

01421
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD
BUCAL EN NIÑOS DE LA CALLE
(ESTUDIO DE CASO EN CASA ALIANZA)**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

SOL IDANIA AVILA SIERRA

autorizada

Nancy Jacques

DIRECTORA: C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA.

ASESOR: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ.

ASESOR: C.D. LEONOR OCHOA GARCÍA.

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME.



MÉXICO D. F.

MAYO 2003

a



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

PAGINACION DISCONTINUA

DEDICATORIAS

A MI DIOS

Por permitirme vivir la alegría de terminar con esta faceta de mi vida, dándome la fortaleza basada en el desvelo, sudor y cansancio de mi Padre, y el temperamento infundado por el sacrificio de mi Madre, porque en sus rodillas está mi triunfo y en su presencia mi recompensa. No tengo cómo agradecerte, ni con qué pagarte por prestarme a los dos ángeles que me guían, pero te prometo amarlos aún más allá de mi existencia pasajera, porque sin ellos no sería lo que soy.

A MIS PAPÁS

Que me brindaron todo su apoyo y consejos en los momentos más difíciles, me alentaron a seguir adelante anhelando que siempre me preparan para enfrentarme a la vida.

Hoy se ven cumplidos nuestros esfuerzos y mis deseos, iniciándose así, una etapa en mi vida, en la siempre estarán en mi corazón. Por compartir tristeza y alegrías, éxitos y fracasos, por todos los detalles que me han brindado durante mi vida como estudiante y por hacer de mí lo que soy ahora. Deseo de todo corazón que mi triunfo como mujer y profesionalista lo sientan como suyo. Gracias.

A MIS HERMANOS

ANGÉLICA

Porque siempre tienes una palabra de aliento en los momentos más difíciles, gracias por tu cariño y apoyo, sé que puedo contar siempre contigo.

KIKE

Por estar siempre cuando te necesité, por apoyarme y por estar ahí siempre y porque participaste a que terminara mi carrera en los momentos difíciles.

ZAIDE porque me ayudaste cuando más lo necesito, por aguantarme y porque sé que puedo confiar ti siempre.

A DANIEL

Gracias por haber llegado como un angel a mi vida, por haber compartido éste último paso en mi formación profesional, por tu paciencia y apoyo, tus desvelos junto conmigo y por motivarme, amarme y creer en mí.

AGRADECIMIENTOS

A MIS AMIGAS

VERO MONROY

Que juntas pasamos por buenos y malos momentos, por tus consejos, por el apoyo que siempre me has brindado, gracias por ser mi mejor amiga.

VERO DOMÍNGUEZ

Gracias a ti pasé los mejores momentos al final de la carrera, y por todo lo que nos falta por vivir, gracias por estar siempre conmigo.

ALE, BETO, DULCE, MARISOL Y SONIA

Por haber hecho el seminario más divertido, porque juntos salimos adelante y concretamos el paso final de nuestra carrera como estudiantes. Esperando que ésta amistad que empezó aquí siga mucho más adelante.

DR. BUSTAMANTE BÁCAME

Por ayudarme siempre desde el servicio social, por sus regaños, por sus bromas porque sé que si alguna vez lo necesito estará ahí.

DRA. NANCY JACQUES

Por dedicarme mucho de su valioso tiempo y su dedicación para elaborar esta tesina.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Que me abrió sus puertas desde el CCH- Vallejo y una más a la Facultad de Odontología, porque es un orgullo ser egresada de la máxima Casa Estudios.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A la facultad y a todos los Doctores porque gracias a ellos terminé un paso más para mi realización como profesionista.

INDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES	3
1.1 PROGRAMAS DE SALUD BUCAL	3
1.1.1 Los Niños de la Calle	3
1.1.2 Salud bucodental en Niños de la Calle Casa Alianza	4
2. LOS NIÑOS DE LA CALLE	5
2.1 Conceptos	5
2.2 La problemática de los Niños de la calle	5
2.3 Datos generales sobre pobreza extrema en México	7
2.4 Estadísticas sobre Niños y Niñas trabajadores y de la Calle, en la Ciudad de México	10
2.5 Características de los niños y jóvenes de la calle	12
2.6 La importancia de la prevención	13
2.7 Propuesta de la Norma Técnica para la atención a la niñez callejera	14
2.8 Reforma a la Ley Constitucional	15
3. FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO, IAP	17
3.1 ¿Qué es Casa Alianza?	17
3.2 Modelo de Atención	17
4. ENFERMEDADES BUCODENTALES	21
4.1 Caries	21
4.2 Placa Dentobacteriana	23
4.3 Gingivitis	24
5. EFERMEDADES SISTÉMICAS PRESENTES EN NIÑOS DE LA CALLE DE LA CASA ALIANZA	27
5.1 SIDA	27
5.2 Diabetes	30
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
7. JUSTIFICACIÓN	33
8. HIPÓTESIS	34

9. OBJETIVOS	34
9.1 Objetivo general	34
9.2 Objetivos específicos	34
10. METODOLOGÍA	35
10.1 Material y Método	35
10.2 Tipo de estudio	35
10.3 Población en estudio	35
10.4 Tipo de muestra	35
10.5 Variables	36
10.6 Criterios de Inclusión y exclusión	36
10.7 Técnica de recolección y análisis de datos	36
11. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PARA NIÑOS DE LA CALLE	37
11.1 Metas	37
11.2 Estrategias	37
11.3 Selección de contenidos educativos	38
11.4 Límites	39
11.4.1 De espacio (geográfico)	39
11.4.2 De tiempo	39
11.4.3 Universo de trabajo	39
11.5 Especificación de datos	39
11.6 Recursos	40
11.6.1 Recursos humanos	40
11.6.2 Recursos físicos o de infraestructura	40
11.6.3 Recursos financieros	40
11.6.4 Recursos materiales	40
11.7 Cronograma de actividades	41
11.8 Evaluación	42
11.9 Ejecución del programa	42
12. Resultados	50
13. Conclusiones	66

ANEXOS

Anexo 1 Oficio de presentación a Casa Alianza

Anexo 2 Encuesta inicial

Anexo 3 Encuesta diagnóstica

Anexo 4 Trípticos

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los datos estadísticos, en la Ciudad de México, la pobreza constituye un grupo muy representativo en nuestra sociedad, dentro de éste encontramos los hogares de bajos recursos, en donde los padres obligan a sus hijos a trabajar en la calle, para obtener un ingreso económico extra, la renuencia que presentan los *niños* ante éstas situaciones, porque ellos quieren ser *niños* comunes que van a la escuela, que juegan y viven de acuerdo a su edad, por lo tanto contribuye a que exista en un gran número de casos violencia intrafamiliar, abuso por parte de sus padres y por consiguiente el maltrato infantil, ésta se le considera la principal causa por la que un niño se sale de su casa y busque en la calle un lugar para vivir.

La calle guarda una relación estrecha en el deterioro del *niño*, tanto en su salud como en su grado de higiene.

Es importante reconocer el papel que puede jugar la comunidad para que un niño que sale a la calle, encuentre alternativas de vida a largo plazo.

El último estudio oficial demuestra que el incremento de la población infantil que vive y trabaja en la calle fue de 21.39% es decir 5.35% anual de 1995 a 1999, ante ésta demanda, existen organizaciones privadas que dan atención a todos estos *niños*, a través de sus programas de atención en la calle.

A lo que tienen acceso éstos *niños* en la calle es a una gran cantidad de peligros, el principal de ellos, es la droga; la más utilizada es el activo y pegamento de pvc, seguido del pegamento para el calzado, el thiner y la mariguana, se dice que los consumidores de éstas diversas sustancias representó el 66% de la población total.

Lograr impactar a largo plazo el fenómeno de los "*niños callejeros*", implica modificar la red social en la relación inmediata con ellos, ya que el papel que juega determina la manera, el tiempo y las condiciones en que un "*niño*" puede permanecer en la calle.

El tiempo en que el *niño* pasa viviendo en ella va fortaleciendo paulatinamente y constantemente su arraigo. Una de las evidencias de éste proceso, es la desvinculación o alejamiento del *niño* con espacios y personajes no callejeros.

Las deterioradas condiciones de vida generales entre la población mexicana, debilitan las posibilidades familiares y comunitarias para satisfacer las necesidades de su infancia. Esto incrementa la cantidad de *niños* y niñas que encuentran en la calle un espacio de desarrollo y están en grave riesgo de hacerlo su lugar de vida.

Cualquier acción que se desarrolle a favor de la infancia callejera debe orientarse a sacarlos de éste ambiente, mejorando su situación de vida y no reforzar la dinámica que hace de la calle un modo de vida.

Por éste problema social, se han abierto instituciones que cuentan con un plan educativo donde describen los procesos y objetivos para desarrollar con el grupo de *niños* y adolescentes, a que fomenten la participación e integración de los jóvenes y *niños* de la calle en la vida cotidiana de la comunidad local en la que se encuentre ubicado el centro de atención con fin de fortalecer los procesos de socialización y formación.

Los *niños* son seres con capacidad de participar y tomar decisiones para la resolución de sus problemas en sus principales ámbitos de desarrollo: la familia, la escuela y la comunidad.

Por todo el desinterés hacia los *niños* por parte de la sociedad y en base a una tesis de diagnóstico del estado de salud bucodental, en donde se reporta un alto índice de CPO y hasta un 74 % de mala higiene en el total de la población, es necesario implementar programas de salud bucal, educativos y preventivos y así de esta manera, los *niños* aprendan que la importancia de la salud bucal es parte integral de su salud general.

1. ANTECEDENTES

1.1 PROGRAMAS DE SALUD BUCAL

1.1.1 LOS NIÑOS DE LA CALLE TIENEN ODONTÓLOGO

En el año de 1997 en Caracas Venezuela, se inauguró un consultorio para que los *niños de la calle* cuenten con una unidad odontológica muy completa y moderna para solucionar todos los problemas de la salud bucal, gracias a la fundación de desarrollo social.

Se trata de un consultorio que está dotado de una unidad odontológica con rayos X, equipo de avanzada tecnología y materiales de alta calidad para ofrecerles a estos *niños* los mejores tratamientos de restauración, prótesis, endodoncia, cirugía menor y periodoncia. Este centro cuenta con dos especialistas en odontología y dos asistentes dentales, que cubrirán diferentes horarios, pero además los *niños* reciben charlas de prevención y cuidado bucal.

El programa "Acción por los *niños*", tiene como misión rescatar a los *niños de la calle* para darles hogar, afecto, salud, orientación, y los medios que les permiten integrarse a la sociedad a través del estudio y del trabajo.¹

¹ Internet. www.noticiaseneluniversal.com. Caracas, Venezuela, 1997.

1.1.2 SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS DE LA CALLE CASA ALIANZA

En el año 2001 se elaboró una tesis de diagnóstico en el estado de salud bucodental en *niños de la calle* de Casa Alianza, con la finalidad de obtener datos epidemiológicos dentales. Se obtuvieron los siguientes resultados:

La población de estudio la constituyó un total de 82 *niños* de 7 a 18 años de edad, el índice de CPOD fue de 9.97 (S 4.74) (Criterio de la OMS).

La prevalencia de caries dental en la población alcanzó 34.46%, los dientes perdidos el 0.82% y los dientes obturados el 2.15%.

El índice IHOS fue de 2.28 (S 0.64) en donde el 74% de los *niños* presentó mala higiene, el 23% regular y el 3% buena. Gracias a estos resultados se destacó la importancia en la aplicación de un programa de atención dental donde se resuelvan los problemas antes mencionados.²

² López Martínez, Rosario Santiago, Cortéz Mondragón, TESIS Diagnóstico de salud bucodental en *niños* de la calle que ingresan a Casa Alianza, UNAM, FO, 2001, 54 p.p.

