

## PROGRAMA ACADÉMICO-COMUNITARIO DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA PARA EJIDO NUEVO MUNICIPIO DE ACAPULCO DE JUÁREZ, ESTADO DE GUERRERO

Guadalupe Díaz García  
Laura E. Pérez Flores  
Jesus Gil López

### RESUMEN

La búsqueda de alternativas que sean viables para acceder al conocimiento donde los escenarios nos permitan conjugar la relación teoría- práctica, la multidisciplina, el trabajo extramuros, la vinculación con la realidad objetiva, el desarrollo de programas educativo preventivos, medidas de intervención para incidir en el proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático y general, así como la identificación de las diversas actitudes y percepciones de grupos sociales específicos ante el proceso, nos obligan a atender estas necesidades y participar activamente de forma corresponsable con la comunidad de Ejido Nuevo. Un grupo de profesores en conjunto con alumnos y pasantes en servicio social, acudimos a desarrollar una investigación diagnóstica de caries y de riesgo cariogénico en escolares de esta localidad así como el desarrollo de acciones de promoción, prevención y exploración de sus propias formas de resolver los padecimientos del sistema estomatognático; considerando el enfoque guía del modelo de promoción social de Silvia Galeana de la O, investigadora de la Escuela de trabajo Social de la UNAM.

**Palabras Claves:** Programa comunitario de salud bucal, promoción de la salud bucal, enfoque cualitativo, riesgo cariogénico en niños y adolescentes, experiencia de caries en niños y adolescentes.

Dental Health Programme, for scholars, in Ejido Nuevo,  
Acapulco, Guerrero State.

### ABSTRACT

Searching different alternatives to access knowledge where the different scenes allow the relationship between theory-practice, multidiscipline, the community work and the link with objective reality, the development of preventive educational programmes to control the process health-disease in general and of oral cavity, as well as the identification of habits, attitudes and perceptions of different social groups facing health problems. This commits us to solve the necessities and to have an active participation within the community, so we could develop a diagnostic research, using a qualitative model, for dental caries and cariogenic risk in scholars and to develop preventive actions taking into consideration the way people resolve their oral diseases.

**Key Words:** Dental health community programme, dental health promotion, oral disease prevention programme, dental caries in children and adolescents.

ARTÍCULO RECIBIDO EL 07 DE JUNIO DEL 2010 Y ACEPTADO EL 17 DE ABRIL DEL 2011.

### INTRODUCCIÓN

Los programas académicos elaborados con base en el plan de estudios, de la carrera de Cirujano Dentista de la FES Zaragoza

establecen un modelo de enseñanza-aprendizaje innovador, poseedores de una misión y una visión con un compromiso hacia los sectores más vulnerables de la población que para este caso nos sitúan en un marco ideal debido a que en este espacio no hay estomatólogo establecido. Esta experiencia consta de dos visitas y esta constituida de tres carreras; Cirujano Dentista, Medicina y Psicología. Esta parte señala los resultados encontrados para el área estomatológica. Esta experiencia representa un eslabón

---

FES Zaragoza UNAM. Programa de la División de Ciencias de la Salud y del Comportamiento.  
E-mail: [gdiazg01@yahoo.com.mx](mailto:gdiazg01@yahoo.com.mx),  
[laura@puma2.zaragoza.unan.mx](mailto:laura@puma2.zaragoza.unan.mx),  
[cd\\_jesus\\_gil@live.com.mx](mailto:cd_jesus_gil@live.com.mx)

de una serie, pues forma parte de un programa emanado de la División de Ciencias de la Salud y del comportamiento donde los objetivos son vistos con una perspectiva no exclusivamente cuantitativa sino pretendemos avanzar hacia una investigación cualitativa que se va desarrollando escalonadamente y que conjuga el aprovechamiento del entender con relación a sus valores, tradiciones, etc.

Los objetivos del programa son:

- Desarrollar una investigación diagnóstica de uno de los problemas más frecuentes (Caries dental), así como el riesgo cariogénico para identificar, explicar y jerarquizar las necesidades de la población en esta localidad.
- Detectar las características socioculturales y los recursos potenciales existentes que permitan el establecimiento de líneas de acción en el ámbito estomatológico.
- Compartir experiencias y percepciones acerca del proceso salud-enfermedad estomatognático de acuerdo a como lo viven los sujetos sociales.
- Promover la salud integral a través del entendimiento de su cotidianidad, que conlleva el entendimiento de las costumbres, tradiciones, valores, hábitos, creencias e intereses, que repercute en el diseño de estrategias de participación.
- Llevar a cabo actividades de atención a los padecimientos de caries y enfermedad periodontal, en la medida de los materiales y equipo disponibles.

