida a la atención bucodental.

---

<sup>56</sup>González Pérez J. Ramírez Vázquez M. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Revista ADM. Vol. LXV. No. 3 Mayo-Junio. 2009 p. 11.

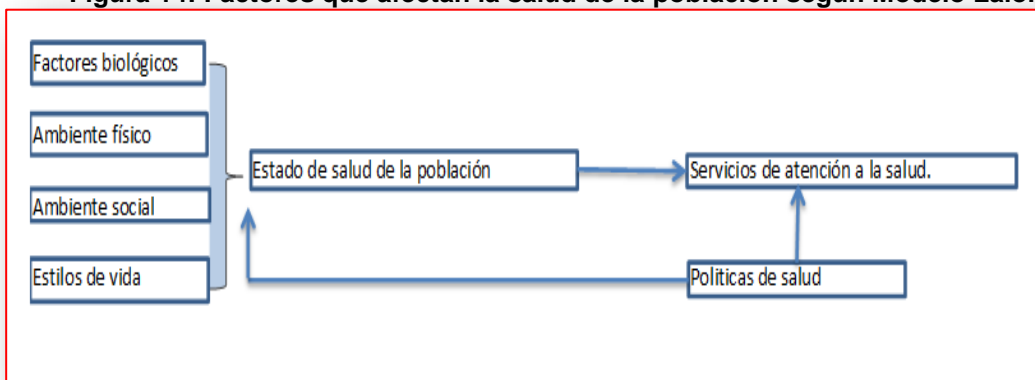
<sup>57</sup> Piédrola et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: 2003, Pág. 221.

Para lograr el objetivo de implementar un programa de salud bucodental, se deben establecer algunas políticas como las que se señalan a continuación:

- ✓ La interacción entre el odontólogo y la comunidad indígena.
- ✓ Reconocimiento del problema que enfrenta la comunidad, en este caso a nivel pediátrico.
- ✓ Concientizar al profesional de la salud de los problemas sociales que enfrenta la población y las repercusiones que éstas tienen a nivel de salud bucal.
- ✓ La promoción de acciones preventivas orales en los servicios de salud.
- ✓ Concientizar a los alumnos, autoridades del área odontológica sobre las problemáticas sociales, culturales y económicas que enfrentan este tipo de poblaciones.
- ✓ Establecer vínculos entre alumnos, autoridades y empresas para generar programas de salud bucal, beneficiando a las comunidades indígenas que más lo necesitan y que están en condiciones vulnerables.<sup>58</sup>

Estos puntos están planteados para que, llevándolos a cabo en las comunidades indígenas, la salud bucal pueda estar al alcance de toda la comunidad. El modelo de Lalonde (Figura 14) muestra las variables que determinan la salud. Entre estas variables se encuentran basados los puntos antes mencionados que determinarán los objetivos de la salud bucal.<sup>59</sup>

**Figura 14: Factores que afectan la salud de la población según Modelo Lalonde.<sup>60</sup>**



<sup>58</sup> Ortiz Barrios L. Op cit. p.50

<sup>59</sup> Carlo. E. Medina. S. Maupomé. G. Ávila. L. Políticas de salud en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed. Vol. 17. Medigraphic Artemisa en línea. 2006 Pág.271

<sup>60</sup>Idem

Este modelo ayudará al profesional de la salud dental a ir conociendo el entorno en el que prestará su servicio, el estado de salud bucodental en el que se encuentra la población y determinará las estrategias que elaborará para promocionar y educar a la población en materia de salud bucal.

### **3.1 EDUCACIÓN BUCAL EN NIÑOS INDÍGENAS.**

En la atención bucal en una comunidad indígena el odontólogo se enfrenta a una serie de problemas representados principalmente por las necesidades diversas del paciente en cuanto a los tratamientos que requiere, y por los escasos recursos que el profesional posee para lograr un estado óptimo de salud bucal; aunado a ello, los pocos recursos económicos que los habitantes de las comunidades indígenas tienen, los utilizan para sus necesidades básicas, como alimentación y vestido, dejando a un lado el aspecto de salud dificultando la adquisición de aditamentos que pudieran contribuir su salud bucodental. Cabe destacar la importancia de la higiene bucal en la población, ya que debido a la falta de ésta, se presentan en mayor número los problemas de lesiones bucales en la población (Figura 15), aunados a la desnutrición, alimentación deficiente y cantidad de carbohidratos que consumen por la gran cantidad de refresco que ingieren habitualmente.