2 LOS NIÑOS DE LA CALLE

2.1 CONCEPTOS

CONCEPTO DE NIÑOS

El uso del término *niños* está relacionado con la Convención Internacional de los Derechos de la Infancia que considera como tales a todo menor de 18 años. Sin embargo, desde un primer momento tendríamos que acostumbrarnos a hablar de *niños*, adolescentes y jóvenes callejeros, ya que las alternativas que debemos proponerles, serán diferentes de acuerdo a la edad específica de cada uno de ellos.³

CONCEPTO DE NIÑOS DE LA CALLE

Se le llama "Niño de la calle" a todo aquél menor de edad, ya sea *niño* o *niña* que sale de su casa para vivir en la calle, o que vive en su casa pero trabaja en la calle.

2.2 LA PROBLEMÁTICA DE LOS NIÑOS DE LA CALLE

El fenómeno de la niñez callejera forma parte de la dinámica estructural de países como el nuestro, inscrito dentro del modelo neoliberal, cuyo valor fundamental es la globalización de la economía.

Las políticas de ajuste al presupuesto destinado al sector social suelen ser poco eficientes y sin un impacto significativo para evitar que más *niños* salgan a vivir y trabajar en la calle.⁴

³ Griesbach y Sauri, Con la calle en las venas, México, ednica, 1997

⁴ Sauri Gerardo, Dimensiones y características de los *niños* callejeros en México, ednica, 1999

La salida de un niño a la calle o su permanencia en ella es un proceso a través del cual, vive experiencias que lo alejan de su familia o comunidad y lo acercan a la calle.

El camino a la calle *desidentifica* progresivamente al niño con su familia y comunidad y lo *identifica* simultáneamente con la calle y sus personajes. Dicho proceso de "callejerización" avanza sobre dos vías: una gradual identidad con la vida en la calle y otra, el deterioro de las condiciones de vida del niño o niña.⁵

Los casos de maltrato, de falta de comunicación, escasa demostración de afecto y abandono, son en parte, producto de las condiciones a las que se ven sometidas las familias dentro y fuera de la comunidad en la que habitan. La tradición asistencialista prevaleciente en los modelos de atención a los *niños* de la calle, ha hecho creer que ellos viven y trabajan en la calle por culpa de familias que los explotan y maltratan. Por lo tanto evitan cualquier tipo de vínculo del niño con su familia, pues lo consideran nocivo.

Existen muchos factores de riesgo en la comunidad; pero aquí sólo vamos a mencionar tres de los más importantes:

- El maltrato. Si bien se concretan dentro de la familia, son comunes en toda la comunidad y son determinados por una "cultura de maltrato y violencia".
- Altos grados de alcoholismo y drogadicción en la comunidad.
- La presencia de grupos policíacos que funcionan en las comunidades como aparatos permanentes de represión y corrupción.⁶

⁵Griesbach y Sauri, 1997, op. cit. Cap.II

⁶ Ibidem

2.3 DATOS GENERALES SOBRE LA POBREZA EXTREMA EN MÉXICO

El Consejo Nacional de Población estimó en 1998 un total de 96.3 millones de habitantes en México. Para el 2000 calculó que la población sería de 100 millones, 112 millones para el 2010 y 130 millones para el 2030, hay una tasa de natalidad del 2.2%, es decir cada año nacen aproximadamente 2,463,000 personas, además de que cada año mueren aproximadamente 790,000.

Se estima que el 47.5% de la población es menor de 18 años, de éstos aproximadamente 45 millones son infantes y más de 23 millones viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Tres cuartas partes de los *niños* nacen en el 25% de las familias más pobres.

En la Ciudad de México:

- Hay 20 millones 467 mil 38 hogares.
- 695 mil 485 familias viven con menos de 420 pesos al mes
- 1 millón 351 mil 219 hogares perciben más de 420 pesos pero menos de 840 pesos.
- El 70% de las agresiones sexuales a los *niños*, niñas o adolescentes se dan en los hogares.
- Mueren 350 personas al día por desnutrición (según datos del frente por el Derecho a la Alimentación).
- En la Ciudad de México, uno de cada 20 *niños* padece desnutrición, es decir 117,339 *niños*, de los cuales 70,000 manifiestan desnutrición severa y están en riesgo de morir.⁷

⁷ CONAPO Informe nacional sobre la población, México, 1998

En 1996, en las calles de la ciudad de México, 13,373 menores vivían fuera de su hogar. La UNICEF habla hoy de más de 20 000 *niños* (68.5%) y *niñas* (31.5%) en "situación de calle".⁸

⁸ El Censo de los *Niños* y *Niñas* en situación de calle, UNICEF, DIF, Gobierno de la Ciudad de México, 1996

EL MALTRATO INFANTIL

En el primer trimestre de 1997 en el D.F.: de los 5,000 *niños*, víctimas de maltratos, un 10% ha sido atacado sexualmente, en general, sin violencia física.

Niñotel (Tel. 56 58 11 11): en un año, recibió unas 10,000 denuncias, una tercera parte directamente de *niños*, relacionados con el maltrato físico o psicológico.

Albergue temporal de la PGJDF: Primer trimestre de 1998: 136 *niños* fueron remitidos a la institución por diferentes tipos de abuso y violencia, desde quemaduras o abandono, hasta la violación. Cada año, unos 5,000 *niños* sufren quemaduras y 250 de ellos mueren, mientras 800 a 900 no tienen atención médica idónea.

Denuncias de Maltrato Infantil

- 1995: el DIF recibió, en todo el país más de 25,000 denuncias de maltrato infantil (3,768 tan sólo en el Estado de México y 2,994 en el D.F.), el 84.5% son niñas. El 47.5% de los agresores tienen un vínculo consanguíneo (primero el padre o la madre, seguido del abuelo, tíos, hermanos), en el 62.1% de los casos se trató de un abuso prolongado.
- 1997: 25,259 casos denunciados, en la mayor parte por maltrato de la madre, con daños físicos y/o psicológicos, falta de cuidados, abandono o abuso sexual; 5,000 de los *niños* afectados son lactantes y 10,000 asisten a la primaria.
- 1998: entre enero y marzo casi 5,000 denuncias de maltrato se presentaron ante el DIF, la mitad fueron casos de niñas maltratadas, siendo el agresor, en el 505 de los casos la madre.⁹

⁹ Fuente DIF

2.4 ESTADÍSTICAS SOBRE NIÑOS Y NIÑAS TRABAJADORES Y DE LA CALLE, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

En la ciudad de México se han realizado tres estudios a cargo de los gobiernos en función con el apoyo del Unicef – México.

El primer estudio fue realizado 1992.¹⁰

El segundo estudio se realizó en 1995, dicho estudio registra un incremento de un 20% de *niños* que trabajan o viven y trabajan en la calle, entre 1992 y 1995 ubicándolos en 13,373 menores, lo que representa un índice anual de crecimiento del 6.6%. Este mismo estudio señala que el fenómeno se generalizó por toda la ciudad. De igual forma indica que creció la proporción de menores de 0 a 6 años que junto con sus familias sobreviven en la calle.

De este total de *niños*, niñas y adolescentes contabilizados, el 2%, es decir 267, ejercían la prostitución, de los cuales 25% son mujeres.

Los resultados de este estudio¹¹ señalan también como las principales actividades económicas en que se desempeñan los *niños*, niñas y adolescentes para su supervivencia son:

- Venta de diversos productos – 63%
- Mendicidad – 19%
- Limpia parabrisas – 16%

¹⁰ Departamento del Distrito Federal, Primer estudio sobre infancia en situación de calle, México, 1992

¹¹ UNICEF, DIF, DF y DDF II censo de los *niños* y niñas en situación de calle de la Ciudad de México, 1996

INFORME DE ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN CON LOS NIÑOS CALLEJEROS

En julio de 1996, 4 instituciones civiles en el D.F.: Casa Alianza IAP., Visión Mundial de México A.C., Fundación Déjame Ayudarte IAP y Ednica IAP tuvieron contacto a través de sus programas de educación en la calle, con 1369 *niños*, niñas y jóvenes de la calle, de los cuales el 14% representaba a la población femenina y el 86% a la masculina.

Esta población se encontraba distribuida en 68 zonas de la Ciudad de México. La concentración de *niños*, niñas y jóvenes de la calle se ubicaba de 1 a 138 por zona, siendo el promedio 16.5 por zona.

Estas cifras contrastan contra los promedios por zona encontrados por el II Censo.

Por otra parte, el rango de población que registró un mayor porcentaje fue el de los 16 a 20 años con el 51%, seguido del que va entre los 11 a 15 años con el 37%, el 4% del total lo ocupó la población entre los 6 y 10 años y en el rango de 1 a 5 años fue igual al comprendido entre los 20 y 25 % con un 1.5% para cada uno.¹²

ESTUDIO DE 1999

En éste tercer estudio se registraron 900 puntos de encuentro, incluyendo cruceros, avenidas, baldíos, tiraderos de basura, plazas, parques, terminales de transporte, mercados, tianguis y centros comerciales.

El estudio ubica en estos puntos a 14 mil 322 niñas, *niños* y jóvenes de hasta 17 años, de los cuales el 60% son del sexo masculino; el 11% del total se encuentra entre los 0 y 5 años de edad, el 17% entre 6 y 11 años y el 72% entre 12 y 17 años.

¹² ednica, ediac, et.al. Anteproyecto de Norma oficial Mexicana de atención a la infancia Callejera, México, 1999

En el informe se menciona que las niñas, los *niños* y jóvenes que viven en la calle, junto con los que trabajan en cruceros y avenidas constituyen aproximadamente 3 mil 500 personas.

Al igual que en los anteriores registros, éste muestra que la mayor concentración se encuentra en las delegaciones Cuauhtémoc (2606 *niños* y niñas), Iztapalapa (1921 *niños* y niñas), Gustavo A. Madero (1419 *niños* y niñas), Coyoacán (1117 *niños* y niñas) y Benito Juárez (1092 *niños* y niñas).¹³

2.5 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS Y JÓVENES CALLEJEROS

En una investigación¹⁴ de 1993, se recopilaron las principales características que diversos estudiosos del tema han encontrado en la población callejera:

- Su ambiente gira alrededor de la calle y en diversos grados dependen de la calle para sobrevivir.
- Tienen pésimas condiciones de alimentación, recreación y salubridad en sus zonas de origen, y pocas posibilidades de acceso a la educación y al mercado de trabajo.
- Su vida se encuentra en condición de alto riesgo por estar desnutridos, al margen de cualquier atención, y porque muchos utilizan drogas, practican la prostitución y se ven sometidos a la violencia.
- La mayoría ha pasado por alguna institución de asistencia.
- Tienen un concepto de sí mismos muy desvalorado
- Manifiestan gran rebeldía.
- Son astutos, chantajistas y manipuladores.

¹³ DDF, DIF, UNICEF, 1999, op.cit.

¹⁴ Díaz - Sauri, 1993,op.cit.

2.6 LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Explorando la situación de la infancia callejera, se hace evidente que la única forma de detener el problema, es prevenirlo desde el origen. Esto implica entender las condiciones y los factores que ponen a un niño en riesgo de vivir en la calle, para poder desarrollar programas y métodos que viabilicen la prevención en tanto a objetivo. Uno de los factores en que se puede aplicar la prevención es el institucional.

Las condiciones de calidad, impacto, cobertura y adecuación a las necesidades de la población que son propias de diversas instituciones públicas como la escuela, los centros de salud, los núcleos deportivos, centros culturales, etc., lejos de responder a las demandas de esta población, se constituyen en puntos de expulsión.

Por lo que se hace hincapié a la falta de programas dedicados específicamente a detectar y atender a los *niños*.¹⁵

Las instituciones deben:

- Cuando se trate de brindar habitación, las instalaciones físicas deberán estar en condiciones adecuadas en cuanto a higiene, salubridad y seguridad, incluyendo el suministro de artículos destinados a su higiene personal.
- Ofrecer un ambiente de respeto y dignidad a los *niños*, niñas y adolescentes.
- Contar con un proyecto o plan educativo que describa el proceso y objetivos que se propone desarrollar con el grupo de *niños* y adolescentes, desde su estancia en la calle hasta la consolidación de un proyecto de vida fuera de la misma.