Anderson y Carter, autores que se identifican por sus estudios en el campo de lo social, definen a la comunidad como:

"una población cuyos miembros se identifican conscientemente unos con otros. Pueden ocupar un territorio común; se abocan a actividades en común. Tienen una forma de organización que indica una diferenciación de funciones, que les permiten adaptarse a su medio, satisfaciendo las necesidades de sus componentes. Estos últimos pueden ser personas, grupos, familias y organizaciones dentro de su población así, como las instituciones que ellos mismos crean. Su medio es la sociedad en la que ellos existen (y que también modifican) mediante el cambio de energía y las otras comunidades y organizaciones que existen fuera e influyen sobre su funcionamiento"<sup>1</sup>.

Como parte de las funciones que se llevan a cabo en una comunidad, los autores indican:

- 1) El mantenimiento de una forma de vida o cultura.
- 2) La satisfacción de ambiciones intereses y necesidades comunes.
- 3) Establecimiento de satisfactores de su medio, como parte de un sistema económico y social más amplio.

Escalante Fortón establece que "Toda comunidad grande o pequeña, rural o urbana, tradicionalista o moderna esta constituida de un espacio o territorio más o menos definido". Un grupo humano que es la población; un cuerpo de normas que regulan la conducta de los miembros del grupo; así como artefactos e instalaciones diarias; y por último, un conjunto de instituciones que facilitan la red de interacciones de los miembros de la comunidad.

- La población es el elemento fundamental en el cual se manifiestan los procesos sociales y culturales. Está conformada por grupos sociales que establecen relación entre sí con su hábitat.
- El sistema de valores proporciona el significado de la vida y determina los propósitos alcanzables, por lo que representa metas reconocidas por la población. Además el conjunto de valores tiene una función integradora entre los elementos de la cultura y las instituciones sociales, mostrando una dependencia mutua, haciéndolas lógicas y racionales en el pensamiento de los miembros de la comunidad.<sup>2</sup>
  - \* El aspecto físico esta integrado por un conjunto de elementos fisiográficos tales como; superficie territorial, suelo, relieve, clima accidentes geográficos, recursos naturales, etc.
  - \* El aspecto social está constituido por la población (composición, estructura, etc.), Las relaciones sociales, las tradiciones, los intereses, las ideas y valores comunes.
  - \* La interacción de estos elementos, de acuerdo al punto de vista del autor<sup>2</sup>, es lo que proporciona dinámica a una comunidad, constituyéndose en impulsos o fuerzas implícitas en el desempeño de las funciones sociales, lo que propicia un constante movimiento y cambio en los distintos niveles de relación.

Si se realiza un análisis de las clasificaciones expuestas se puede derivar y concluir que existe similitud en cuanto a identificar como elementos de una comunidad los siguientes:

1. Aspecto físico
2. Las normas, valores y actitudes
3. Las instituciones
4. Las estructuras de organización social y políticas
5. La estructura socioeconómica<sup>3</sup>

Por otra parte, la investigación diagnóstica social intenta descubrir los recursos materiales y humanos con que cuenta la comunidad para planificar su mejor aprovechamiento, analiza los problemas sociales que tiene para buscar soluciones y definir el nivel de desarrollo en que se encuentra ésta, de modo que sirva de punto de partida para delinear y programar la intervención encaminada a promover acciones con la participación activa y organizada de la población con el objetivo

## VERTIENTES

de fundamentar estrategias y acciones concretas para su posible solución<sup>4</sup>.

De esta manera, el diagnóstico puede garantizar un grado de certeza a la intervención en cuanto a que proporciona datos sobre la magnitud y frecuencia de los problemas, la calidad de los mismos, los elementos de apoyo y de bloqueo a una posible solución, los recursos disponibles el grado de aceptación o modificación de dicha situación<sup>5</sup>.

Ander Egg, expresa que un diagnóstico es el procedimiento por el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al aspecto, sector o situación. De la realidad social que es un motivo de estudio de investigación con objeto de programar y realizar una acción. En el diagnóstico se establece además la jerarquización de las necesidades y problemas en función de ciertos criterios políticos, ideológicos y técnicos. Tienen por finalidad servir de base para hacer (realización de un proyecto y un programa) y fundamentar las estrategias que se han de expresar en una práctica concreta, conforme a las necesidades y aspiraciones manifiestas por los mismos interesados de manera directa y a través de sus organizaciones o asociaciones.