**Figura 15. Ejemplo de la pobre higiene bucal en menor.<sup>61</sup>**

---

<sup>61</sup>Fuente directa. Hugo Gerardo Campos Sánchez

El odontólogo tiene que buscar la forma de establecer una estrategia para proporcionar educación bucal a los niños y por consiguiente hacer más consciente a la población sobre los cuidados preventivos que pueden realizar y así prevenir enfermedades que les pueden ocasionar problemas en un futuro.

El profesional puede educar en el arte de la prevención a los niños y adolescentes, quienes debido a su edad ya puedan ser autosuficientes para aplicar los cuidados pertinentes, tales como son: uso de algún aditamento para limpiar las superficies dentarias, una adecuada técnica de cepillado en caso de contar con cepillo, e incluso de ser posible, el uso de enjuague bucal e hilo dental.

Esto puede ser implementado en pláticas (con ayuda de un traductor), un rotafolio o el uso de un pizarrón (dibujos o imágenes) que la gente pueda entender, así como el uso de tipodontos y cepillo para mostrar a la población la técnica en un modelo figurado. Como complemento a estas actividades, se tiene la posibilidad de practicar con los habitantes de la comunidad, para corroborar que están comprendiendo lo que se les enseña y de este modo, reforzar el aprendizaje de la técnica de cepillado.



**Figura.16 Enseñando técnica de cepillado con tipodonto<sup>62</sup>.**

---

<sup>62</sup> Tomado de: [www.roctaraccancun.com](http://www.roctaraccancun.com)

Respecto a los niños que no tienen aun una edad en la que son autosuficientes, los responsables del cuidado oral son los padres, particularmente la madre. Ellos también participarán en las pláticas que se impartan en la comunidad. Lo importante de esto, es que ellos se vayan concientizando en el arte de la prevención y vayan dejando a un lado, el estigma de los tratamientos invasivos, así como de la mutilación dental.



**Figura 17. Plática de educación bucal a niños indígenas.<sup>63</sup>**

Lamentablemente, los profesionales de la salud no estarán por mucho tiempo en el lugar, se podría pensar que no se alcanzaría el objetivo que se planea en la educación bucal.

Para solucionar este problema, se deben implementar pláticas en donde se pueda capacitar a personas seleccionadas que puedan cuidar y vigilar a la población en una tarea asignada. A estas personas se les denominará “Promotores de la salud bucal”, cuyo papel tendrá los siguientes objetivos:

- ✓ Dar pláticas constantes sobre las técnicas de higiene oral a través de medios alternos al cepillo o cuando cuenten con ellos, brindar la técnica más sencilla para su fácil y rápido aprendizaje; uso de enjuagues bucales además de la utilización de hilo dental. Aunque se ha señalado que al ser una población marginal, carecen de recursos y la prioridad es la alimentación, se ha tenido la

---

<sup>63</sup>Tomado de: [www.roctaraccancun.com](http://www.roctaraccancun.com)



posibilidad desde años atrás, de cubrir esta necesidad de proporcionar a los habitantes de Los Chorros, los elementos necesarios para su correcta higiene, abasteciéndolos con cantidades suficientes al menos de cepillos, enjuagues y pastas dentales.

- ✓ Vigilar, dentro de sus posibilidades, a la población al observar las prácticas de higiene oral que estén realizando.

Esta alternativa ayudará a fortalecer la relación odontólogo-paciente, así como también el desarrollo del papel que va a adquirir dentro de la población, donde se verá reflejado como una autoridad de salud y no como una persona que llegue a invadir tanto política como socialmente su comunidad.<sup>64</sup>

Este tipo de educación, es muy similar a la que se emplea en los sistemas de salud autónomos del estado, por lo que la comunidad indígena no lo desconocerá y se adaptará con una mayor facilidad.

### **3.2 PREVENCIÓN BUCAL.**

La OMS define como prevención a la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.<sup>65</sup>

Al obedecer este término, el odontólogo debe determinar las medidas que tomará para la prevención bucal en los niños indígenas. Tales medidas generarán un modelo o prototipo de plan de salud bucal que constará de los siguientes puntos:

- ✓ Efectuar controles de placa.
- ✓ Enseñanza de técnicas de cepillado y educación bucal a la población

---

<sup>64</sup> Olvera R. Rodríguez S. Salud Comunitaria en Los Altos de Chiapas, México. Rev. Inst. Nal Enf. Mex. Vol.13.Numero 1. Enero Marzo 2000. Pag. 28, 29.