¹⁵ Adeath Villamil Claudia, ¿Crees que has dicho todo sobre mí? Situación, experiencias y acciones sobre la infancia callejera en México, ednica, 2001

- Buscar al máximo posible la preservación y fortalecimiento de los vínculos familiares de los *niños* y adolescentes.

Las recomendaciones citadas anteriormente se inscriben en el anteproyecto de la NOM (Norma Oficial Mexicana de atención a la infancia callejera)¹⁶

2.7 PROPUESTA DE LA NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN A LA NIÑEZ CALLEJERA

Retomando algunos puntos expuestos en la propuesta de la Norma Técnica para la Atención de la Infancia Callejera, documento elaborado por Casa Alianza, Ednica, Thais y Visión mundial en 1997, podemos mencionar que: lo que existe en las calles y no sabemos en qué medida es lo siguiente:

- Muertes de *niños* callejeros como producto de la violencia, represión y persecución.
- Madres adolescentes callejeras, quienes después de haber crecido durante años en las calles de manera natural, permanecen con sus hijos en ellas.
- Prácticas de riesgo dentro de la población de *niños* en situación de calle.
- VIH – SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Explotación y abuso sexual y comercial al que se ven sometidos los *niños* callejeros.

Existe una propuesta de normatividad para las instituciones que dan atención a la infancia callejera que parte de dos supuestos fundamentales:

1. La necesidad de estimular y fortalecer las acciones que las organizaciones sociales, privadas y públicas realizan a favor de los *niños* y *niñas* callejeros, reconociendo que además de promover el

¹⁶ ednica, ediac, et.al., NOM, 1998

bienestar de los *niños* a los que atienden, constituyen al desarrollo social y a la construcción de una sociedad más justa y democrática. Es por ello que la propuesta de la norma técnica busca establecer mecanismos básicos que faciliten y alienten la instrumentación de acciones a favor de los *niños* callejeros.

2. La necesidad de garantizar el pleno cumplimiento de los derechos establecidos en la Convención Internacional de los Derechos de la Infancia, suscrita por el Gobierno de México, dentro de las acciones que realicen las organizaciones sociales a favor de los *niños* y niñas callejeros.

Los fundamentos de dichas propuestas son:

1. Reconocer que hay múltiples actores (organizaciones no gubernamentales, empresas, familias) que hacen política social junto con el aparato público, el cual no debe ejercer el monopolio o casi monopolio del tema.
2. Sustituir la lógica burocrática, - basada en decisiones administrativas centralizadas y que conduce a la realización de proyectos masivos -, por otra que propicie los proyectos sociales generados por las comunidades y seleccionados por la vía de la licitación.
3. Garantizar la plena satisfacción de las necesidades de las niñas y *niños* y el respeto a sus derechos humanos.¹⁷

2.8 REFORMA A LA LEY CONSTITUCIONAL

En diciembre de 1999 el Poder Legislativo aprobó la reforma y adición al artículo 4° de la Constitución que introduce la noción de los derechos de niñas y *niños*, señala algunos de éstos y las obligaciones básicas de la familia, la sociedad y el Estado para protegerlos.

¹⁷ ednica, Thais, Casa Alianza, Visión Mundial, Proyecto Norma Técnica para la atención de *Niños* callejeros. México. 1999

En abril de 2000, el Legislativo aprobó la Ley para la Protección de los Derechos de *Niñas, Niños* y Adolescentes, reglamentaria del artículo 4° Constitucional.

Estas medidas deben ser consideradas como un paso fundamental en materia de protección de los derechos de la niñez, principalmente porque introducen por primera vez en la historia del país, el concepto de niña, niño, y de sus derechos, aspectos que resultan fundamentales para un trato diferente hacia ésta población.¹⁸

¹⁸ Sauri Gerardo, *Agenda política sobre legislación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Propuesta de las organizaciones sociales, mimeo, México, ednica, 2000

3. FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO, IAP

3.1 ¿QUÉ ES LA CASA ALIANZA MÉXICO?

Casa Alianza es una organización independiente, sin fines de lucro, dedicada a la rehabilitación y defensa de los *niños* y *niñas* de la calle.

Fundación Casa Alianza México IAP, fue establecida en 1988 a partir de la iniciativa del Lic. Luis Creel, abogado de reconocido prestigio internacional quien se preocupó por la realidad social de nuestro país y en especial por la problemática de los *niños* de la calle. La fundación tiene como objetivo proteger y atender a jóvenes desamparados a través de brindar elementos de desarrollo personal a cada niño, niña o adolescente de la calle.¹⁷

3.2 MODELO DE ATENCIÓN

La base del modelo de atención de Casa Alianza gira alrededor de dos ideas claves: "Alianza" y "Casa". La *Alianza* debe ser entendida como una relación muy especial que se desarrolla con el niño y la niña basada en un respeto absoluto y un amor incondicional. La *Casa* debe ser entendida como un espacio diferente a la calle, no sólo en cuanto a un lugar físico, sino sobre todo, referido a un hogar donde vivir, jugar y desarrollarse.

En Casa Alianza parten de esa premisa —la calle no es el espacio adecuado para un niño, por lo que todo el enfoque debe ser precisamente la invitación a que ellos y ellas la abandonen y la de proporcionarles opciones y alternativas.

El objetivo general del modelo de atención es brindarles a los *niños* elementos de desarrollo personal, a través de cuatro etapas de atención:

1° ETAPA CALLE Un equipo de jóvenes profesionales todo los días salen a visitar diferentes zonas de la ciudad de México. Acercan a los *niños* en su

¹⁷ Folleto obsequiado por Casa Alianza

propio ambiente a fin de conocerlos, proporcionándoles cuidados de emergencia y orientación, pero sobre todo amistad y respeto. De ésta forma establecen un vínculo afectivo con los *niños*, y los sensibilizan para que dejen la calle e invitarlos a Casa Alianza.

2° ETAPA REFUGIO Aquí se inicia el proceso de recuperación de crisis, en una casa abierta las 24 horas del día. Es un lugar donde reciben alimento, vestido y atención médica, cuentan con un consejero particular y realizan actividades académicas, recreativas y deportivas, las cuales tienen como objetivo fomentar la responsabilidad, restablecer la autoestima y desarrollar en el niño el deseo de llevar una nueva forma de vida.

3° ETAPA HOGAR DE TRANSICIÓN Sólo pasan aquí los *niños* que superaron la segunda etapa, el hogar permite a los *niños* inscribirse en cursos escolares o de capacitación y se les brinda un ambiente más familiar. Así mismo se les prepara para responder a un compromiso de mayor socialización con su desarrollo académico, social y personal.

4° ETAPA HOGARES GRUPALES Este es el último paso en el camino, es la residencia en un hogar grupal, en donde los *niños* son guiados por un equipo de consejeros que tratan de replicar un ambiente familiar positivo. Se trata de cambiar el concepto negativo que tienen acerca de la familia.

Esta institución tiene además otros programas de ayuda para los *niños* de la calle:

LUNA

Tiene dos objetivos: brindar apoyo integral a *niños* de la calle con VIH-SIDA y trabajar de manera efectiva la prevención de ésta enfermedad.

OLLÍN

Es una comunidad terapéutica residencial, diseñada para atender a los *niños* que consumen inhalantes y otras drogas nocivas. La finalidad es mejorar gradualmente la salud física y mental de los *niños*, hasta su recuperación total.

SALUD INTEGRAL

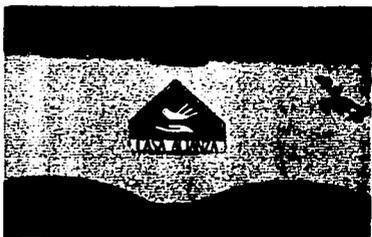
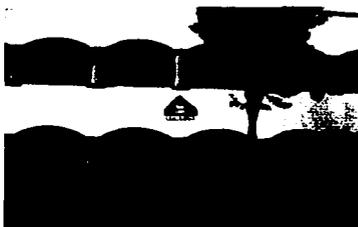
Cada niño(a) que ingresa a Casa Alianza recibe atención de salud, y lo conforman tres niveles – preventivo, diagnóstico y tratamiento. Los *niños* que sufren graves problemas pueden recibir atención externa por medio de los convenios establecidos con instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

REINTEGRACIÓN FAMILIAR

El objetivo es restablecer el vínculo familiar del menor, reintegrando al niño con su familia siempre y cuando así lo manifiesten y tengan las condiciones necesarias.

VIDA INDEPENDIENTE

Aquí se les permite a los adolescentes mayores de 17 años comenzar su preparación para enfrentarse a la vida afuera de las instituciones de apoyo, ofreciendo talleres, asesoría y capacitación para que puedan lograr una carrera técnica ó académica.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. ENFERMEDADES BUCODENTALES

4.1 CRIES

Definición

La caries es una desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados, que se produce por debajo de una capa de bacterias en la superficie dentaria. Se considera causada por ácidos formados por las bacterias de la placa, al metabolizar azúcares de la dieta.

Etiología

Papel de la sacarosa. El papel de la sacarosa en la caries dental es sustentado por los abundantes datos recogidos en Europa durante las dos guerras mundiales, cuando una drástica reducción de azúcar fue seguida por una marcada reducción de la caries.

En las dos últimas décadas ha cambiado la correlación entre el consumo de azúcar y caries por la introducción del fluoruro como agente preventivo.

El fluoruro aumenta la resistencia de los dientes y no está implicado en oposición a la caries en sí, sino en reducir en bajo grado la formación de ácido por las bacterias. Por ende, el consumo de sacarosa sigue siendo un desafío cariígeno, aunque se haya reducido la correlación con la caries.

Papel de las bacterias. Las modernas técnicas microbiológicas, incluidos estudios en animales libres de gérmenes, demostraron con claridad que los animales susceptibles de caries no desarrollaron cavidades aún con dietas con alto contenido de sacarosa hasta que se introducían microorganismos cariógenos.

Estos trabajos mostraron que el *Streptococcus mutans* era, la bacteria más cariógena en sistemas animales. En presencia de sacarosa, el *Streptococcus mutans* produce un glucano extracelular, polímero de la glucosa, que le permite establecerse sobre superficies dentarias y formar una

placa adhesiva y sumamente cariogena. El *Streptococcus mutans* es acidógeno y acidúrico, y éste probablemente sea otro aspecto importante de su alto potencial cariogeno.

Características clínicas

El cuadro clínico de la lesión de caries en *niños* y adolescentes difiere en varios aspectos del de los adultos. En primer término, la lesión se observa a menudo en sus estadios más tempranos, segundo, las características morfológicas de la dentición primaria y de la dentición permanente joven y en erupción, modifica los síntomas clínicos de la afección.

El diagnóstico de la lesión se lleva a cabo mediante visión directa y diferentes auxiliares.

En la dentición primaria puede desarrollarse un tipo de caries rampante, ya que en el primer año de vida en este tipo de caries se ven grandes lesiones en superficies lisas de las caras vestibular y lingual, o palatina de los incisivos.

En la dentición permanente, hay que prestarle atención a las fosas de la superficie palatina de los incisivos superiores y en el incisivo lateral superior una fosa muy notable.²⁰

Medidas Preventivas

Fluoruros

Como ya mencionamos, la introducción de fluoruros en la prevención de caries significó un notable éxito. Se suponía que el principal mecanismo de acción del flúor era sistemático, al mejorar las propiedades físicas y químicas del esmalte y reducir de ese modo la tasa de su disolución en pH bajo.

²⁰ Goran Koch, Modeér, Poulsen, "Odontopediatría: Enfoque clínico" Edit. Médica Panamericana, Argentina, 1994

También se tiene un material de excelente calidad que se usa para selladores de fosetas y fisuras, el cual, como ya se sabe nos previene la caries al aplicarlo en todas las fosetas y fisuras susceptibles a caries.

La prevención de caries mediante medidas de higiene oral en *niños* debe basarse en las siguientes recomendaciones:

- Cepillado dental tres veces por día y el uso de pasta dentífrica fluorada, desde que empieza la aparición de los primeros dientes.
- El uso del hilo dental también se usa desde que comienza la erupción de la dentición primaria pero con la ayuda de la madre.

