

## **Educación Odontológica y Salud Bucal de la Población**

Leandro Tomas; Sergio Seara; Fernando Saporitti, María M. Medina; Nélica Coscarelli;

Leticia Rueda; Silvia Irigoyen.

Facultad de Odontología – Universidad Nacional de La Plata

tomas@folp.unlp.edu.ar

### **Resumen**

La situación de salud de una población es el resultado de la interacción de una serie de condicionantes que determinan su grado real y potencial de bienestar. El objeto del presente estudio es analizar las características sociales, condiciones de vida y procesos culturales de dos comunidades, Villa Catella (Ensenada) y Barrio Obrero (Berisso). Evaluar el estado de salud bucal en ambas comunidades y establecer así las patologías orales prevalentes. Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo. Se confeccionaron Historias Clínicas – Odontológicas y se determinaron índices epidemiológicos: a) índice de Caries (CPOD) b) índice de Placa Bacteriana (O'Leary); se elaboraron diversos instrumentos. Etapas: a- Caracterización de las comunidades, b- Definición de la muestra, c- Sistematización y análisis de la muestra, d- Entrevistas con líderes comunitarios, e- Análisis comparativo de los resultados. A través de programas estadísticos se realizó el recuento, procesamiento y sistematización de la información.

Encuestas realizadas en Villa Catella (n= 95), predominó sexo femenino, media=41 años, secundario completo: 7,50%, primaria completa: 40%, es mínima la población que posee servicios públicos; de agua corriente, cloacas, gas natural, recolección de basura; el tipo de construcción del área estudiada son precarias viviendas confeccionadas de madera y chapa; en cuanto al índice de placa bacteriana O'Leary=63%, CPOD: C=37 P=24 O=15 n=85 pacientes. En Barrio Obrero de Berisso (n= 93), el mayor % corresponde al sexo masculino, media=52 años, secundario completo: 11,63%, primaria completa: 74,42%, el predominio de viviendas es monoblock, seguido por precarias viviendas ubicadas en terrenos fiscales; las que tienen escasos servicios públicos y sanitarios. Índice de O'Leary=48%, CPOD: C=44 P=11 O=10 n=78 .Las encuestas brindaron elementos para determinar que en ambas comunidades la carencia de servicios públicos y sanitarios adecuados, donde predominan elevados índices epidemiológicos, determina que ambas poblaciones presenten alto riesgo de padecer patologías de diversa etiología.

## **Marco Teórico:**

La situación de salud de una población es el resultado de la interacción de una serie de condicionantes que determinan su grado real y potencial de bienestar.

La salud es una parte integral del desarrollo general. Los factores que influyen en la misma son, por tanto, sociales, culturales, educativos y económicos, además de biológicos y medioambientales (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1989).

Las nuevas exigencias que imponen los cambios sociales y económicos llevan a que la educación sea analizada con el fin de que se prepare al hombre para enfrentar los problemas del mundo actual.

Mejorar el nivel de la salud implica promover en la población la toma de conciencia individual y social que conduzca a actitudes tendientes a asumir la responsabilidad de la salud en su propio contexto comunitario, favoreciendo la satisfacción de las necesidades de forma adecuada y real. Para ello, es condición necesaria la toma de conciencia del valor de la salud por parte del individuo.

En nuestra área, el diagnóstico de salud bucal de la comunidad debe establecerse como punto prioritario y de partida de cualquier actividad, habida cuenta de que factores medioambientales y socioeconómicos inciden en el estado de salud general de su población. De ahí la importancia del análisis de la situación de la misma en la comunidad.

Recordemos que la educación odontológica tiende a formar profesionales Odontólogos preocupados por el problema de las patologías orales de la población, centrando el planteo de su formación en la ausencia de enfermedad que afecte a la comunidad, fortaleciendo la investigación integrada a la experiencia cómo método básico para el aprendizaje y orientación al futuro Odontólogo para el trabajo en equipo, el servicio a la comunidad y la educación permanente desde enfoques realistas.

Por eso, cada vez es más importante y necesario que la Educación para la Salud esté presente en todas las esferas de la sociedad: en la familia, en las escuelas, en las universidades, en los centros de trabajo y que todos y cada uno de nosotros seamos capaces de actuar como verdaderos agentes multiplicadores de salud para transmitir hábitos de vida saludables.