<sup>65</sup> González Pérez J. Op. cit. P.11

- ✓ Aplicaciones tópicas de Flúor.
- ✓ Capacitación de “promotores de la salud”.

Un modelo de intervención odontológica con medidas básicas de prevención hará posible una mayor equidad en la calidad de la atención, y así mejorar la salud de la población de la región.

Este modelo habrá de incluir la realización de estudios epidemiológicos y de control de la salud, debido a que en la actualidad no se dispone de información certera que mida la prevalencia, magnitud y afectación de caries en esta comunidad, sólo se conoce *grosso modo* la problemática de salud bucodental, y un índice de enfermedad periodontal apenas obtenido de un sector de la comunidad<sup>66</sup>.

Cabe mencionar, que el odontólogo debe capacitar a los promotores de la salud en la detección de niveles elevados de placa, diagnóstico de caries ausencia de higiene oral, así como el modo de combatir dichas enfermedades con las técnicas correctas de cepillado o de higiene oral cuando no se cuente con esta herramienta.

### **3.3 TRATAMIENTOS BUCALES.**

Debido a que hasta ahora, como parte de la brigada, se carece de un auxiliar de diagnóstico que lo apoye certeramente como por ejemplo las radiografías, el odontólogo debe tener el conocimiento riguroso de los signos y síntomas de las enfermedades bucales de mayor prevalencia en infantiles para ser tratadas adecuadamente.

Por el nivel de compromiso que se tiene por parte de los brigadistas que acuden año con año a la comunidad de Miguel Utrilla, y con base en el trabajo que se realiza con antelación a la brigada, es importante aclarar que los recursos necesarios para la implementación del programa de salud bucodental serán otorgados tanto por los brigadistas, como por todas aquellas personas

---

<sup>66</sup> Guadarrama, C. Perfil epidemiológico de caries dental y enfermedad periodontal en una muestra de residentes de Los Chorros, Chiapas. 2013. [Tesina Licenciatura] Facultad de Odontología. México 2013 (En prensa)

que habitualmente realizan donativos significativos a esta brigada. El impacto que ha tenido la brigada socialmente tanto en habitantes de esta ciudad, cercanos a los brigadistas, como en Chiapas, e incluso en el extranjero, ha permitido contar con los recursos suficientes y necesarios para atender adecuadamente y con profesionalismo a esta comunidad.<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Fuente directa: Sergio Ulloa y Dr. Raúl Rivera M., responsables de la brigada en Miguel Utrilla, Los Chorros, Chiapas desde el año 2000

## **CONCLUSIONES.**

Las comunidades indígenas son uno de los sectores mayormente marginados del país en aspectos económicos, políticos, sociales, y en la atención a la salud., Día a día tienen que vivir con los problemas de desigualdad y la marginación, aspectos que afectan su calidad de vida. Lamentablemente, en la actualidad, las autoridades poco hacen por resolver estas problemáticas nacionales. Esto ha dado como resultado , una calidad de vida deficiente, y un panorama desolador en el tema de la salud integral.

Es una realidad que la centralización de recursos, problemas gubernamentales, la falta de ética y responsabilidad social de los profesionales de la salud, así como el nulo acceso de infraestructura de estos servicios a las zonas rurales, son problemas que siguen enfrentando las comunidades indígenas. Esto, además de generar indignación, debe de llevar a reflexionar, en el compromiso que se tiene como profesionales con la sociedad, y la trascendencia de actuar de una manera ética y responsable.

En lo que respecta al profesional de la salud bucodental, el odontólogo debe promover la cultura de la prevención de enfermedades, dado que es una obligación profesional que se tiene con la población. Sensibilizarse ante estos grupos marginados, entender su contexto y estilo de vida, deben ser tareas necesarias para realizar una propuesta de programa de salud bucodental que corresponda a su contexto, creencias y costumbres, Pues es el modo en el que será más viable acercarse a la comunidad y hacer un cambio en los malos hábitos de higiene oral.

La propuesta del programa aquí presentado se desarrollará en el mes de julio de 2014; dicha propuesta aun es susceptible de modificarse, con el objeto de mejorarla y presentarla a esta comunidad de manera óptima.