4.2 PLACA DENTOBACTERIANA

Definición

La placa dental estudiada y descrita por primera vez a fines del siglo XIX especialmente por Williams, Miller y Black, se puede definir como una estructura orgánica firmemente adherida al diente, constituida por:

1. Diversos microorganismos, en promedio se pueden identificar entre 200 y 300 diferentes especies.
2. Productos del metabolismo de estos organismos especialmente polímeros de glucosa (glucanos), polímeros de fructuosa (fructanos) y heteroglucanos.
3. Elementos protéicos provenientes de la saliva que se integran a su estructura.

La placa se forma en mayor volumen y rapidez en las superficies poco pulidas, entre dientes apiñados y en las superficies fuera de oclusión.

Cuando la placa no es eliminada adecuadamente, tiende – en áreas específicas – a mineralizarse, formando una masa dura y resistente denominada generalmente cálculo dental o tártaro.

Etiología

Mala higiene y mala técnica de cepillado

Manifestaciones clínicas

La formación de la película adquirida tarda aproximadamente 3 o 4 horas máximo, es de color claro, traslúcida y por lo tanto difícilmente detectable, para esto se utiliza pastillas reveladoras, que nos sirven como método de diagnóstico. En ocasiones puede pigmentarse después de algún tiempo por productos externos, provenientes de hábitos como el tabaquismo, o bien en algunos entornos laborales por polvos de cobre, níquel, cadmio y hierro.

Medidas Preventivas

Se tiene como principal medida preventiva, mantener una buena higiene, en la cual se utiliza el cepillo dental, hilo dental y enjuague bucal.

Los objetivos del cepillado son:

1. Remover y destruir la formación de placa bacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos o manchas
3. Estimular los tejidos gingivales, y
4. Aplicar dentífricos medicados²¹

4.3 GINGIVITIS

Definición

La gingivitis se caracteriza por ser una inflamación de la encía, hay una tendencia a denominar todas las formas de enfermedad gingival con el nombre de gingivitis, como si la inflamación fuera el único proceso patológico que interviene. Sin embargo, en la encía ocurren procesos patológicos que son causados por la irritación local, como atrofia, hiperplasia, neoplasia.

²¹ Zimbrón Levy, Feingold Steiner, "Odontología Preventiva: Conceptos básicos" Centro Regional de Investigación multidisciplinaria, UNAM, 1993. 269 pp.

En general se cree que la gravedad y la prevalencia de esta enfermedad aumentan con la edad. La gingivitis es el estadio inicial de la enfermedad periodontal y muchos de los casos de periodontitis, que pueden progresar a un absceso periodontal.²²

Etiología

Se considera a la placa dentobacteriana, el cálculo, materia alba y los microorganismos como los factores etiológicos básicos en cuanto al desarrollo periodontal, su remoción es la clave del tratamiento periodontal. El exámen de placa y cálculo debe hacerse durante la exploración inicial y repetirse a lo largo del periodo de tratamiento. La ausencia de un adecuado control de placa, probablemente sea el factor más importante en la gingivitis.

Manifestaciones clínicas

Los dos síntomas más tempranos de la inflamación gingival que preceden a la gingivitis establecida son:

1. Formación mas rápida del líquido gingival, y
2. Hemorragia con el sondeo cuidadoso del surco gingival.

La gingivitis oscila desde formas ligeras, que casi no se distinguen de la normalidad, hasta formas avanzadas de las que pueden aparecer cambios eritematosos y edematosos importantes, o incluso induraciones o fibrosis.

La inflamación gingival tiene distintos grados de extensión y varias localizaciones en la cavidad oral.

Algunas veces se localiza en un solo diente, otras afecta solo a los dientes frontales, en ocasiones afecta a la encía bucal, mientras que en otras se localiza únicamente en las zonas interdentes.

²² Shiro Kinoshita, "Atlas a color de periodoncia", Publicaciones Médicas, España, 1997

Medidas preventivas

Durante años la creencia de que era necesaria una buena higiene bucal para la prevención y el tratamiento exitoso de la gingivitis, además los estudios epidemiológicos en todo el mundo confirmaron una relación cercana entre la incidencia de gingivitis y la falta de higiene bucal.

Varios estudios a largo plazo demuestran que la salud gingival, se puede mantener con una combinación de procedimientos de higiene bucal eficaces y raspado. La gingivitis es reversible y se puede resolver por la eliminación diaria y eficaz de placa.²³

²³ Carranza Fernán, Newman Michael, " Periodontología Clínica ", 8ª edición, edit. Mc graw Hill Interamericana, México, 1997

5. ENFERMEDADES SISTÉMICAS PREFERENTES EN NIÑOS DE LA CALLE

5.1 SIDA

Definición

El CDC (Center for Disease Control) de Atlanta define el SIDA como una enfermedad caracterizada por un déficit de la inmunidad celular en pacientes con menos de 60 años de edad y en los cuales no se han demostrado causas conocidas de la inmunodeficiencia primaria o secundaria, acompañada de graves infecciones por gérmenes oportunistas en ocasiones asociada a una variante agresiva del sarcoma de Kaposi.

Etiología

El posible origen de VIH es muy controvertido. El VIH es un virus perteneciente al tipo de los retrovirus. Es un virus RNA viciatenario, que utiliza una transcriptasa inversa para copiar su genoma en el DNA de la célula huésped. Una vez que se ha replicado el genoma del virus, madura en el citoplasma mediante el proceso de gemación, o es liberado tras lisis de la célula infectando otras células del individuo. Se caracteriza por su tropismo, por los linfocitos T y en menor grado, los linfocitos B. Su variabilidad genética es muy alta, para eludir la acción neutralizante de los anticuerpos, lo que representa el principal problema en los intentos de producir una vacuna efectiva contra el SIDA.

Manifestaciones Bucales

Dentro de ellas destaca principalmente la candidiasis bucal, que constituye uno de los hallazgos iniciales de la enfermedad. Para algunos autores la presencia de candidiasis oral tiene un gran valor predictivo, ya que los

pacientes que la presentan tendrán una evolución mas rápida hacia un SIDA establecido.²⁴

Lesiones asociadas comúnmente con la infección por VIH

Candidiasis :

3. Eritematosa
4. Seudomembranosa

Leucoplasia vellosa

Enfermedades Periodontales:

1. Eritema gingival lineal
2. Gingivitis necrotizante
3. Periodontitis necrotizante

Sarcoma de Kaposi

Linfoma No Hodgkiniano

²⁴ Bagán Sebastián, et.al., "Medicina Oral", edit. Masson, S.A., España, 1995

Medidas Preventivas²⁵

VIA	MÉCANISMO	LIQUIDO IMPLICADO	PREVENCIÓN
Sexo	Hombre a Hombre, heterosexual, mujer a mujer	Esperma, secreciones cervicales y vaginales	Cuidadosa selección de la pareja; abordar la discusión del VIH con la pareja potencial; abstinencia; usar apropiadamente el uso de condones de látex; lubricantes a base de agua; noxymol-9
Uso de drogas intravenosas	Compartir aguja	Sangre	No iniciarse; estar en tratamiento antidroga; no compartir agujas; lavar sus agujas; limpiar su piel; evitar la inyección en grupo
Sangre y sus productos	Transfusión, tratamiento para hemofilia Exposiciones por punción de aguja	Factores de coagulación de la sangre Sangre	Exclusión de la donación voluntaria; estudio para el VIH; tratamiento con calor Evitar la reutilización de aguja; contenedores a prueba de punciones
Madre seropositiva	Embarazo y nacimiento	Tejido fetal, líquido amniótico, Leche materna	Evitar la concepción si VIH es positivo; considerar aborto; anticipar que el niño esté infectado Evitar alimentación de pecho
Donaciones de esperma		Esperma	Exclusión del donador voluntario; centros de donación con reputación; estudio del VIH al donador a los cero y seis meses; esperma congelado
Donación de órganos		Varios órganos	Estudio para el VIH antes de donar o recibir transfusión; análisis de riesgos y beneficios

²⁵ Merle A. Sande, Paul Volberding, "Manejo Médico del SIDA" 2° ed. Edit. Interamericana Mc Graw - Hill, 1992.

5.2 DIABETES

Definición

Es un padecimiento metabólico complicado, que se caracteriza por la hipofunción o carencia de fusión de las células beta de los islotes Langerhans en el páncreas. Esto motiva altos valores sanguíneos de glucosa y la excreción de azúcar en la orina. Existen dos tipos básicos de diabetes sacarina primaria: dependiente y no dependiente de insulina.

La diabetes sacarina dependiente de insulina (DSDI) (tipo I), también se conoce como diabetes juvenil o de inicio juvenil. Si bien en ocasiones aparece en edades mayores. Este tipo de diabetes surge de una falta absoluta de insulina, es muy inestable y difícil de controlar, posee una tendencia marcada hacia la cetosis y el coma, no es precedida de obesidad y exige inyectar insulina para su control.

Las personas con el padecimiento acuden con los síntomas relacionados por tradición con la diabetes: polifagia, polidipsia, poliuria, predisposición a las infecciones y anorexia.

La diabetes sacarina no dependiente de insulina (DSNDI) (TIPO II) es el tipo adulto (comienza por lo regular a los 45 años). Ocurre a menudo en obesos y por lo regular, puede controlarse mediante la dieta o los agentes hipoglucémicos orales. La producción de cetosis y coma es rara. La diabetes que inicia en la edad adulta, tiene los mismo síntomas que la diabetes juvenil, pero en forma menos grave.

Manifestaciones bucales

Diabetes no controlada.- se describen los siguientes hallazgos en la mucosa bucal: queilosis y una tendencia hacia el resecaimiento y la formación de grietas, sensaciones de quemaduras, xerostomía y alteraciones en la microflora de la boca, con mayor predominio de *Cándida Albicans*, *estreptococos hemolíticos* y *estafilococos*.

Diabetes controlada.- es posible controlar la enfermedad mediante dieta o administrando insulina, otros medicamentos, o ambos. En la diabetes bien controlada, no se encuentra alguno de los cambios antes mencionados. Hay una reacción normal de los tejidos, ningún incremento en la incidencia de caries, una dentición desarrollada naturalmente, así como una defensa normal contra las infecciones.²⁶

Medidas preventivas

El principal riesgo para los pacientes no controlados son las infecciones y deben prevenirse mediante la administración profiláctica de antimicrobianos. Como dato particular, para el caso de la enfermedad periodontal en el paciente diabético, cabe indicar que las tetraciclinas son el antibiótico de primera elección, para ser administrado como coadyuvante del tratamiento periodontal.²⁷

²⁶ Carranza, Newman, 1997, idem

²⁷ Bagán, et.al., 1995, idem

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación actual que tienen los *Niños de la Calle*, es bastante deplorable ya que no cuentan con ningún apoyo en su totalidad. Sólo se cuenta con fundaciones que apoyan a los que piden ayuda, y éstos son los que ingresan a este tipo de instituciones.

Los principales factores de riesgo que causan la salida de sus casas son: el maltrato por parte de sus padres, lo cual los llevan a buscar un refugio en el alcohol, en las drogas y que en la calle vean una forma de vida lejos de su familia y sin deseos de regresar.

Por todos estos antecedentes, podemos esperar que la situación de su estado de salud bucal no es favorable, que tienen grandes necesidades de tratamiento, así como medidas de prevención y educación en el área odontológica.

7. JUSTIFICACIÓN

La problemática del *Niño* de la Calle no solamente surge de la desintegración familiar, el *niño* es víctima de la pobreza, del maltrato familiar, lo cual conlleva a que él mismo haga de la calle su única alternativa de vida.

Hay organizaciones como la Casa Alianza que se encarga de atender sus necesidades y en donde se les brinda el apoyo a éstos *niños* y jóvenes.

En la revisión bibliográfica hay poca información que se relacione al estado de salud bucodental del *niño* de la calle, sólo se encontró una tesis realizada en el año 2001 en Casa Alianza, reportando alteraciones bucodentales, esto gracias a que no existe ningún programa que se encargue del área odontológica, tanto a nivel curativo como educativo.