Recordemos que entre los principales problemas que determinan la carencia de Salud Oral se encuentran los económicos sociales: desempleo, subempleo, limitación a la educación,

alimentación y atención sanitaria. El consumo de alimentos de bajo valor nutricional, la escasez de vitaminas (avitaminosis) condiciona una baja resistencia de los tejidos periodontales, con la consecuente instalación de enfermedades periodontales; el aumento de alimentos con más poder cariogénico (pegajosos, azúcares refinadas, colorantes) afectan en particular a la salud oral, con la instalación de procesos de desmineralización de las piezas dentarias (caries dental); la escasa o nula fluoración de las aguas por parte de organismos estatales contribuye a aumentar aún más la vulnerabilidad de los tejidos dentarios.

Debemos tener en cuenta que la Salud Oral es fundamental para alcanzar la salud integral de la persona y así de toda la comunidad; un precario estado dental interfiere directamente al proceso digestivo y en consecuencia afecta a todo el organismo, un adecuado y oportuno diagnóstico bucal detecta tempranamente patologías prevalentes, sistémicas, infectocontagiosas y malignas, pudiendo de ésta forma prevenirlas o limitar su daño. Recordemos que los problemas de salud oral son causantes además de ausentismo laboral y de interrupción y deserción escolar.

Incrementando, racionalizando y calificando las intervenciones, contribuimos indudablemente a un mejoramiento de la salud en la comunidad.

Entendemos por condiciones de vida a los aspectos relacionados con las condiciones materiales y sociales en que los hombres se desenvuelven. Para analizar el modo de vida de la población se tienen en cuenta patrones e indicadores del nivel de vida de la comunidad, como son: la vivienda, el saneamiento ambiental, la salud y el acceso a la misma, la educación recibida, los ingresos "per capita" y el trabajo estable. Por tanto, el modo de vida y el nivel de vida son indicadores del desarrollo del nivel comunitario, es decir, se crean determinadas condiciones para la educación y la salud de sus habitantes. Una vez alcanzado determinado nivel de desarrollo, el sujeto ya es portador de características que lo llevan a reproducir o modificar las condiciones y el modo de vida en que se formó.

## **Introducción**

Las enfermedades bucodentales, como la caries, la periodontitis o los cánceres de boca y faringe, son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia a los países en vías de desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La organización pone el ejemplo de África donde, "aunque parece que el problema es menos grave, con el cambio en las condiciones

de vida es probable que la caries dental aumente en muchos países en desarrollo, sobre todo debido al creciente consumo de azúcares y a una exposición insuficiente al flúor".

En muchos países en desarrollo, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos. Entre otros datos, la OMS estima que unos 5.000 millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento pero, en realidad, puede prevenirse.

En lo que se refiere a los países ricos, el informe indica que la caries afecta a entre el 60 y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. Ésta es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos. Por otra parte, los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y la disminución de la calidad de vida "son considerables y costosos". La OMS estima que el tratamiento representa entre el 5 y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.

Asimismo, según el mismo informe, la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías), y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Igualmente, entre el 5 y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes. En los países industrializados, los estudios realizados muestran que el tabaquismo es un factor de riesgo clave en las periodontopatías.

En el nuevo informe se establecen los principales componentes y prioridades del programa mundial de salud bucodental de la OMS. Además de abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo, una parte esencial de la estrategia también se ocupa de los principales determinantes socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud bucodental.

La población de Villa Catella (Ensenada) y Barrio Obrero (Berisso) es netamente urbana y se divide en: a) población humilde que vive bajo los niveles de pobreza y que en los últimos años ha sufrido serios problemas económicos y pérdida de trabajo (migración in-situ) y b) población indigente. Datos recientes aportados por el INDEC informan que el 85% de la población en el conurbano bonaerense se encuentra bajo la línea de pobreza y que el 40% de ellos vive en condiciones de indigencia. Dentro de los partidos de Berisso y Ensenada, las comunidades de Villa Catella y Barrio Obrero son zonas con un índice de desocupación,

violencia, deserción escolar, mortalidad infantil, embarazos no controlados y de infección por virus de HIV importantes.

El 80% de la población de Villa Catella y Barrio Obrero carece de cobertura médica y un 20% tiene obra social que en su mayoría corresponde a PAMI, con serias dificultades para acceder a la atención (problemas inherentes a la cobertura o por accesibilidad económica, entre otros). En el área de salud, los recursos disponibles en la población son escasos. Todos, con una importante falta de información de lo que hace y dispensa cada uno (carencia de redes de comunicación), observándose duplicación de esfuerzos y superposición de recursos.

Respecto a la salud bucal, el centro de salud municipal y los dos hospitales cuentan con servicio odontológico. En el centro de salud se realizan tratamiento de caries, extracción dentaria y topicaciones, mientras que en los hospitales se realizan tratamientos de mayor complejidad. Las comunidades de Villa Catella y Barrio Obrero carecen de un programa de salud bucal comunitario, por ende, no se realizan actividades relacionadas con la promoción y educación en este tema.

Las experiencias en los colegios son aisladas debido a la falta de los recursos necesarios para el aseo de la boca de niños y jóvenes. Según, un relevamiento realizado los niños además de realizar actividades educativas reciben dos raciones de comida diaria (desayuno y almuerzo o almuerzo y merienda), encontraron que la mayoría de ellos no se lavan los dientes por falta de cepillo y pasta dental. Por otro lado, en el transcurso del mes de enero de este año se les pidió a los niños que realizaran un control médico con motivo de realizar una salida de campo y, a más del 90% se les recomendó una visita odontológica por: presencia de caries, dentadura en mal estado, ausencia de piezas dentales en niños mayores o jóvenes (dentadura definitiva). Situación que coincide con la advertencia realizada por la OMS en cuanto a que las enfermedades bucodentales como las caries o periodontitis, son una problema que afecta con mayor frecuencia a los países en vías de desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres.

La caries es una enfermedad infecciosa que se manifiesta por la desmineralización de los tejidos dentarios (lesión de caries). Esta desmineralización, reversible en sus estadios iniciales, puede provocar la destrucción del tejido dentario. La existencia de bacterias es imprescindible para el desarrollo de esta enfermedad. El estudio de Orland demostró científicamente esta relación, ya intuida con anterioridad, al comprobar que ratas de laboratorio libres de bacterias mantenidas a partir de una dieta cariogénica, basada en sacarosa, no desarrollaban lesiones de caries mientras que si la misma dieta era utilizada

por parte de ratas no libres de bacterias, estas sí que desarrollaban lesiones. Además, las ratas de laboratorio libres de bacterias y lesiones, mantenidas con una dieta rica en sacarosa, acababan desarrollando la enfermedad al adquirir bacterias del medio después de convivir en un mismo espacio físico con las ratas no libres de bacterias.

Aún siendo las bacterias la causa demostrada científicamente de la enfermedad de caries, en estudios de laboratorio con animales, la evidencia disponible sobre estudios que evalúen la efectividad del control de la placa bacteriana sobre la enfermedad de caries en ausencia de fluoruros son escasos y en general, poco consistentes, aceptándose en la actualidad la hipótesis que el control de placa no acompañado de flúor no tiene un efecto preventivo importante frente a la enfermedad de caries. A modo de ejemplo, de esta inconsistencia de la literatura, podemos analizar uno de los artículos frecuentemente referenciados como base científica del efecto preventivo del control de placa (cepillado) frente a la caries: el estudio de Løe. En este estudio, desarrollado hace más de 30 años, se crearon dos grupos de intervención (cada uno compuesto por ocho individuos) y dos grupos control (formados cada uno por sólo cuatro individuos). En este estudio se podía comprobar como el índice de caries había aumentado más en el grupo que se enjuagaba con una solución azucarada sin control de placa que en el grupo que además de enjuagar, con una solución azucarada controlaba la placa con enjuagues de clorhexidina. Este aumento más reducido era similar al que experimentaban los grupos control que mantenían un control químico (enjuagues con clorhexidina) o mecánico (cepillado más cepillos interproximales) sin realizar enjuagues de solución azucarada. Tras los 22 días de estudio, se reinstauraba el control de placa y se realizaba la aplicación tópica de fluoruro retornando todos los participantes a sus niveles de caries iniciales. De la información de este estudio, con un número de participantes muy bajo, parece que podríamos deducir que el control de placa a 22 días reduce parcialmente la tendencia de aparición de nuevas lesiones de caries en ausencia de fluoruros pero que es la aplicación tópica de fluoruro la que demuestra conseguir un verdadero efecto anticariogénico en todos los participantes. En cambio, los autores y quienes citaban su artículo, han valorado los resultados de este estudio como la base científica de que el control de placa per se tiene un efecto anticariogénico que hoy en día la evidencia científica tiende a infravalorar colocando la aplicación de fluoruros como el elemento primordial en la prevención de la caries.

La relación causa-efecto entre la acumulación de placa a nivel gingival y la aparición de inflamación gingival (gingivitis) fue demostrada por otro clásico estudio de Løe en el que los individuos que permitían la acumulación indiscriminada de placa en ausencia de higiene oral. Por tanto, de acuerdo a la evidencia disponible en la actualidad, el control de placa

(mecánico y químico) acompañado del uso de fluoruros tópicos se ha establecido como la base del mantenimiento de una dentadura sana. De hecho, la edad no es una variable importante en el estado periodontal cuando se mantiene una buena higiene oral durante toda la vida. En base a esta evidencia, la Federación Dental Internacional (FDI) estableció el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de cuidado dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos interproximales) o de colutorios (antisépticos o fluorados).

De acuerdo a la evidencia disponible, unas buenas pautas del hábito de higiene oral entre los más pequeños deberían iniciarse con la erupción de los primeros dientes (6-8 meses) los cuales deberían ser limpiados diariamente con una gasa o cepillo humedecido con un enjuague fluorado de concentración diaria para iniciar el aporte de fluoruro tópico inmediatamente tras la erupción. El cepillado de los dientes debería iniciarse diariamente, sin pasta, aproximadamente al año de edad (también empapado con un colutorio fluorado) y siempre realizado por un adulto, introduciendo el uso de pastas dentales fluoradas con formulación infantil (500 ppm de flúor), una vez al día, a partir de los 2-3 años, en función del riesgo de caries. Con el objetivo de establecer el hábito de cepillado es bueno que el niño intente cepillarse sus dientes por si solo pero sin la utilización de pasta dental, adicionalmente al cepillado diario con pasta fluorada realizada por un adulto, con el objetivo de evitar un posible riesgo de fluorosis dental por la fracción de pasta ingerida. Además, la supervisión de un adulto durante la higiene oral debería mantenerse aproximadamente hasta los seis años. A partir de los seis años el cepillado debería realizarse como mínimo dos veces al día con una pasta dental fluorada, de acuerdo a las recomendaciones de la FDI, pudiendose utilizar pastas dentales con una concentración de flúor a partir de 1000 ppm.

La utilización de enjuagues (fluorados o como ayuda al control de placa) podría iniciarse a partir de los seis años, edad considerada óptima por controlarse perfectamente el control de la deglución así como por ser la época de inicio de la erupción de la dentición permanente.

Desgraciadamente, el control real de la placa por parte de la población es bastante imperfecto, de acuerdo a las estadísticas disponibles sobre hábitos de cepillado, uso de instrumentos de higiene interproximal y de colutorios. Además, los estudios sobre el tiempo medio dedicado a esta labor sitúan el tiempo invertido incluso por debajo de los sesenta segundos.

Conocer los hábitos reales de higiene oral de la población no es una tarea fácil. Podemos obtener información proyectando un posible escenario a partir de tres grandes grupos de datos: las encuestas de salud sobre hábitos de higiene oral; los datos provenientes de estudios de mercado sobre uso y venta de productos de higiene oral, y la epidemiología de las enfermedades orales.

La estrategia de la A.P.S (Atención Primaria en Salud) promueve al individuo y a la comunidad como sujeto individual y colectivo con capacidad de conocer, participar y tomar decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidad sobre ella, para que esto se realice, la comunidad debe tomar conciencia de cual es su situación, que problemas ha de resolver por si misma, y sobre que aspectos tiene derecho a exigir soluciones.

La situación de salud de la población es el resultado de la interacción de una serie de condicionantes que la determinan. Estos factores son sociales, culturales, educativos y económicos, además de biológicos y medioambientales (OMS 1989). Las nuevas exigencias que imponen los cambios sociales y económicos llevan a que la educación sea analizada con el fin de que se prepare al hombre para enfrentar los problemas del mundo actual. Mejorar el nivel de la salud implica promover en la población la toma de conciencia individual y social que conduzca a actitudes tendientes a asumir la responsabilidad de la salud en su propio contexto comunitario, favoreciendo la satisfacción de las necesidades de forma adecuada y real.

Enfrentar al paciente como un ser bio-psico-social planteó para la odontología un doble desafío, construir nuevos modelos, no solo en la práctica profesional sino también de formación de recursos humanos.

Ante los grandes cambios tecnológicos que han tenido lugar para el acceso a la información y al conocimiento, la universidad se ve en la urgente necesidad de superar la consagrada reducción de su papel social a la transmisión de conocimiento, como función privilegiada en los claustros universitarios. La tradición profesionalizante con la que se ha sostenido la universidad en nuestro contexto, a través de los últimos años, está llamada a reinventarse. Producir conocimiento se ha convertido en parte de la razón de ser de la existencia de la institución universitaria y la investigación es el medio para realizarlo. Investigar ya no es función exclusiva de los laboratorios o grupos de investigación. Investigar es recuperar la capacidad de cuestionamiento, crítica y construcción de conocimiento en el aula de clase, en la biblioteca, en el seminario, en el trabajo, y en el permanente contacto con la sociedad y sus realidades.



En ese contexto la Facultad de Odontología de la UNLP a adoptado un nuevo modelo de Educación Odontológica basado en la Articulación – Docencia – Extensión – Investigación como propuesta innovadora para formar recursos humanos utilizando la Investigación – Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras. La investigación eje de la docencia e instrumental básico de la práctica permite vincular al estudiante durante su formación con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la cual debe servir desde el paradigma “aprender haciendo y hacer aprendiendo”.

La ciudad de La Plata capital de la provincia, tiene una población aproximada de 650000 habitantes, no existen villas miserias típicas del gran Buenos Aires, sino grandes bolsones de pobreza que han ido creciendo en los últimos años en el perímetro del cono urbano.

En la ciudad de La Plata los datos oficiales sobre la pobreza indicaron que un 15% de la población se encuentra con necesidades básicas insatisfechas (NBI) es decir unas 100000 personas en situación de pobreza estructural.

Podemos decir que en la actualidad hay niveles crecientes de fragmentación social, regional y productiva en la ciudad de La Plata y sus alrededores.

Como consecuencia de la dinámica de los acontecimientos políticos los centros de salud son ejes de la atención primaria en salud (APS) Han sido y son el lugar de atención de los sectores más pobres, convirtiéndose para muchas poblaciones en el único contacto con una atención medica institucionalizada.

Nuestra área programática es una zona caracterizada por una población que reside en condiciones de hacinamiento y precariedad habitacional, se conforman con una paga de \$30 mensuales y un plato de comida, “ total en estas condiciones están mejor que en su lugar de origen”. Esta zona no posee redes cloaca les lo que representa una zona de riesgo para las enfermedades infecto contagiosas, sobre todo en época de verano, la falta de recolección de basura y carencia de agua potable, aumentan las patologías parasitarias. Son localidades con mucho sentido de pertenencia por parte de sus habitantes, presentan diferencias económicas y socioculturales muy importantes.

## **PLANTEO DEL PROBLEMA**

Ya es un lugar común repetir que nuestra enseñanza es narrativa, pasiva y autocrática. Sin embargo, es necesario reiterarlo porque éstas características prevalecen, a pesar de la

insistencia en la necesidad del cambio y la permanencia de estos rasgos constituyen una barrera a la apropiación de nuevas formas de enseñanza y aprendizaje, son factores que entran en pugna y riñen con la preparación adecuada del terreno para el pleno florecimiento del pensar, reflexionar, criticar y cuestionar, pilares de la actitud investigativa.

La educación universitaria vincula a sus actores con la experiencia de la producción de conocimientos a través de la investigación. Sin embargo, de las tres funciones clásicas asignadas a la universidad -docencia, investigación y proyección social-, ésta función ha sido objeto de una hermenéutica muy particular en el contexto nacional universitario.

- La metodología de investigación, es la práctica frecuente a la que se reduce la enseñanza de la investigación, aunque casi siempre enseñada de manera descontextualizada de los problemas específicos. Se la enseña como una materia más del plan de estudios, por lo tanto es sometida a la rutina de las clases magistrales.
- Los grupos de investigación están desvinculados de los procesos de docencia.
- Ausencia de políticas institucionales de investigación que den sentido y horizonte de referencia, tanto a esta misma como a su articulación con las funciones de docencia y extensión.

### **Objetivo General**

El objeto del presente estudio es analizar las características sociales, condiciones de vida y procesos culturales de dos comunidades, Villa Catella (Ensenada) y Barrio Obrero (Berisso) localidades próximas a la Ciudad de La Plata, durante el año 2009.

### **Objetivos Específicos**

-Evaluar el estado de salud bucal en dos comunidades próximas a la Ciudad de La Plata

-Establecer las patologías orales prevalentes en ambas localidades.

-Mejorar el perfil epidemiológico , reducir la incidencia de caries en piezas permanentes, y procurar la participación activa de la comunidad educativa mediante acciones de promoción de la salud bucal y aplicación de medidas para prevenir, detectar y detener patologías prevalentes.

-Analizar las características sociales, condiciones de vida y procesos culturales de comunidades periféricas de Ensenada, Berisso y La Plata.

-Evaluar el estado de salud bucal y establecer las patologías orales prevalentes en estas localidades.

-Promover estilos de vida saludables

-Desarrollar un modelo de trabajo que articule promoción y prevención

### **Materiales y Método:**

Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo. A fin de obtener mayor conocimiento sobre el universo a estudiar, se procedió a efectuar el reconocimiento geográfico de la zona y se construyeron mapas barriales, señalando las principales instituciones y servicios.

El trabajo de campo fue realizado en dos comunidades periféricas de la ciudad de La Plata, Villa Catella (Partido de Ensenada) y Barrio Obrero (Partido de Berisso), por alumnos y docentes de la Asignatura Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, en el período comprendido entre los meses de Mayo y Noviembre del año 2009.

Se confeccionaron instrumentos para la recolección de datos:

- Entrevistas estructuradas.
- Encuestas para el relevamiento poblacional.
- Diagramas para el registro de placa bacteriana dental.
- Odontogramas para el registro del índice CPOD
- Fichas para la recolección de datos sobre factores de riesgo
- Libro de campo.

Se realizaron entrevistas con los líderes comunitarios y a través de la mediación con ellos, se consiguieron lugares, que fueron utilizados como subsedes operacionales, para instalar equipamiento simplificado y reunir a la comunidad.

Se obtuvieron Historias Clínicas – Odontológicas e índices epidemiológicos:

a) índice de Caries (CPOD)

b) índice de Placa Bacteriana (O'Leary);

Etapas: a - Caracterización de las comunidades,

- b- Definición de la muestra,
- c- Sistematización y análisis de la muestra,
- d - Entrevistas con líderes comunitarios,
- e- Análisis comparativo de los resultados.

De los datos obtenidos y a través de programas estadísticos se realizó el recuento, procesamiento y sistematización de la información.

### **Actividades que articulan en forma mancomunada Docencia-Extensión-Investigación**

- 1) Definición de las áreas de trabajo
- 2) Contacto con organizaciones representativas de la comunidad
- 3) Inserción de docentes y alumnos en la comunidad
- 4) Elaboración de instrumentos
- 5) Entrevistas estructuradas con líderes comunitarios
- 6) Recolección de datos del universo a estudiar
- 7) Selección y capacitación de grupos estratégicos
- 8) Recopilación de datos y devolución de la información a los grupos comunitarios
- 9) Autodiagnóstico
- 10) Relación percepción – teorización
- 11) Estimulación participativa
- 12) Determinación de prioridades
- 13) Planificación y ejecución de proyectos de acción
- 14) Determinación de índices epidemiológicos, promoción y educación para la salud.
- 15) Identificación, selección y análisis de los factores de riesgo homogéneo y específico
- 16) Abordaje integral
- 17) Recursos para el desarrollo de la práctica educativa

18) Evaluación permanente y seguimiento

19) Recolección de datos

20) Análisis de los resultados

## Resultados

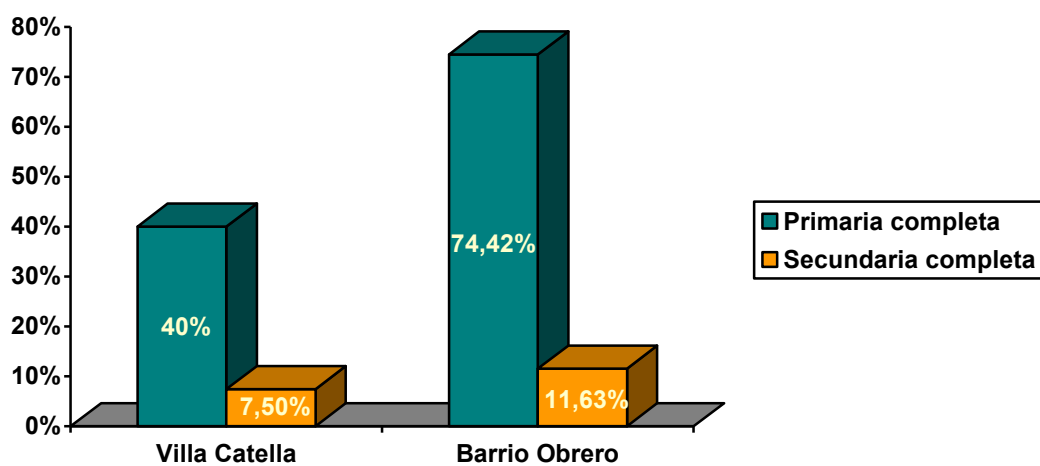
Las Encuestas realizadas en ambas comunidades arrojaron los siguientes resultados:

	<i>Muestra</i>	<i>Media (Edad)</i>	<i>Masculinos</i>	<i>Femeninos</i>
<b>Villa Catella (Ensenada)</b>	n=95	41 años	32	63
<b>Barrio Obrero (Berisso)</b>	n=93	52 años	49	44

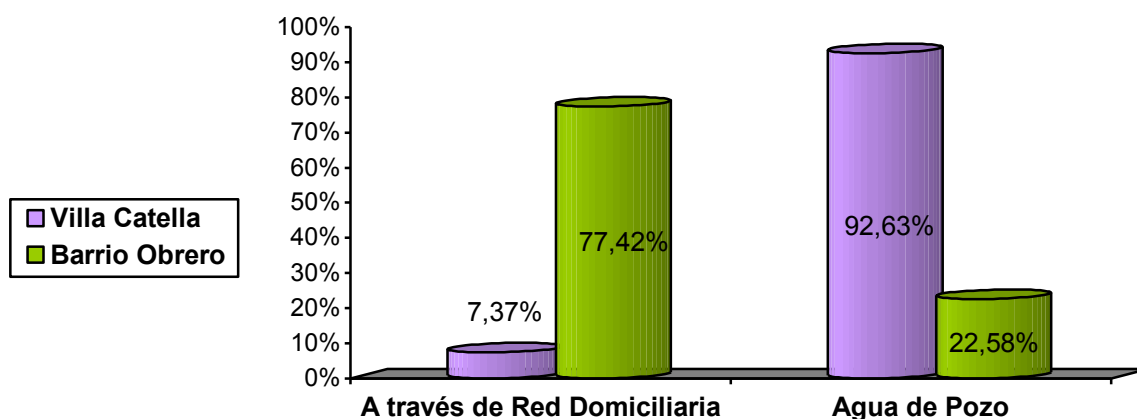
### Nivel de Instrucción alcanzado:

Villa Catella de Ensenada (n= 95), secundario completo: 7,50%, primaria completa: 40%,

Barrio Obrero de Berisso (n= 93), secundario completo: 11,63%, primaria completa: 74,42%,



## Obtención de Agua Potable



## Características de las viviendas

En Villa Catella la mayor parte de la muestra, habita en viviendas precarias o casillas confeccionadas de madera y chapa, ubicadas en predios baldíos ocupados por varias familias, en algunos casos como ocupantes ilegales.

En Barrio Obrero el predominio de viviendas es tipo monoblock, en su mayoría estas viviendas son alquiladas a muy bajo precio, seguido por precarias viviendas ubicadas sobre terrenos fiscales.

## Situación Laboral

Otros de los hallazgos relevantes dentro de la población económicamente activa, es la falta de trabajo estable entre los encuestados, llegando a un porcentaje del 91,57% entre los desocupados y subocupados en la zona de Villa Catella, donde predominan los changarines.

Muchas de las familias de la muestra afirman estar bajo Planes Sociales.

En Barrio Obrero de Berisso solo el 47,31% de los individuos contaba con el privilegio de estar empleado, de los cuales más de la mitad "trabajaba en negro", mientras que los restantes miembros están ocupados en empleos precarios.

### **Cobertura en Salud:**

De los encuestados de Berisso, en su mayoría no posee cobertura médica paga y reconocen que en caso de necesidad médica - odontológica van a la “salita” o al hospital público porque no tienen dinero para abonar una consulta privada; son muy pocos los que afirman tener cobertura a través de la obra social.

La población de Villa Catella mayoritariamente argumenta que el costo del transporte público muchas veces les impide acercarse a la Facultad de Odontología o a los hospitales para hacerse atender, y se acercan a la “salita” del barrio y en los casos requerir atención más compleja, por cercanía al barrio se dirigen a los Hospitales Rossi o Gutierrez de la Ciudad de La Plata.

### **Historias Clínicas – Odontológicas e Índices Epidemiológicos:**

- a) Índice de Caries (CPOD)
- b) Índice de Placa Bacteriana (O’Leary);

	Muestra	Índice de Placa Bacteriana de O’Leary	Índice de Caries:CPOD		
			C	P	O
Villa Catella (Ensenada)	n=85	63%	37	24	15
Barrio Obrero (Berisso)	n=78	48%	44	11	10

### **Consultas Médico/Odontológicas más frecuentes:**

Se realizaron entrevistas estructuradas con líderes comunitarios, médicos y odontólogos de centros de atención primaria de salud, para poder establecer las patologías más frecuentes en cada localidad, utilizando para tal fin, una escala de 1 a 5, donde 5 es el mayor número de consultas por patología.

	<b>Villa Catella (Ensenada)</b>	<b>Barrio Obrero (Berisso)</b>
<b>Infecciones gastrointestinales</b>	5	2
<b>Parasitosis</b>	4	2
<b>Diarrea</b>	4	2
<b>Patologías broncopulmonares</b>	5	4
<b>Adicciones</b>	3	2
<b>Caries Dental</b>	2	3
<b>Enfermedad Periodontal</b>	4	5
<b>Desnutrición</b>	4	2
<b>Embarazo</b>	4	2

## **Conclusiones**

Solo cuando se ha alcanzado una frecuencia del habito de higiene oral correcta podemos mejorar la realización técnica del mismo con el objetivo de mejorar la higiene oral; por tanto, la base de una buena prevención de la caries y la enfermedad periodontal deben basarse en una frecuencia mínima de cepillado.

Las encuestas brindaron elementos para determinar que en ambas comunidades la carencia de servicios públicos y sanitarios adecuados, donde predominan elevados índices epidemiológicos, determina que ambas poblaciones presenten alto riesgo de padecer patologías de diversa etiología. En base a los datos obtenidos en ambas comunidades, se concluye que es prioritario planificar diversas acciones de educación continua en salud, capacitar a líderes comunitarios y organizar a la comunidad para mejorar sus condiciones de vida y prevenir enfermedades prevalentes.



## **Bibliografía**

1. Conde Susana 1998 “Salud Comunitaria” Editorial Espacio – Buenos Aires
2. Leal Mabel 1994– “Atención Primaria en Salud” Editorial Reconstructo – Buenos Aires
3. De ROUX, G 1994. “La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud”. Educación médica y salud. N° 28(2): 223-233
4. OPS –1993 “Epidemiología y Atención de la Salud en la Argentina” N° 35 Oficina Panamericana Regional de la O.M.S.
5. Testa Mario 1988 – “Planificación Estratégica en el Sector Salud “Universidad Central de Venezuela – Gendes Saenz Forero F. – Tendencias de la Educación Odontológica en América Latina
6. Educación para la salud. Manual sobre Educación sanitaria en atención primaria de salud. OMS. Ginebra. 1989.
7. Yépez Patricia 1999. “La Salud Bucal en América Latina” OPS/OMS Publicación de la VII Reunión OFEDO – UDUAL
8. Colectivo de Autores. 1995. La universidad latinoamericana ante nuevos escenarios de la región. Universidad Iberoamericana. UDUAL. México
9. Garcia, C. 1996. Situación y principales dinámicas de transformación de la Educación Superior en América Latina. Cátedra UNESCO. Universidad de los Andes. Santa Fe de Bogotá. Colombia. Colección Respuesta N° 2.
10. Restrepo, H. y Málaga, H. 2001. Promoción de la salud. Cómo construir una vida saludable. Ed. Médica Panamericana.
11. Rouquette, M. 1997. Las representaciones sociales en el marco del pensamiento social. En: Fermentum, Rev. Venezolana de Sociología y Antropología, año 7, n° 20.
12. Salud para todos en el Año 2000. Washington, D.C.: OPS, c1980. (Documento oficial; 173).
13. Educación para la salud en la comunidad: experiencias latinoamericanas. OPS/OMS. HSP/SILOS-38, 1984

14. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OMS, c1989.
15. Abbat, F.R. 1985 “ Enseñar a Aprender Mejor” serie desarrollo de recursos humanos N° 64, O.P.S Alforja. “Técnicos Participativos Para la Educación Popular” editorial Tarea. Lima aptd. 2234 Peru. 4ª edición 1987
16. Ander-Egg.E. 1986 “Las Tecnicas de Comunicación al Servicio del Trabajo Social. editorial Ateneo Mexico
17. Bennett F.J. “Comunity Diagnosis and Health Action. Londres Mc Millan Press, 1979
18. Correa Camirroaga, G. 1981 “Prevención Oral”. Edición del Comitee de Solidaridad Con Nicaragua de Amberes
19. Feuerstein.M.T. 1986 “Partners in evaluation Evaluating Development and Comunita Programs with Paretiepants. Mc Willam London
20. Hope, A. 1984 “Timmel, S Training for Transformation, a Handbook for Comunity Workers”. Book 1 Gweru
21. Kaplum,M “1985. El Comunicador Popular” editorial Humanitas, Buenos Aires
22. Katz,F.M “1981. Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal de salud. OPS, Washington ( publicación científica N° 415 1981)
23. Kroeger, A. 1984 “Evaluación Participante en programas de atención primaria de salud. En kroeger, AyF Barbira Freedman. Cambio Cultural y Salud Quito editorial Aby Yala 11-120,
24. OMS/UNICEF. 1978. “Atención primaria de salud. Informe de la conferencia internacional sobre la atención primaria de salud. Alma Atta URRS 6-12 Septiembre 1978. OMS Ginebra
25. OPS/OMS Salud para todos en el año 2000 estrategias documento oficial N° 173 Washington d.c 1980