Con este programa de salud bucal se busca educar en el arte de la prevención, modificar los malos hábitos de higiene bucal de los habitantes y la percepción que tienen de la odontología, haciéndoles ver que no deben llegar a tratamientos mutiladores o restaurativos, sino que pueden conservar sanamento

sus tejidos bucales, como ya algunos habitantes lo hacen. Participar en programas de esta índole hará que los profesionales de la salud bucal que participen en esta labor, al actuar con ética y responsabilidad social, responderán a la mejora de las necesidades de estas comunidades, , y así mejorar la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo, para que, en esa comunidad donde habitan tengan un mejor desarrollo como seres humanos.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Amoroz, I. El derecho a las comunidades indígenas en el estado de Chiapas.[Internet].Rev. Pueblos y Fronteras Dig. 2013 pág. 19. Disponible en: [http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art\\_01.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art_01.html)
- Amoroz I. El sistema autónomo zapatista. La Jornada del Campo. Sábado 21 de mayo de 2011; Suplemento informativo de La Jornada. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/05/21/comunal.html>
- Carlo. E. Medina. S. Maupomé. G. Ávila. L. Políticas de salud en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed. Vol. 17 Pág. 269-286. Medigraphic Artemisa en línea. 2006
- Censo poblacional Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Chiapas 2000, [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Censo poblacional Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Chiapas 2000, [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=07>
- Chávez J. El sistema de salud autónomo zapatista: un acercamiento a su política de salud. Gaceta Urbana. No 6-7. 2008. Pág. 88
- Cuevas.J. "Salud y Autonomía: el caso de Chiapas", En Health Systems Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, WHO, Marzo 2007, Pag.8.
- Datos generales 2010. Tomado de: INAFED con base en PNUD e INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
- Eibenschutz, C. Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México», en La seguridad social: retos de hoy, coordinado por Raúl Molina S., UAM-I, México.2007
- Gómez E."Relator para la alimentación de la ONU en Chiapas" en Observatorio Ciudadano. ONU. Junio 15, 2011
- González Pérez J. Ramírez Vázquez M. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Revista ADM. Vol. LXV. No. 3 Mayo-Junio. 2009
- Guadarrama, C. Perfil epidemiológico de caries dental y enfermedad periodontal en una muestra de residentes de Los Chorros, Chiapas. 2013. [Tesina Licenciatura] Facultad de Odontología. México 2013 (En prensa)
- Índice de Pobreza Humana (IPH-1) 2000 PNUD, México 2003Introducción a la demografía, MassimoLiviBacci, Ariel Historia, 1993-2007, ISBN 978-84-344-6573-9, pág. 9

- INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas. Anuario Estadístico de Chiapas, ediciones 2001 y 2002. Aguascalientes, Aguascalientes 2002
- López J.R. La Cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. Ra-Ximhai. Enero-Abril año/vol.2. Num 001. 2006
- Municipios del estado de Chiapas. Tomado de: <http://www.nodo50.org/pchiapas/chiapas/mapas/etnias.gif>
- Narváez P. E. La Vida indígena en Chenalhó. Asociación de Bajacalifornianos Residentes en el Distrito Federal. Universidad Autónoma de Baja California.1999.
- Narváez. P.E. La vida indígena en Chenalhó. Ensayo descriptivo. Pág. 29-33.
- Olvera R. Rodríguez S. Salud Comunitaria en Los Altos de Chiapas, México. Rev. Inst. Nal. Enf. Mex. Vol.13.Numero 1. Enero Marzo 2000. Pág. 28-31
- Ortiz Barrios L. Sensibilización del odontólogo ante la problemática bucodental de los niños indígenas en México. [Tesina Licenciatura] México D.F. Facultad de Odontología UNAM. 2012
- Perfiles municipales. Estado de Chiapas. Tomado de: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/perfiles/PHistoricoIndex.php?region=026&option=1>
- Piédrola et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: 2003, p. 221.
- Reporte sobre el proceso de devolución de la información del Informe Pueblos excluidos. Comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, Documento interno, CCESC. Abril, 2007.
- Secretaría de Planeación. Perfil Demográfico y Socioeconómico Municipal, Tomo I. Edición 2001 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2001 :<http://www.elocal.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM07chiapas/municipios/07026a.html>
- Secretaría de Turismo. Carta Turística del Estado. Edición 2002. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2002.
- Segunda declaración de la Selva Lacandona, junio 1994 [www.ezln.org/documentos](http://www.ezln.org/documentos), donde se invita a la población a no aceptar ninguna ayuda y/o apoyos gubernamentales incluyendo salud y educación.
- Tibaduiza. Y. ¿Y a mi quién me cura? Terapeutas de la salud en la zona norte de San Cristóbal de las Casas. Chiapas México. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia. Vol. 25. Num 42. 2011
- Zurita B. Lozano F. Desigualdad e inequidad en la salud. Caleidoscopio de la salud. 2001. p.30