La propuesta de un programa básicamente se enfoca en la información y en la educación, y quizá poder hacer la propuesta para contar como en otros países, con una unidad odontológica con rayos X, equipo de avanzada tecnología y materiales de alta calidad para ofrecerles a estos *niños* los mejores tratamientos de restauración, prótesis, endodoncia, cirugía menor y periodoncia.

Por lo cual si se implementa un programa de educación, donde se les enseñe la importancia de la salud bucodental y sus medidas preventivas, éste tendría un gran beneficio en la salud integral de esta población.

8. HIPÓTESIS DE TRABAJO H1

Mediante la implementación de un programa educativo, los "*niños de la calle*" aprenderán la importancia de la salud bucal.

HIPÓTESIS NULA H0

Mediante la implementación de un programa educativo, los "*niños de la calle*" no aprenderán la importancia de la salud bucal.

9. OBJETIVOS

9.1 OBJETIVO GENERAL

- Diseño, implementación y evaluación de un programa educativo de salud bucal

9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el nivel de conocimiento que tienen los *niños* de la Casa Alianza sobre salud bucodental
- Mejorar la salud bucal en los *niños* de la calle que ingresan a Casa Alianza

10. METODOLOGÍA

10.1 MATERIAL Y MÉTODOS

La población de estudio estuvo constituida por *niños de la calle* pertenecientes a la Casa Alianza de sexo masculino y femenino y de edades que fluctúan de 5 a 20 años. En la institución se presentó una solicitud de permiso (anexo 1) por parte de la Coordinadora del seminario de odontología comunitaria para poder llevar a cabo este estudio.

Se diseñó un programa educativo de salud bucodental, en el que además se incluyó cuidados y manifestaciones bucales sobre diabetes y SIDA a petición de la institución ya que dentro de este grupo poblacional se encuentran niños con estos padecimientos

10.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de intervención comunitaria

10.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo con *niños de la calle* pertenecientes a Casa Alianza, que se encontraban registrados del 03 al 27 de marzo del 2003.

10.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomó como muestra a 52 *niños* que en ese momento se encontraban en la institución ya que los otros 15 se encontraban trabajando fuera de la institución.

Estuvo conformada por:

- 32 niñas y adolescentes
- 20 niños y adolescentes

TOTAL 52

10.5 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Contenido educativo del programa
- Variables sociodemográficas
- Situación del *niño* de la calle

VARIABLES DEPENDIENTES

- Nivel de conocimientos sobre salud bucodental
- Prácticas de salud bucal

10.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños de la calle internos en casa alianza que están inscritos en algún programa que ofrece esta institución

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños de la calle externos a Casa Alianza

10.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se diseñó un formato (anexo 2) para la recolección de las variables de estudio, así mismo otro (anexo 3) para la evaluación del programa.

Los datos se analizaron con el programa de computadora excell

11. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PARA NIÑOS DE LA CALLE

11.1 METAS

Elevar el nivel de conocimiento sobre la salud bucodental en un 60% en los niños de la calle que viven a Casa Alianza.

11.2 ESTRATEGIAS

- Aplicación de una entrevista diagnóstica y una sumativa para conocer y evaluar los conocimientos sobre la salud bucal
- Preparación de material didáctico para la motivación en el aprendizaje; como es, la elaboración de un rompecabezas, memoramas, loterías, diapositivas relacionadas con la salud bucal y elaboración de elementos para formar un periódico mural.
- Aplicación de actividades con diferentes técnicas didácticas (charla, demostración, juegos, autocepillado) que fomenten la educación para la salud bucal

11.3 SELECCIÓN DE CONTENIDOS EDUCATIVOS

CARIES	Definición
PLACA	Etiología
DENTOBACTERIANA	Características clínicas
GINGIVITIS	Medidas preventivas

TÉCNICAS PREVENTIVAS DE HIGIENE BUCAL

SIDA	Definición
DIABETES	Etiología
	Manifestaciones bucales
	Medidas preventivas

11.4 LÍMITES DEL PROGRAMA

11.4.1 UBICACIÓN

Fundación Casa Alianza México, localizado en Paseo de la Reforma #111, col. Guerrero, c.p. 06300, México, D.F.

Las actividades se llevarán a cabo en el salón de actividades de Casa Alianza.

11.4.2 TIEMPO

Las actividades se llevaron a cabo a partir del 3 al 27 de marzo de 2003

11.4.3 UNIVERSO DE ACCIÓN

El presente estudio estuvo conformado por 67 *niños* de la calle pertenecientes a la Casa Alianza.

11.5 ESPECIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Las actividades que se llevaron a cabo en el programa fueron:

- Actividades de información y educación bucodental.
- Actividades de prevención de padecimientos bucodentales, así como de SIDA y diabetes.

11.6 RECURSOS

11.6.1 RECURSOS HUMANOS.

- *Niños* de la Casa Alianza
- Una pasante de Cirujana Dentista
- Una directora Cirujana Dentista
- Dos asesores Cirujano Dentista
- Personal que labora en Casa Alianza

11.6.2 RECURSOS FÍSICOS O DE INFRAESTRUCTURA

- Casa Alianza
- Biblioteca de la Facultad de Odontología
- Biblioteca del UNICEF
- Biblioteca de Derechos Humanos
- Departamento de Cómputo de la Facultad de Odontología

11.6.3 RECURSOS FINANCIEROS \$1153.85

11.6.4 RECURSOS MATERIALES.

- 58 encuestas diagnósticas
- lápices
- proyector de diapositivas
- un carrusel para diapositivas
- 58 encuestas finales
- una computadora
- 70 trípticos con información de higiene bucal
- 70 trípticos con información de enfermedades buco-dentales
- 70 trípticos con información de SIDA y diabetes
- un periódico mural
- 20 cepillos dentales
- un tipodonto gigante
- un cepillo gigante
- 2 rotafolios
- 2 juegos de memorama
- 2 rompecabezas
- 58 encuestas finales

11.7 CRONOGRAMA

DÍA	ACTIVIDAD
03 de Marzo	Entrevistarse con el Director del departamento de Trabajo social de Casa alianza, para que nos informen la cantidad exacta de <i>niños</i> y jóvenes que hay, de qué sexo, quiénes cuentan con alguna enfermedad, así como el número de jóvenes embarazadas y madres de familia.
05 de Marzo	Presentación con los <i>niños</i> y jóvenes.
10 de Marzo	Realización de la encuesta diagnóstica a 58 <i>niños</i> y niñas.
12 de Marzo	-Primera charla de definiciones de enfermedades bucodentales (caries, placa, gingivitis). -Entrega del tríptico de enfermedades bucodentales.
18 de Marzo	-Segunda charla de enfermedades como SIDA y diabetes. -Entrega del tríptico de SIDA y Diabetes
20 de Marzo	-Tercer charla de Prevención (técnica de cepillado, hilo dental) y demostración de la técnica de cepillado con un tipodonto gigante. -Entrega del tríptico Mantén tu boca sana
24 de Marzo	-Aplicación de dinámicas y de juegos relacionados a la salud bucodental. -Los <i>niños</i> elaboraron un periódico mural de acuerdo al contenido del programa.
27 de Marzo	Aplicación de la encuesta final para la evaluación del material didáctico aplicado y entrega de premios ante un aprendizaje efectivo (cepillos dentales)
28 de Marzo	-Hacer una evaluación post-instruccional

8.8 EVALUACIÓN

Evaluación sumativa

8.9 EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

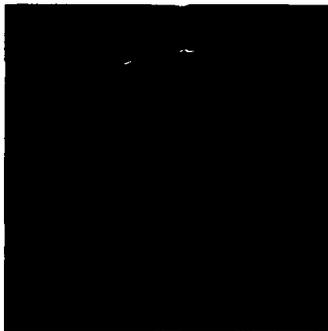
LUNES 03 DE MARZO DE 2003

En el departamento de Trabajo Social de Casa Alianza tienen todo el registro de niñas, *niños* y jóvenes que ingresan a esta institución, para incorporarse a uno de los programas que ofrece. La trabajadora social encargada de esta área nos dió la información acerca de los *niños* y jóvenes que en ese momento se encontraban en la institución, y así conocer nuestro universo de acción. Lo constituía 67 *niños* en total:

- 35 *niñas* y 23 *niños* en un rango de edad de 5 a 22 años y 9 bebés con menos de un año de edad.

Entre ellos pudimos observar:

- 3 *niños* con VIH (15 – 17 años)
- 1 *niño* con diabetes
- 4 jovencitas embarazadas (14 a 17 años)
- 9 jovencitas con bebé (15 a 18 años)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MIÉRCOLES 05 DE MARZO DEL 2003

Las condiciones de vida que han llevado estos *niños*, son situaciones muy difíciles, por lo tanto su conducta no es la que uno espera, estos *niños* son desconfiados, así que durante un día, junto con la coordinadora de actividades, se pudo, entablando conversaciones no solamente acerca de salud bucodental, sino platicando de diferentes temas que permitieran ganarme la confianza de estos *niños*.

De esta manera para las próximas sesiones ya no sería una extraña para ellos.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LUNES 10 DE MARZO DEL 2003

Se diseñó un cuestionario para saber el conocimiento que tenían acerca de las enfermedades bucodentales, SIDA, diabetes y hábitos de higiene bucal, este cuestionario contiene 10 preguntas sencillas y directas, pues tenían que ser rápidas porque son *niños* que se desesperan con facilidad, por lo cual hay que adaptarse a ellos, pues en esta institución no los obligan a entrar a alguna actividad específica, sino que les dan varias opciones y ellos deciden a cual entrar, esto lo hizo más difícil pues tuve que hacerles la entrevista en el patio, donde dieran la oportunidad de realizarla, logrando de ésta manera los datos de 52 *niños*.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARTES 18 DE MARZO DEL 2003

La segunda charla de enfermedades tuvo como objetivo SIDA y diabetes; estos temas y sobre todo el SIDA son de gran interés para estos *niños*, que tienen más información de la que se esperaba, pero desafortunadamente, no tenían idea sobre las manifestaciones bucales que pueden causar. En esta sesión nos apoyamos en diapositivas con fotos muy claras y objetivas para llamarles la atención, dándoles también medidas preventivas sobre todo en el caso del SIDA donde ellos son más vulnerables



Gingivitis por VIH

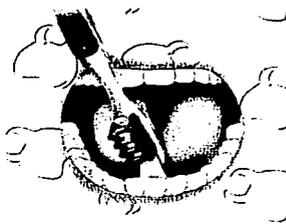
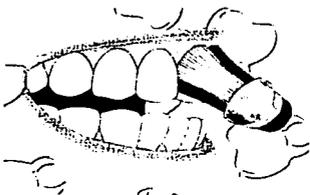


Candidiasis por VIH

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUEVES 20 DE MARZO DEL 2003

Las actividades para este día fueron charlas acerca de las medidas de prevención para las enfermedades bucodentales antes mencionadas, para lo cual nos apoyamos en rotafolios, trípticos y carteles, donde explican el uso correcto del hilo dental, la técnica más adecuada de cepillado dental y el uso del enjuague bucal.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

LUNES 24 DE MARZO DEL 2003

Las actividades para esta sesión se realizaron juegos como rompecabezas, memoramas y concursos, quién ganara se llevaba un premio que consistía en cepillos dentales, también se les daba lo mismo, al que nos mostrara la forma correcta de la técnica de cepillado e hilo dental con un tipodonto gigante.

Así mismo se llevó el material necesario para que ellos con lo que habían aprendido formaran un periódico mural, el cual se les donó y se colocó en el aula de actividades.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUEVES 27 DE MARZO DEL 2003

Para la evaluación se diseñó un cuestionario final con las 10 preguntas iniciales para hacer un comparativo con la encuesta inicial y así evaluar lo aprendido después de las pláticas (evaluación post-instruccional).

En relación a la evaluación de material didáctico se elaboraron 5 preguntas más, donde se les preguntó si les había gustado el material que se utilizó para sus pláticas, los juegos, los rotafolios, imágenes, etc., y así poder ver el impacto de los mismos.