Así, el diagnóstico constituye el nexo entre el estudio y la intervención por lo que su finalidad se centra en:

- Servir de base para acciones concretas.
- Fundamentar la intervención (estrategias y acciones)<sup>6</sup>.

Si consideramos que el proceso salud enfermedad guarda estrecha relación con las condiciones socioeconómicas, es importante destacar que en las comunidades rurales la pobreza origina condiciones de riesgo para problemas de salud como el deficiente abasto de agua, la falta de servicios, drenaje, pavimentación y la mala alimentación, estos factores originan problemas de desnutrición, también son frecuentes las infecciones gastrointestinales y respiratorias, además los problemas de caries y enfermedad periodontal se presentan por los deficientes hábitos higiénicos<sup>7</sup>.

Por tanto, las estrategias desarrolladas en relación con la salud bucal fueron las siguientes:

- Realizar el diagnóstico de la situación de riesgo cariogénico y de las enfermedades bucales más prevalentes.
- A través de la búsqueda del entendimiento de las características sociales y culturales de la población, fomentar la salud bucal estomatológica.
- Promover la participación de la comunidad en la promoción de la salud bucodental.
- Conformar acciones en conjunto con la población para el

establecimiento de la atención a los problemas detectados, para contribuir a su mejor calidad de vida.

Durante la primera visita exploratoria se dio inicio a la actividad de diagnóstico de caries dental a través de un levantamiento epidemiológico en el nivel preescolar y en la escuela primaria.

En la segunda visita se desarrollo el diagnóstico de caries dental y la evaluación del riesgo cariogénico basado en la dieta.

Al identificar el problema caries, a través del CPOD y el ceo como índices epidemiológicos, analizamos los resultados de acuerdo a los códigos y criterios establecidos.

La caries es un proceso infeccioso, continuo, lento e irreversible que mediante un mecanismo químico biológico desintegra los tejidos del diente. La caries se puede identificar mediante:

Cambio de coloración  
Tejido reblandecido

El índice CPOD fue publicado por Klein, Palmer y Knutson<sup>8</sup> en el año de 1938 y tiene como unidad de medida la evaluación de experiencia de caries en dentición permanente. Este índice puede tener como unidad de medición el diente y se especifica agregando al final una D (CPO-D), la base para calcularlo es de 32 dientes para dentición permanente (no se consideran los terceros molares). El CPO también puede tener como unidad de medición las superficies de un diente, en el caso de realizar la observación por superficie se agrega al final una S (CPO-S). La elección de cual unidad de medición utilizar depende de los propósitos del estudio.

Hábitos dietéticos: La alta ingesta de azúcares extrínsecos (particularmente la alta frecuencia) puede ser un factor de riesgo<sup>9</sup>.

Como con todos los factores no es posible decir que todos los pacientes que tienen una alta ingesta de azúcar desarrollarán caries dental, e interpretar algo de esto como negando el valor del consejo y análisis dietético. Sin embargo, es inusual encontrar un paciente con lesiones de caries activas múltiples que no tenga una alta ingesta de azúcar extrínseco. Los hábitos dietéticos pueden cambiar con el tiempo, particularmente con los cambios de estilo de vida<sup>10</sup>.

Por otra parte, se conoce que en cuanto a la relación caries-dieta existen pruebas más que suficientes para establecer como un hecho que la ingestión de sacarosa, la frecuencia del consumo y la cantidad induce formación de placa y caries dental<sup>11</sup>.

## MÉTODO

- Estudio exploratorio de tipo observacional,  
- transversal, prolectivo y descriptivo.

- Muestra. Intencional

-35 preescolares, 119 de primaria y 186 alumnos de secundaria.  
- 5,189 dientes revisados (secundaria).

-Variable

- Experiencia de caries
- Riesgo cariogénico (esc. secundaria)

- Técnica

- CPOD (Cuadro 1)

Valor potencial cariogénico adaptado de la tabla de Lipari A y Andrade P.<sup>12</sup> (esc. secundaria)

El paciente debe recostarse sobre una superficie plana, con la ayuda de la luz natural en este caso, observar cuidadosamente para la detección de caries, se comienza en el cuadrante superior derecho con el ultimo molar presente revisando todos los dientes hasta el ultimo molar del cuadrante superior izquierdo, se continua en el cuadrante inferior izquierdo desde el ultimo molar hasta el ultimo molar del cuadrante inferior derecho, las superficies se revisan en el siguiente orden:

- Oclusal (premolares y molares)
- Palatino (lingual)
- Distal
- Vestibular

Dientes permanentes		Dientes temporales
Código	Condición	Código
1	Cariado	6
2	Obturado	7
3	Perdido por caries	-
4	Extracción indicada	8
5	Sano	9
0	No aplica	0

Cuadro 1. Códigos y criterios para CPOD y ceo.

**Condición**

**Cariado:** cuando exista una lesión en alguna foseta, fisura o superficie lisa, con piso o pared reblandecidos o perdida de la continuidad del esmalte y cuando existan obturaciones temporales.

**Obturado:** cuando se observe la presencia de restauraciones permanentes sin evidencia clínica de caries.

**Pérdido:** se considera cuando el diente permanente a revisar fue extraído por razones de caries.

**Extracción indicada:**

Cuando el diente presente una destrucción muy amplia o total de la corona dental, asociada a la perdida de la vitalidad pulpar.

**Sano:** cuando el órgano dental no muestre evidencia alguna de caries.

**No aplicable:** presencia de un espacio dental, ausencia congénita de algún diente, presencia de dientes supernumerarios entre otros.

**RESULTADOS**

**En el Jardín de niños "Luis Pasteur"**

Se realizo levantamiento epidemiológico a los preescolares presentes 35 niños, inscritos en 2º A, 2º B, 3º A y 3º B; encontrando una prevalencia de caries en un 60% y obteniéndose un índice ceo de 3.3 y presencia de 6 dientes fusionados (Cuadro 2).

Grado	ceo
2º A	3.7
2º B	3.6
3º A	1.9
3º B	4.2

Cuadro 2. Índice ceo grupos de preescolares.

**En la Escuela Primaria "Francisco Sarabia"**

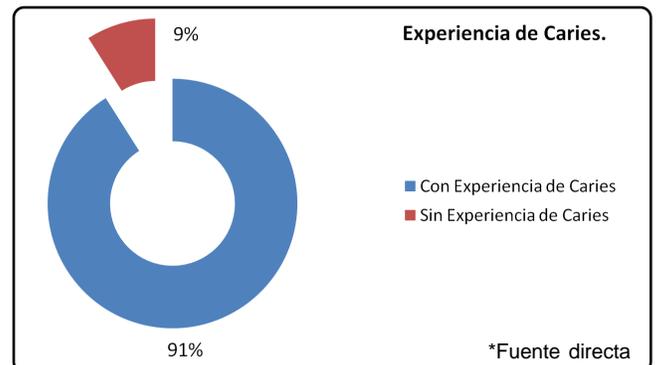
Se realizo levantamiento epidemiológico a los escolares presentes 119 niños, inscritos en 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año; encontrando una prevalencia de caries en un 89% y obteniéndose un índice CPOEI de 2 y un ceo de 3.2 (Cuadro 3).

Grado	CPO	ceo
1º	0.46	3.38
2º	1.2	4.63
3º	1.57	4.9
4º	2.7	1.6
5º	2.5	1.3

Cuadro 3. Índice CPOD y ceo grupos de primaria.

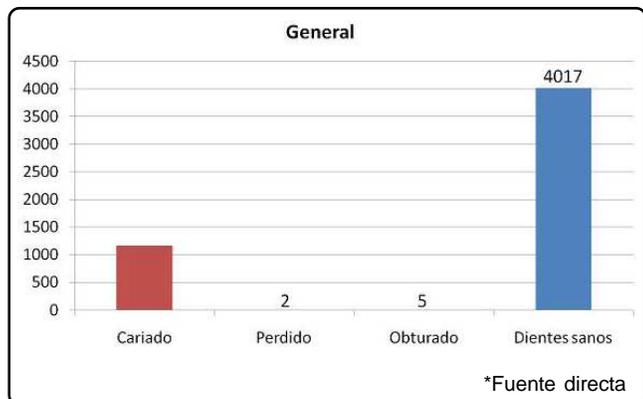
**En la Escuela Secundaria General "Juan A Escudero"**

(Gráficas 1, 2, y 3) (Cuadro 4).

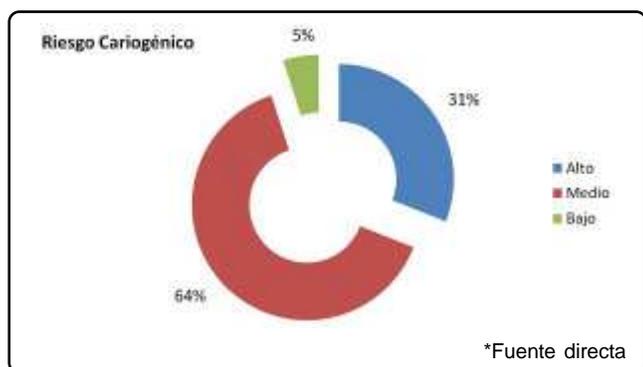


Gráfica 1. Distribución de la experiencia de caries de la población de la secundaria.

VERTIENTES



Gráfica 2. Distribución de la experiencia de caries de la población de la secundaria.



Gráfica 3. Distribución de riesgo de caries de la población de acuerdo al grado cariogénico de la dieta, escuela secundaria.

Total de alumnos revisados	186
Total de dientes revisados	5189
Total de dientes con experiencia de caries	1172
CPOD General	6.3
Dientes con experiencia de caries 1er. año	332
CPOD 1er. año	5.7
Dientes con experiencia de caries 2do. año	377
CPOD 2do. año	6.2
Dientes con experiencia de caries 3er. año	463
CPOD 3er. año	6.8

Cuadro 4. Índice CPOD grupos de secundaria.

**Procedimientos clínicos**

Primera visita se otorgó atención estomatológica a 56 personas, realizando historias clínicas, exodoncias, amalgamas, profilaxis, curaciones, toma de muestra de glucosa, aplicación tópica de flúor y detartraje (Fig. 1).

Segunda visita; Se otorgó atención odontológica en la Comisaría ejidal a 71 pacientes; de los cuales 47 oscilaban de los 2 a los 10 años, 6 de los 11 a los 20, 7 de los 21 a los 30, 6 de los 31 a los 40, 2 de los 41 a los 50, 2 de 61 a 70 y 1 de 84 años (Fig. 2).

46 correspondieron al sexo femenino y 25 al masculino, con los tratamientos indicados (Cuadro 5).



Figura 1. Actividades preventivas: Técnica de cepillado.

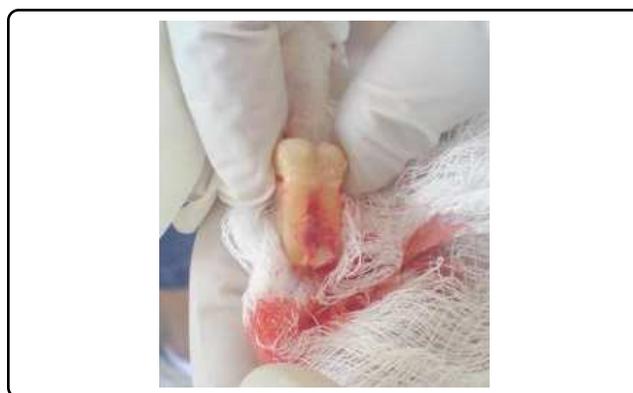


Figura 2. Actividades clínicas dirigidas a la población de Ejido Nuevo.

Diagnóstico	Tratamiento correspondiente
15 sanos	Técnica de cepillado y aplicación tópica de flúor
14 caries incipientes	Técnica de cepillado y aplicación tópica de flúor
17 extracción indicada	Exodoncia
19 caries de primer grado	IRM
1 Hipoplasia del esmalte	
Fractura de la corona	Exodoncia
Enfermedad periodontal	Exodoncia
Torus mandibular	
3 Abscesos periapicales	Antibioticoterapia

Cuadro 5. Procedimientos odontológicos.

- Se realizaron 12 historias clínicas.
- Se entregaron analgésicos y antibióticos a 8 personas.
- Se canalizaron a los compañeros de Medicina para toma de muestra con glucómetro a 5 personas de las cuales 2 presentaban 350 mg/dl y 500 mg/dl respectivamente. .

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los resultados, el 60% de los preescolares, presentó experiencia de caries y un ceo de 3, en los escolares de nivel primaria, el 89% está afectado de caries, un CPOD de 2 y un ceo de 3; en la Escuela Secundaria el 91% con experiencia de caries, CPOD de 6 donde el componente cariado para todos los grupos es el mas frecuente.

Lo anterior nos señala una experiencia de caries superior a la reportada en la encuesta de caries dental 2001<sup>13</sup>. Respecto al riesgo cariogénico, el 31% de los alumnos de la Escuela Secundaria presentó alto riesgo en la ingesta de dieta cariogénica.

Estos datos nos revelan que la caries dental inicia a temprana edad y aumenta conforme a la edad. Estos hallazgos nos obligan necesariamente a considerar medidas a través de programas preventivos y curativos que incidan en este grave problema de Salud Pública.

## CONCLUSIONES

Es importante enfocar nuestra atención ante un problema estomatológico que puede prevenirse, mediante educación y concientización de la población, con la finalidad de evitar la pérdida prematura de órganos dentales y también es importante que los estomatólogos tomemos conciencia del cúmulo de necesidades en estos escolares y de la conservación de los dientes aún sanos con programas educativo preventivos; así mismo, es conveniente resaltar que en los niños de 4, 5 y 6 años en preescolar no se encontró un solo diente obturado lo cual nos conduce a señalar, por un lado que no existe atención restaurativa ni preventiva para estos grupos de edad y que los padres no dan importancia a los padecimientos de la dentición temporal, además nos percatamos que no existe odontólogo en el pueblo. Desafortunadamente la compresora móvil funcionaba con lentitud y por eso no hubo mayor cobertura.

Por todo lo anterior la brigada represento un importante avance para cuatificar los órganos con alguna experiencia de caries y buscar los mecanismos de continuidad de estas acciones que permiten aprendizajes en condiciones reales y que fomentan en los alumnos el interés para idear modelos de atención en estas poblaciones.

El grupo de trabajo odontológico que consto de 2 profesores y 6 alumnos agradece la oportunidad de desarrollar nuestros conocimientos y habilidades en estos escenarios donde el trabajo comunitario ve el fruto del esfuerzo conjunto y multidisciplinario.

Compartimos la frase: El Trabajo profesional no debe detenerse en los dientes; es preciso desarrollar un trabajo global<sup>14</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson, R.E. La conducta humana en el medio social. Enfoque sistémico de la sociedad, Gedisa, Barcelona, España, 1994. p.109.
2. Escalante Forttón, R. Investigación, organización y desarrollo de la comunidad, México, Oasis,1990. p.53.
3. Ferreira, F. Teoria Social de la Comunidad, España Herder. p.63
4. Galeana de la O, S. (Coordinadora) Promoción Social una opción metodológica. Serie Metodología y práctica del Trabajo social, número seis. México, Plaza y valdés, 2006. p.70
5. Espinoza Vergara, M. Evaluación de proyectos sociales. Buenos Aires, Hvmnitas, 1986. p.31
6. Ander-Egg. Metodología del trabajo social, Barcelona, El Ateneo, 1990. p.59.
7. Hernández P., Martínez Z. Atención estomatológica para las comunidades rurales de Amoltepec y Yoxoyuxy. Trabajo de campo comunitario. Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento No. 6 julio-octubre de 2003.
8. Klein H. Palmer CE; Knutson JW. Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children. Public Health Report 1938. 53; 751-755.
9. Raitio M, Pienihakkinen K, Scheinin A. Assessment of single risk indicators in relation to caries increment in adolescents. Acta Odontol Scand 1996;54:113-17.
10. Mattos Vela, Manuel Antonio y Melgar Hermoza, Rosa A. Riesgo de caries dental. Rev. Estomatol. Herediana. [online]. ene./dic. 2004, vol.14, no.1-2 [citado 24 Abril 2009], p.101-106. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552004000100021&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552004000100021&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1019-43554.
11. Sheiham A. Efectos de la dieta sobre enfermedades dentales. Bol Asoc Arg Odontol P Niños 2001; 30(4): 11.
12. Lipari A y Andradre P. Factores de Riesgo Cariogénico. [www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento\\_dietetico\\_control\\_caries.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.asp) - 74k . Fecha de consulta 20-08-08.
13. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. Programa de Salud Bucal. México, 2006. p.149.
14. Izquierdo, Jorge. Consultor de la Fundación W. K. El Trabajo Comunitario en los Proyectos UNI [www.ibiblio.org/taft/cedros/espanol/newsletter/n4/communit.html](http://www.ibiblio.org/taft/cedros/espanol/newsletter/n4/communit.html) - 13k -(citado 24 abril 2009).