Su aplicación se llevó a cabo en el patio de Casa Alianza.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. RESULTADOS

La población en estudio la conformó un total de 52 niños de la calle, de los cuales 32 eran del sexo femenino y 20 del sexo masculino (gráfica 1).

Se establecieron rangos de edad de 5 – 10 años; 11 – 15 años, 16 a 20 años y 21 ó más. Observamos que predomina la población de 11 a 15 años en un 46% y en segundo lugar con un 34% de 16 a 20 años (gráfica 2)

En cuanto al nivel de escolaridad el 50% de la población total cuenta con estudios de primaria, siendo el caso del sexo femenino el 29% y sin ningún estudio la población masculina reportó el 15% superando a la femenina que cuenta con un 8% (gráfica 3).

Se elaboraron dos encuestas: la inicial (diagnóstica) que contiene 10 preguntas y la sumativa que cuenta con 16 por la evaluación que se llevó a cabo.

Respecto a la pregunta ¿Sabes lo que significa caries?, en la encuesta diagnóstica el 61% contestó que No y el 39% que Sí (gráfica 1), en nuestra encuesta final el 84% contestó que sí sabía lo que era la caries y sólo el 16% contestó que no (gráfica 1).

En la pregunta 5 ¿Sabes lo que significa placa dentobacteriana? en la encuesta inicial el 8% sí sabía lo que significaba, pero un 92% no lo sabía (gráfica 5 Encuesta inicial), en la sumativa final el 60 % contestó que sí y el 40% contestó que no (gráfica 2 encuesta final)

Referente a ¿Sabes lo que significa gingivitis? La población femenina, en un 94% contestó que No, y Sí en un 6 %; mientras que la población masculina contestó que No en un 85% y en un 15% contestó que sí (gráfica 3)

En la encuesta final en el sexo femenino cambió a un 87% contestando que Sí, y un 13% que no, y el sexo masculino nos contestó que Sí el 75% y No el 25%.

En relación a ¿Acostumbras a lavarte los dientes?, el 38% contestó que 1 vez, el 32% que 2 veces, el 15% 3 veces al día y el 14% que nunca se los lavaban por haber extraviado su cepillo (gráfica 4). Para la encuesta final el 6% se lavaba los dientes 1 vez a al día, el 86% 2 veces, el 8% 3 veces y nunca un 0% (gráfica 4).

De igual manera acerca de ¿Con qué te lavas los dientes? En la encuesta inicial, el 81% utiliza cepillo y pasta, el 6% dijo cepillarse únicamente con cepillo y sólo el 4% usaba enjuague bucal (gráfica 5). Después de aplicar nuestro programa el 92% se lavaba los dientes con cepillo y pasta y el 8% restante seguían usando el cepillo nada más.(gráfica 5)

También nos interesaba saber, con cuánto conocimiento contaban sobre cuidados bucales cuando se tiene una enfermedad como SIDA y diabetes; el 90% contestó que No sabía, en tanto que un 10% sí lo sabía (gráfica 6 encuesta inicial).

Después de la implementación del programa: el 25% seguía sin saber qué cuidados bucales en estas enfermedades deben de tener, pero el 75% dijo sí saber de los cuidados (gráfica 6)

Por último referente a la pregunta exclusivamente para el sexo femenino se indagó si tenían alguna información acerca de los cuidados bucales que se deben de tener durante el embarazo y con su hijo, el 84% no sabía y el 16% dijo que sí (gráfica 7) al término de las charlas el 66% contestó que sí sabía los cuidados, mientras que el 37% seguía sin saberlo (gráfica 7).

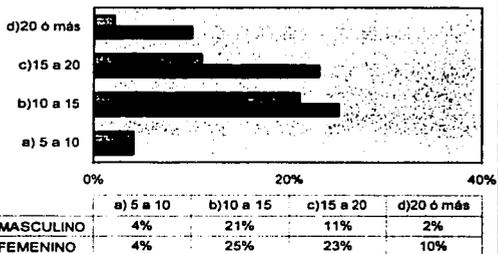
Se elaboraron también 6 preguntas más que incluimos en la encuesta final para la evaluación del material didáctico elaborado para nuestro programa, y éstas fueron las siguientes:

- ¿Asistió a la plática de salud bucodental?, el 90% asistió, y el 10% estuvo ausente (gráfica 8)
- ¿Los temas se comprendieron fácilmente?, el 79% contestó que sí y el 21% contestó que no (gráfica 9)
- ¿Entendiste la información de los trípticos?, el 79% contestó que sí y el 21% contestó que no (gráfica 10)
- ¿El material utilizado en la exposición contiene elementos fuera del tema?, el 84% contestó que no, y el 16% contestó que sí (gráfica 11)
- ¿Los colores y las imágenes hacen resaltar la exposición? El 92% de la población total contestó que sí y el 8% que no les gustaron los colores e imágenes (gráfica 12)
- ¿Te gustó la plática?, el 100% contestó que sí (gráfica 13).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

GRÁFICA 1 EDAD

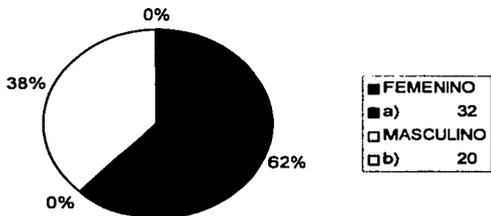
EDAD
POBLACIÓN TOTAL



FUENTE DIRECTA

GRÁFICA 2 SEXO

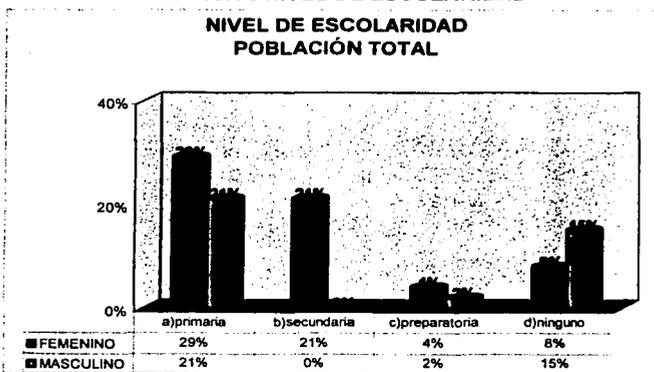
SEXO POBLACIÓN TOTAL



FUENTE DIRECTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRÁFICA 3 NIVEL DE ESCOLARIDAD

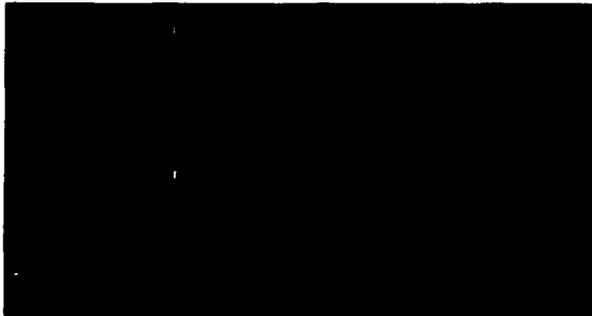


FUENTE DIRECTA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

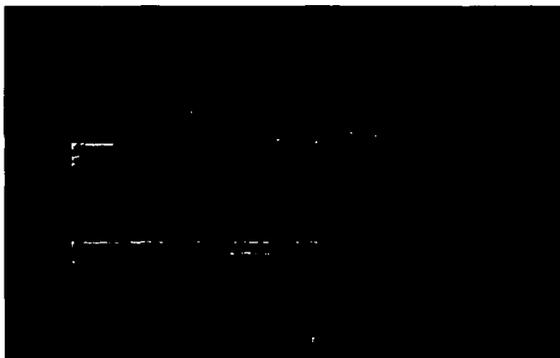
ENCUESTA DIAGNÓSTICA

GRÁFICA 1



FUENTE DIRECTA

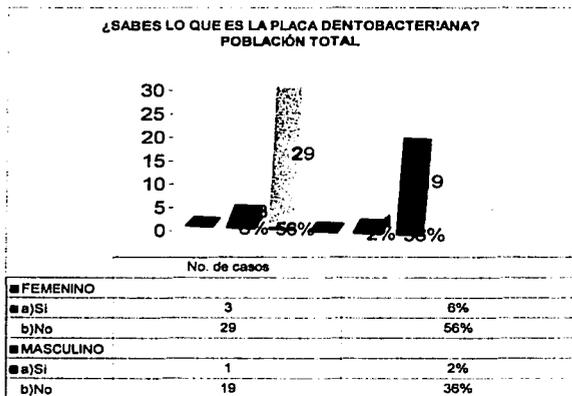
ENCUESTA FINAL



FUENTE DIRECTA

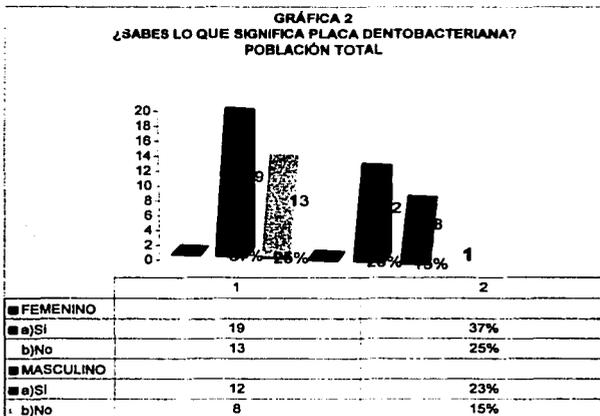
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ENCUESTA INICIAL
GRÁFICA 2**



FUENTE DIRECTA

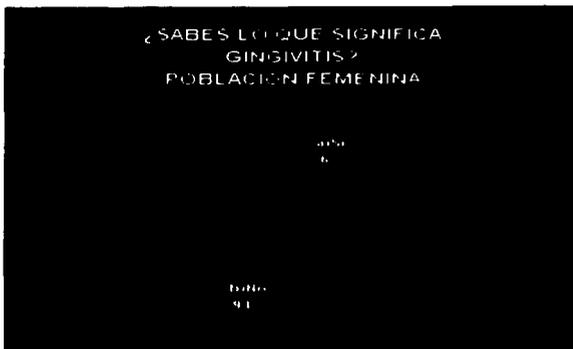
ENCUESTA FINAL



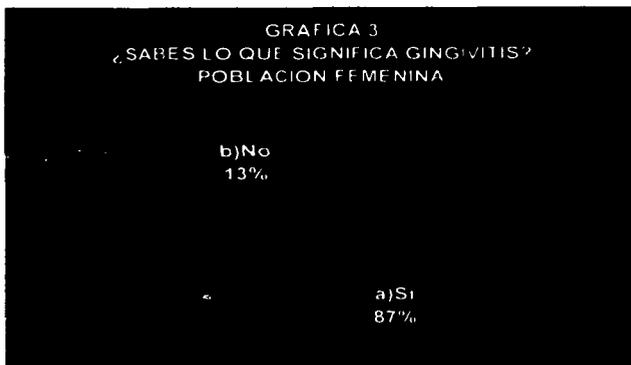
FUENTE DIRECTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ENCUESTA INICIAL
GRÁFICA 3**

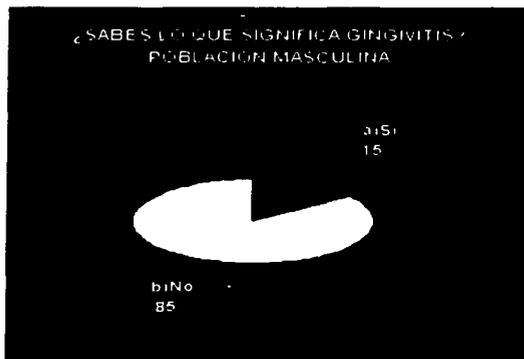


ENCUESTA FINAL



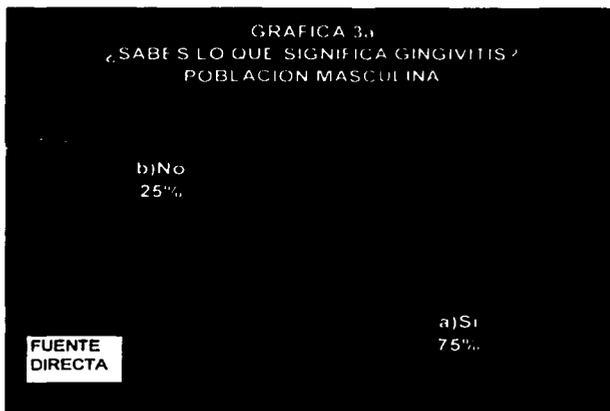
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ENCUESTA INICIAL
GRÁFICA 3a**



FUENTE DIRECTA

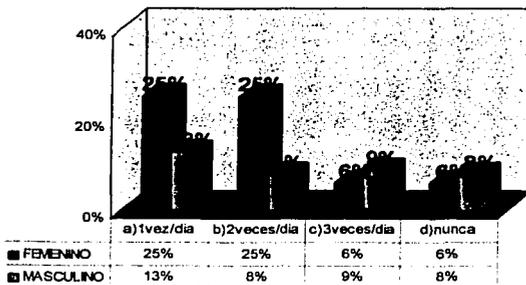
ENCUESTA FINAL



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENCUESTA INICIAL
GRÁFICA 4

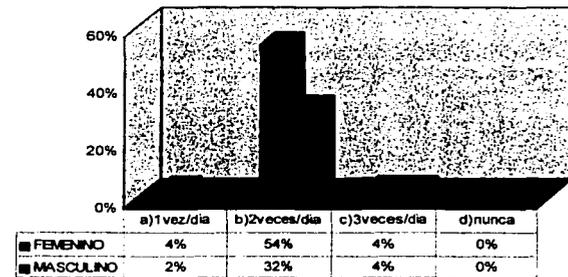
ACOSTUMBRAS A LAVARTE LOS DIENTES
POBLACIÓN TOTAL



FUENTE DIRECTA

ENCUESTA FINAL

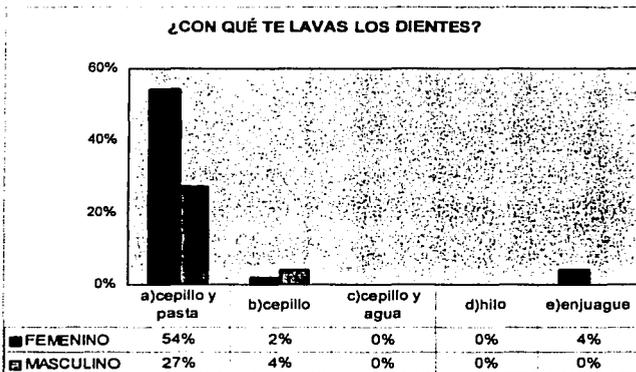
GRÁFICA 4
ACOSTUMBRAS A LAVARTE LOS DIENTES
POBLACIÓN TOTAL



FUENTE DIRECTA

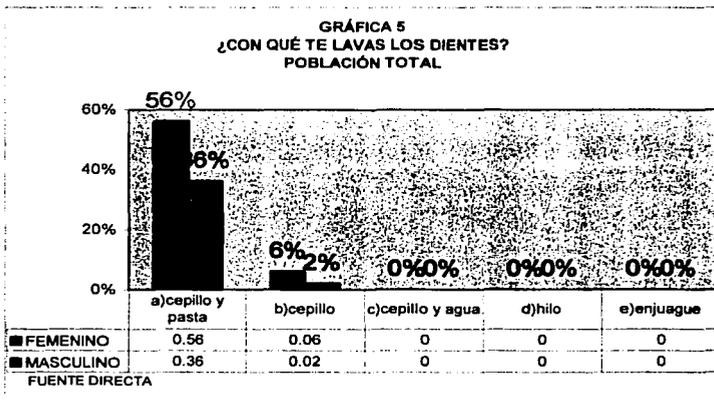
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ENCUESTA INICIAL
GRÁFICA 5**



FUENTE DIRECTA

ENCUESTA FINAL

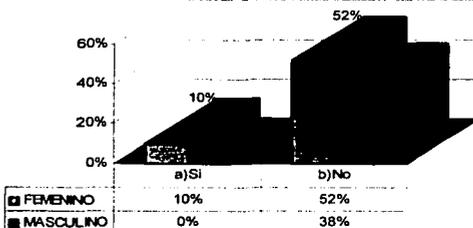


FUENTE DIRECTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENCUESTA INICIAL
GRÁFICA 6

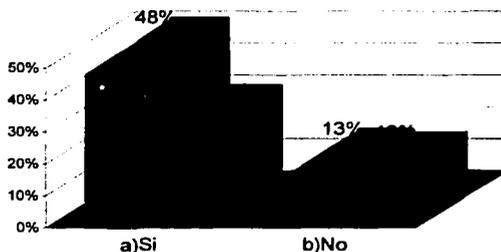
¿SABES QUÉ CUIDADOS DENTALES DEBES DE TENER AL ESTAR ENFERMO DE SIDA O DIABETES?
POBLACIÓN TOTAL



FUENTE DIRECTA

ENCUESTA FINAL

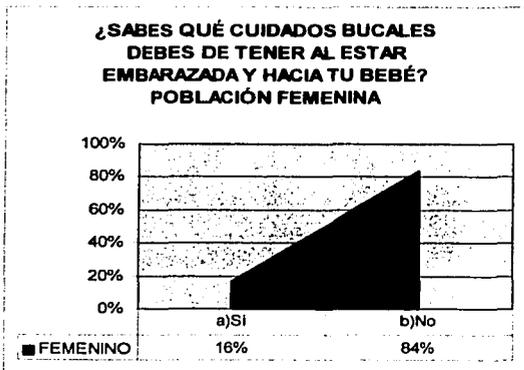
GRÁFICA 6
¿SABES QUÉ CUIDADOS BUCALES DEBES DE TENER AL ESTAR ENFERMO DE SIDA Y DIABETES?
POBLACIÓN TOTAL



FUENTE

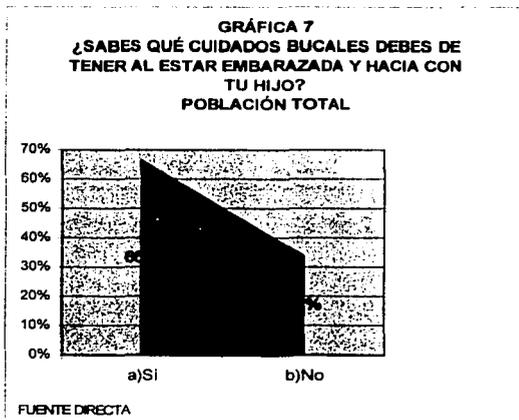
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**ENCUESTA INICIAL
GRÁFICA 7**



FUENTE DIRECTA

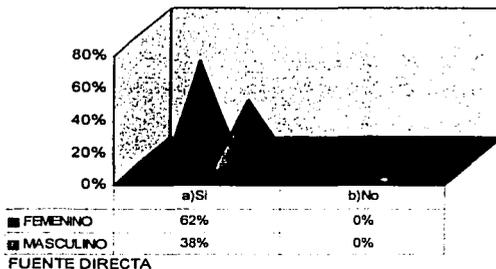
ENCUESTA FINAL



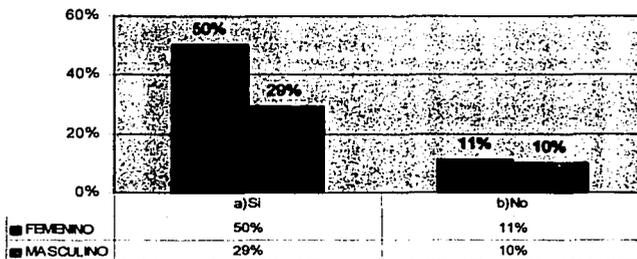
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

EVALUACIÓN DEL MATERIAL DIDÁCTICO

GRÁFICA 8
¿ASISTIÓ A LA PLÁTICA DE SALUD BUCODENTAL?
POBLACIÓN TOTAL

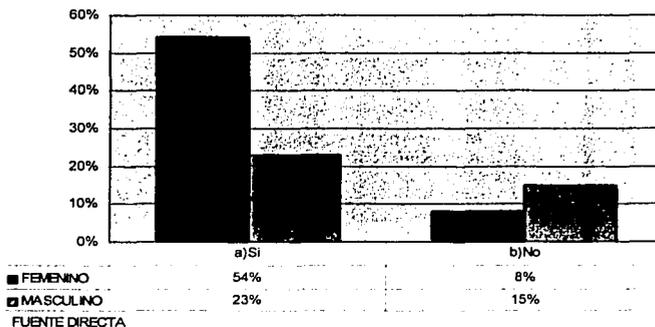


GRÁFICA 9
¿LOS TEMAS SE COMPRENDIERON FÁCILMENTE?
POBLACIÓN TOTAL

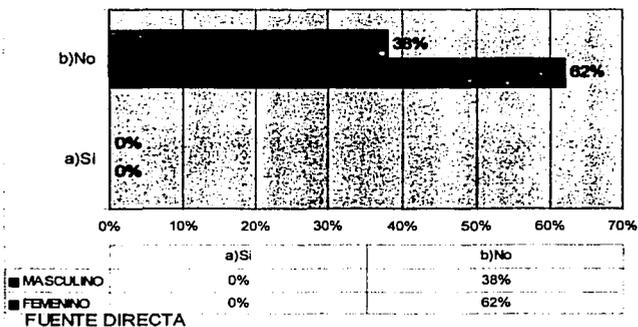


**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

GRÁFICA 10
¿ENTENDISTE LA INFORMACIÓN DE LOS TRÍPTICOS?
POBLACIÓN TOTAL

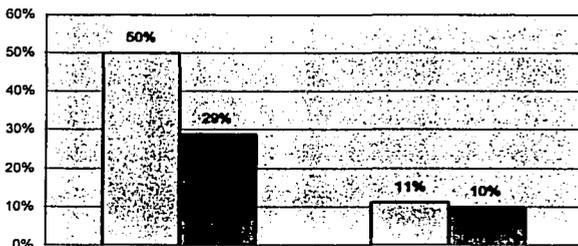


GRÁFICA 11
¿EL MATERIAL UTILIZADO EN LA EXPOSICIÓN CONTIENE ELEMENTOS
FUERA DEL TEMA?
POBLACIÓN TOTAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

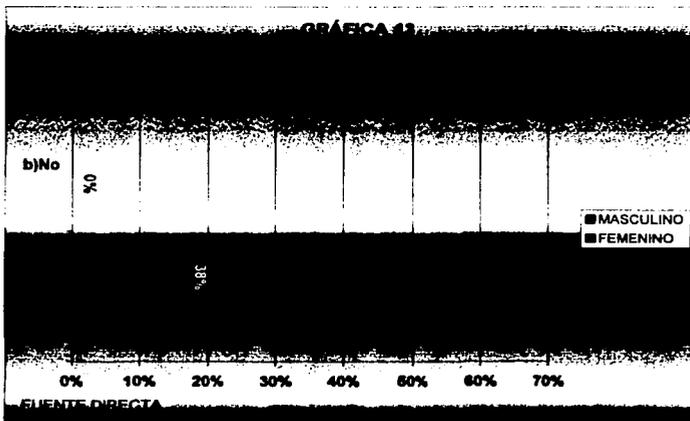
GRÁFICA 12
¿LOS COLORES Y LAS IMÁGENES HACEN RESALTAR LA EXPOSICIÓN?
POBLACIÓN TOTAL



	a) Si	b) No
□ FEMENINO	50%	11%
■ MASCULINO	29%	10%

FUENTE DIRECTA

GRÁFICA 13



FUENTE DIRECTA

TRIPS CON

13. CONCLUSIONES

De ésta manera podemos concluir, que la aplicación de un programa de salud bucal, es un gran beneficio para estos *niños* que están dispuestos a aprender y cooperar ya que poco a poco se van regenerando en este tipo de instituciones, motivándose para salir adelante y no regresar más a la calle.

Nos pudimos dar cuenta de el interés que tienen éstos *niños* en su salud ya que también me pedían que les hiciera una limpieza porque en la institución no cuenta con programas de atención preventiva en esta área.

En relación al programa se mostró el interés al participar en las pláticas, que como mencionamos no son obligatorias, sino que ellos escogen y afortunadamente todos asistieron a ellas, jugaron, contestaron los cuestionarios y elaboraron su propio periódico mural y como vemos en los resultados se pudo elevar el nivel de conocimiento en estos temas.

Es importante mencionar que dada la gran población de madres y niñas embarazadas no sólo en este grupo de estado, sino que en toda la república, es esencial que reciban este tipo de educación para que se cuiden en su salud bucal y estén capacitados para inculcar en sus hijos hábitos positivos de salud.

Gran parte de la población entendió y aprendió las habilidades psicomotoras de las técnicas de higiene bucal y mostraron gran interés.

Cabe mencionar que para poder trabajar como profesionistas del área de salud con estos *niños*, es necesaria una gran preparación en cuanto a manejo de este grupo, implementando dinámicas y diferentes técnicas que se deben realizar con ellos, lo cual sería de vital importancia que se retomara en los planes curriculares de la Facultad, así como en las brigadas a comunidades, lo cual dejaría un gran beneficio a esta población y una

satisfacción a nosotros como estudiantes de nuestra máxima casa de estudios, pues estaríamos dando una gran respuesta social y odontológica a los *niños de la calle*.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Internet.** www.noticiaseneluniversal.com, Caracas, Venezuela, 1997.
2. **López Martínez, Rosario Santiago, Cortéz Mondragón**, TESIS Diagnóstico de salud bucodental en *niños* de la calle que ingresan a Casa Alianza, UNAM, FO, 2001, 54 p.p.
3. **Griesbach y Sauri**, Con la calle en las venas, México, ednica, 1997
4. **Sauri Gerardo**, Dimensiones y características de los *niños* callejeros en México, ednica, 1999
5. **CONAPO** Informe nacional sobre la población, México, 1998
6. **Departamento del Distrito Federal**, Primer estudio sobre infancia en situación de calle, México, 1992
7. **UNICEF, DIF, DF y DDF** El censo de los *niños* y niñas en situación de calle de la Ciudad de México, 1996
8. **Ednica, Ediac, et.al.** Anteproyecto de Norma oficial Mexicana de atención a la infancia Callejera, México, 1999
9. **Adeath Villamil Claudia**, ¿Crees que has dicho todo sobre mí? Situación, experiencias y acciones sobre la infancia callejera en México, Ednica, 2001
10. **Ednica, Thais, Casa Alianza, Visión Mundial**, Proyecto Norma Técnica para la atención de *Niños* callejeros. México. 1999
11. **Sauri Gerardo**, Agenda política sobre legislación de los derechos de las niñas, *niños* y adolescentes. Propuesta de las organizaciones sociales, mimeo, México, Ednica, 2000
12. Folleto obsequiado por Casa Alianza
13. **Goran Koch, Modeér, Poulsen**, "Odontopediatría: Enfoque clínico" Edit. Médica Panamericana, Argentina, 1994
14. **Zimbrón Levy A., Feingold Steiner M.**, "Odontología Preventiva: Conceptos básicos" Centro Regional de Investigación multidisciplinaria, UNAM, 1993. 269 pp.

15. **Shiro Kinoshita**, "Atlas a color de periodoncia", Publicaciones Médicas, España, 1997
16. **Carranza Fermín, Newman Michael**, " Periodontología Clínica ", 8° edición, edit. Mc graw Hill Interamericana, México, 1997
17. **Bagán Sebastián, et.al.**, "Medicina Oral", edit. Masson, S.A., España, 1995
18. **Merle A. Sande, Paul Volberding**, "Manejo Médico del SIDA" 2° ed. Edit. Interamericana Mc Graw – Hill, 1992.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
CORPORACIÓN NACIONAL DE
CASA ALIANZA

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO
DE TITULACIÓN**

**DR. RICARDO CAMACHO
DIRECTOR NACIONAL DE
"CASA ALIANZA"**

Solicito muy atentamente su autorización para que el pasante **AVILA SIERRA SOL IDANIA** No. de cuenta 94112360, realice su investigación para elaborar la tesina: **Implementación de un programa de salud bucal en niños de la calle (Estudio de caso en Casa Alianza**, en la institución que usted tan dignamente dirige

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Atentamente,
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., a 6 de febrero de 2003

LA COORDINADORA


DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

Recibido 03/03/03

Balmori

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE LA CALLE
(ESTUDIO DE CASO EN CASA ALIANZA) "

ENCUESTA INICIAL

INSTRUCCIONES. Coloca en el recuadro una o más letras según tu respuesta.

1. EDAD _____

a) 5- 10 años b) 11- 15 años c) 16-20 años d) 21 o más

2. SEXO _____

a) Femenino b) Masculino

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD _____

a) primaria b) secundaria c) preparatoria d) ninguno

4. ¿SABES LO QUE SIGNIFICA CARIES? _____

a) Si b) No

5. ¿SABES LO QUE SIGNIFICA PLACA DENTOBACTERIANA? _____

a) Si b) No

6. ¿SABES LO QUE SIGNIFICA GINGIVITIS? _____

a) Si b) No

7. ACOSTUMBRAS A LAVARTE LOS DIENTES _____

a) 1 vez/ día b) 2 veces/ día c) 3 veces/ día d) Nunca

8. ¿CON QUÉ TE LAVAS LO DIENTES? _____

- a) cepillo y pasta b) cepillo c) cepillo y agua d) hilo
e) enjuague

9. ¿ SABES QUE CUIDADOS BUCALES DEBES DE TENER AL ESTAR ENFERMO DE SIDA (DIABETES)? _____

- a) Si b) No

10. ¿ SABES QUE CUIDADOS BUCALES DEBES DE TENER AL ESTAR EMBARAZADA Y CON TU BEBE AL NACER? _____

- a) Si b) No

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE LA CALLE (ESTUDIO DE CASO EN CASA ALIANZA) "

ENCUESTA FINAL

INSTRUCCIONES. Coloca en el recuadro una o más letras según tu respuesta.

1. ¿SABES LO QUE SIGNIFICA CARIES? _____
a) Si b) No
2. ¿SABES LO QUE SIGNIFICA PLACA DENTOBACTERIANA? _____
a) Si b) No
3. ¿SABES LO QUE SIGNIFICA GINGIVITIS? _____
a) Si b) No
4. ACOSTUMBRAS A LAVARTE LOS DIENTES _____
a) 1 vez/ día b) 2 veces/ día c) 3 veces/ día d) Nunca
5. ¿CON QUÉ TE LAVAS LO DIENTES? _____
a) cepillo y pasta b) cepillo c) cepillo y agua d) hilo
e) enjuague
6. ¿ SABES QUE CUIDADOS DENTALES DEBES DE TENER AL ESTAR ENFERMO DE SIDA (DIABETES)? _____
a) Si b) No
7. ¿SABES QUE CUIDADOS DEBES DE TENER AL ESTAR EMBARAZADA Y CON TU BEBE AL NACER? _____
a) Si b) No
- EVALUACIÓN PARA EL MATERIAL DIDÁCTICO**
8. ¿ASISTIÓ A LA PLÁTICA DE SALUD BUCODENTAL? _____
A) Si B) No

9. ¿EL TEMA SE COMPRENDIÓ FÁCILMENTE? _____

A) Si B) No

10. ¿ENTENDISTE LA INFORMACIÓN DE LOS TRÍPTICOS? _____

A) Si B) No

11. ¿EL MATERIAL UTILIZADO PARA LA EXPOSICIÓN CONTIENE
INFORMACIÓN FUERA DEL TEMA? _____

A) Si B) No

12. ¿LOS COLORES Y LAS IMÁGENES HACEN RESALTAR LA
EXPOSICIÓN? _____

A) Si B) No

13. ¿TE GUSTÓ LA PLÁTICA? _____

A) Si B) No



Cepilla tus dientes
tres veces al día



Usa pasta e hilo dental



La aplicación de fluoruro
protege a tus dientes



Aliméntate sanamente



Visita a tu dentista mínimo
cada 6 meses



Combate a la caries
lavándote los dientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿CÓMO PUEDO PREVENIRLO?

- No compartir agujas, por ejemplo en la drogas.
- Si vas a recibir alguna transfusión sanguínea hay que cuidar que esté limpia y revisada por el personal del hospital.
- Al momento de tener relaciones sexuales, debe de hacerse un correcto uso del condón y no tener muchas parejas sexuales.

- prevenir en toda medida cuando uno esté contagiado, evitar el embarazo, y hasta considerar el aborto.



LO IMPORTANTE ES
ESTAR BIEN
INFORMADO Y SOBRE
TODO DARLE LA
INFORMACIÓN QUE
TU SABES A QUIEN
LO NECESITE

SIDA Y DIABETES





DIABETES

Si a veces te dá mucha hambre, tienes mucha sed, te dan muchas ganas de orinar, CUIDADO porque podrías tener una enfermedad que se llama DIABETES

¿CÓMO SABER SI TENGO DIABETES?

Debes de acudir a un doctor en donde te hará unas pruebas, una de ellas es con una tira detectora de glucosa, ésta se activa cuando le añades una gotita de sangre.



¿ SI ESTOY ENFERMO DE DIABETES QUÉ ME PASA EN MI BOCA?

Pues si un médico te está checando constantemente, no tendrás ningún problema, pero si no, es muy peligroso ya que ésta enfermedad crea problemas en tu cicatrización, además también te hace susceptible a las infecciones, así que con cualquier descuido podrías infectarte y esto podría peligrar tu vida.

SIDA

El sida es una enfermedad causada, por un virus (VIH), muy contagiosa. Las vías por las que el SIDA se transmite son: Por compartir agujas, por transfusión sanguínea, por tener relaciones sexuales con una persona infectada, si la madre está contagiada le transmite al hijo durante el embarazo



PARA EVITAR ÉSTAS
ENFERMEDADES DEBES
DE TENER UNA
ADECUADA HIGIENE
BUCAL USANDO:



CEPILLO Y
PASTA



HILO
DENTAL



ENJUAGUE
BUCAL

Y recuerda que tus dientes
no quieren estar así:



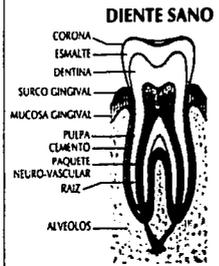
Sino estar siempre limpios y
sanos:



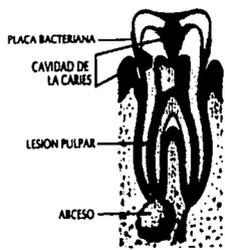
ENFERMEDADES
BUCODENTALES



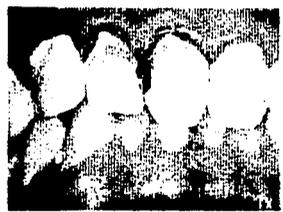
LAS PARTES DEL DIENTE SON:



Quando las bacterias atacan a tus dientes esto es lo que les pasa:



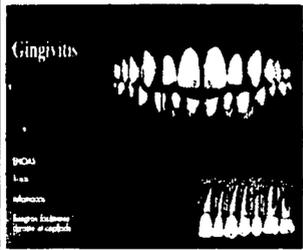
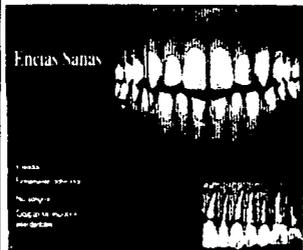
LA PLACA DENTOBACTERIANA



es una película invisible que cubre a tus dientes cuando no tienes una limpieza adecuada y si no se elimina se calcifica y se convierte en sarro



La gingivitis es una enfermedad de tus encías, éstas se inflaman y se ven de un rosado fuerte, y sangran cuando te cepillas los dientes, o incluso sin hacer nada.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN