

IMPACTO EDUCATIVO ODONTOLÓGICO DESDE UNA PERSPECTIVA TRANSDICIPLINAR EN EL CONTEXTO RURAL DEL MUNICIPIO SAN CASIMIRO

PhD. Johan Rafael Díaz Vargas

PhD. en Ciencias de la Educación UPEL. Odontólogo UNERG. Especialista en Ortodoncia UNAM. Master en Ortopedia Dentofacial (Reino Unido). Profesor Titular Área Odontología UNERG johan_diaz01@hotmail.com. Código ORCID: 0000-0002-7259-8115

Como citar este artículo: "Díaz V, Johan R.: Impacto educativo odontológico desde una perspectiva transdisciplinaria en el contexto rural del municipio San Casimiro" (2023)

Recibido: 15-02-2023; Aceptado: 16-09-2023; Publicado: 20-10-2023

RESUMEN

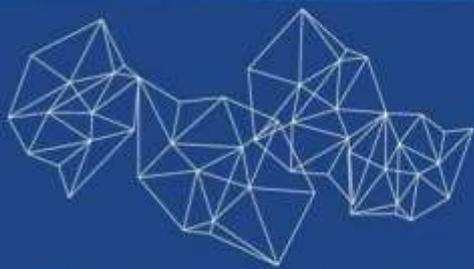
El propósito de esta investigación es conocer interpretar y analizar la realidad circundante: referente al impacto educativo odontológico desde una perspectiva transdisciplinaria en el contexto rural del municipio San Casimiro, estado Aragua. En el marco de esta temática se ubica la presente investigación doctoral, la cual se propone como objetivo construir las bases epistemológico-metodológicas asociados a la promoción estratégica para implementar estrategias comunitarias que permita disminuir la incidencia de enfermedades bucodentales. Para tal efecto se desarrollará una investigación fundamentada en el paradigma cualitativo, como vía de para descubrir la realidad de parte del investigador. De acuerdo con las características de la realidad a estudiar, se abordará desde una perspectiva fenomenológica apoyada en el método etnográfico, el tipo de investigación es documental descriptivo bajo el diseño de campo. La información se obtendrá a través de las técnicas entrevistas no estructurada. Los Sujetos de Estudio estarán conformados por: Odontólogos, docentes y actores comunitarios. Para garantizar la validez de la información a recabar se utilizará la técnica de la triangulación, y los hallazgos más representativos para interpretar a la luz de las teorías Desarrollo sostenible, Teoría de cambio social y teoría de las representaciones de cambio social.

Descriptor: Representaciones sociales, Salud, Salud Bucal, transdisciplinaria, ética, prevención, control de enfermedades bucodentales.

DENTAL EDUCATIONAL IMPACT FROM A TRANSDISCIPLINARY PERSPECTIVE IN THE RURAL CONTEXT OF SAN CASIMIRO MUNICIPALITY

ABSTRACT

The purpose of this research is to know how to interpret and analyze the closed reality: referring to the dental educational impact from a transdisciplinary perspective in the rural context of the San Casimiro municipality, Aragua state. The present doctoral research is located within the framework of this theme, whose objective is to build the epistemological-methodological bases associated with strategic promotion to implement community



strategies that reduce the incidence of oral diseases. For this purpose, an investigation based on the qualitative paradigm will be developed, as a way to discover the reality on the part of the researcher. According to the characteristics of the reality to be studied, it will be approached from a phenomenological perspective supported by the ethnographic method, the type of research is descriptive documentary under the field design. The information is obtained through unstructured technical interviews. The Study Subjects will be made up of: Dentists, teachers and community actors. To guarantee the validity of the information to be collected, the triangulation technique will be ensured, as well as the most representative findings to be interpreted in light of the theories Sustainable Development, Theory of Social Change and Theory of Representations of Social Change.

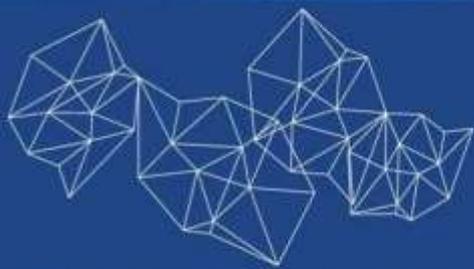
Descriptors: Social representations, Health, Oral Health, transdisciplinary, ethics, prevention, control of oral diseases.

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La salud debe concebirse como un proceso no solo de mera aplicación de técnica sino de participación que estimule el pensamiento y fomente actividades creativas y críticas de respeto hacia los ciudadanos, para el ejercicio de la vida en sociedad. Desde la perspectiva los sistemas de salud son abordados dentro de una visión integral y enmarcados en la trama de relaciones que se configura en las formaciones sociales. Todo sistema de salud está influenciado por la red de relaciones entre las estructuras: económica, política y social.

Es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la magnitud de las lesiones en cavidad bucal, debido a la asociación con las alteraciones sistémicas y las limitaciones funcionales que esta conlleva. En los consultorios pediátricos y odontológicos un número importante de niños con lesiones bucales se pueden diagnosticar; desafortunadamente el escaso conocimiento, la falta de exploración completa o el pasar por alto las recomendaciones de atención dental para los pacientes, propicia que estos no sean atendidos adecuada y oportunamente por lo que con frecuencia los pacientes se atienden de forma tardía con lesiones patológicas avanzadas o incluso en ningún momento reciben tratamiento adecuado.

La propiedad de los medios de producción determina las relaciones de producción y la sumatoria de esos elementos conforman el modo de producción que a su vez debe estar en correspondencia con la superestructura (ideología, leyes, moral, estado). Por ello, la necesidad de utilizar categorías que contribuyan a explicar el enfoque marxista que hoy atendemos. Por ende, en el marco de la perspectiva del materialismo dialéctico debemos



reflexionar sobre aspectos de la realidad actual del sistema de salud venezolano, donde se conjugan diversos elementos de interés, a saber: perspectiva capitalista y socialista de salud, contexto legal de la salud en Venezuela, participación de la comunidad en la construcción del sistema de salud y el sistema de salud y sus relaciones.

La investigación generará conocimiento teórico, práctico y metodológico dirigido a una novedosa práctica de salud bucal, donde se priorice la autorresponsabilidad de la comunidad en la toma de decisiones pertinentes. Desde el punto de vista social, el estudio se considera significativo, ya que el compromiso del autor es impartir conocimiento sobre el área de estudio a través de la participación del personal de salud (odontólogos) tanto del dispensario tipo I y los de barrio adentro, este debe estar relacionado específicamente con el desarrollo de las comunidades para superar niveles de enfermedades bucodentales.

Se describen los antecedentes de investigación relacionados con el estudio y las teorías que sustentan la investigación. Martínez (1999), los antecedentes de una investigación “ayuda en la nueva construcción mentales, ya sea mediante el aporte de ideas, sugerencias y planteamientos” (p.92) En este sentido, se cuenta con valiosos estudios que sirven de antecedentes a otras investigaciones.

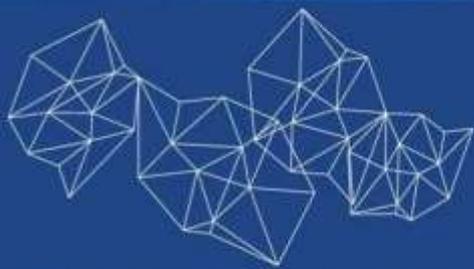
Sobre la base de lo señalado Arias (2006), plantea que los antecedentes se refieren a estudios previos: trabajos y tesis de grado, artículos e informes científicos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones relacionadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con los trabajos de investigación. (p.106).

Propósito General:

Construir una aproximación teórica como referente al impacto odontológico desde una perspectiva transdisciplinar en el contexto Rural del municipio San Casimiro.

Propósitos Particulares

- Descubrir los aspectos estratégicos más relevantes para la promoción de la salud bucodental en el contexto rural.
- Describir procesos de ejecución de los programas existentes en el municipio san Casimiro en relación a la educación y promoción de la salud bucodental?



- Interpretar los fundamentos metodológicos y epistemológicos sobre los cuales se sustenta la formación del odontólogo para el fortalecimiento de su ejercicio profesional en las poblaciones rurales.
- Analizar los fundamentos ontológicos, axiológicos y teleológicos referentes al impacto odontológico en el contexto rural.

TEORIAS DE ADSCRIPCION

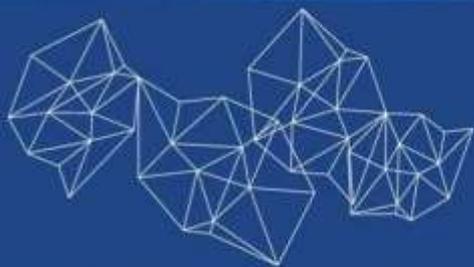
1.-Desarrollo Sostenible

El concepto de desarrollo sostenible proviene de las ciencias biológicas, la forma de evaluar la conservación o depredación de un recurso que consiste en incorporar criterios de trabajo a los patrones y características naturales de recurso, sostenibilidad requiere de un equilibrio dinámico entre todas las formas de capital o acervo que participan en el esfuerzo de desarrollo económico y social de los países para que la tasa de uso de capital no exceda su propia tasa de producción.

La concepción de desarrollo sostenible, incorpora a un cierto nivel de objetivos generales y comunes de un desarrollo diferente, basado en la utilización racional de los recursos y en las necesidades sociales de la población, mediante tecnologías, adecuadas y en la activa participación de la población en las decisiones fundamentales (Gunther y Urquide, 1990; p. 21).

Un desarrollo económico sostenido y ambientalmente sustentable demanda un enfoque global y multifacético que tome en cuenta la aguda crisis económica de los países en desarrollo.

Los instrumentos jurídicos internacionales actualmente en elaboración y que formen parte de la agenda de la Conferencia dirigida a la solución o el control de problemas globales ambientales, reconocerán que el aporte fundamental de los esfuerzos en términos de recursos financieros, tecnológicos y científico-técnicos debe provenir de los países desarrollados, sobre la base de su mayor responsabilidad de degradación global ambiental.



Los actuales patrones de producción, distribución y consumo que hayan prevalecido en las economías desarrolladas y han sido impuestos a los países subdesarrollados, deben revisarse y rediseñarse. Al respecto, el desarrollo sostenible o como también se expresa sustentable: "...es el desarrollo basado en la gestión ambiental que satisfaga las necesidades de la generación presente sin comprometer el equilibrio del ambiente y la posibilidad de las generaciones futuras puedan satisfacer sus necesidades".

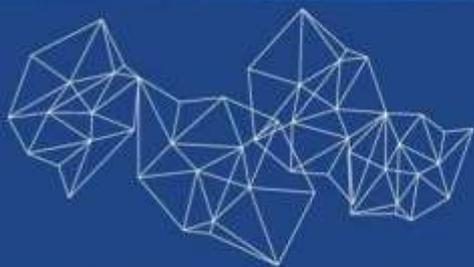
Se puede generalizar que el desarrollo sostenible es un proceso de elevación sostenido, sistemático y equitativo de la calidad de vida del hombre y se aspira a un crecimiento económico, y el progreso social integral que considere la protección del medio ambiente y sus recursos naturales para satisfacer las necesidades de las generaciones actuales, sin poner en riesgo y comprometer la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras. Por eso, el desarrollo sostenible tiene como centro de atención al hombre, y no es compatible con la pobreza y el subdesarrollo de la humanidad.

2.- Teoría de Cambio Social.

Iñigo (2010) plantea, en nuestro tiempo presente, cada vez hay un mayor reconocimiento a aceptar que vivimos un cambio de era, y no así una era de cambios (de Souza 1999). En este cambio de era, la incertidumbre, la multidiversidad, lo paradójico y contradictorio rige las dinámicas de nuestras inter acciones y la configuración emergente de nuestras sociedades, sus Estados e instituciones rectoras (Sawyer 2005, Waldorp 1992). Esto se refleja tanto a nivel personal, como organizacional y sociedad.

Habiendo sido (de) formados socio-cognitivamente a partir de un enfoque mecanicista-positivista de la realidad, creemos que podemos alcanzar el orden y el control de los procesos sociales en los que nos involucramos. El uso dogmático que muchos actores de desarrollo hacen del marco lógico como instrumento de gestión de proyectos de desarrollo, es un claro ejemplo de ello. Aún hoy, hay una tendencia a creer en la existencia de verdades absolutas, la certitud total, estática. Y si eso no fuera poco, seguimos convencidos de que la mejor manera de medir esa verdad es desde una lógica cuantitativa.

Empero, vivimos tiempos dinámicos y complejos que se nutren de la incertidumbre y de una multidiversidad de relaciones (económicas, sociales, geográficas, políticas, cognitivas,



temporales, interculturales, institucionales, etc.). Este hecho fundamental tiene un impacto directo sobre los procesos de desarrollo y cambio social en los cuales están involucrados aquellos actores a los que va dirigida esta guía.

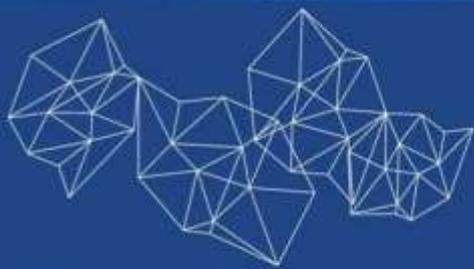
Como diría Edgar Morín (1990): “necesitamos archipiélagos de certeza para navegar en este océano de incertidumbres”. El enfoque de pensamiento-acción de la Teoría de Cambio busca lograr identificar esos archipiélagos de certeza a partir de los cuales podamos nutrir una lógica de pensamiento-acción que nos permita navegar por el complejo océano del cambio social.

Una Teoría de Cambio nos permite ordenar nuestro pensamiento y configurar de manera abstracta, y a partir de nuestro cuerpo de conocimiento y experiencia, aquellas condiciones necesarias para lograr el cambio deseado en un contexto determinado. En parte, lo hace a partir de la explicitación y análisis crítico de nuestros supuestos (AECF 2004, Aspen Institute 2004). Esos mismos supuestos que rigen nuestro modo de pensar, aprender y generar conocimiento. En definitiva, los supuestos que utilizamos para comprender la realidad; y, por ende, actuar en ella. Visto desde una óptica de Teoría de Cambio, este énfasis en la explicación de los supuestos es fundamental en todo proceso de aprendizaje y cambio social; tanto por una cuestión epistemológica (¿Cómo entendemos y aprendemos sobre la realidad?, como por una cuestión política (¿Cuáles son los argumentos reales utilizados por los distintos actores a la hora de proponer una realidad en contraposición a otra?).

3.- Teoría de las Representaciones Sociales

Considerando a la salud como un proceso explícitamente social, se retoma la vertiente moderna de la investigación psicosocial, englobada bajo el rubro de psicología social crítica, conocida como “Representaciones Sociales”. Aun cuando este término, ha sido abordado clásicamente por la Psicología y la Filosofía, toma vigencia con el psicólogo Serge Moscovici, (17) al publicar su tesis doctoral *La Psychanalyse: son image et son public* (1961), comenzando la época moderna de la Psicología Social.

Si bien, fue Durkheim en (1898), el primero que habló de “representación colectiva” en el campo de la Sociología, y las consideraba universales, impersonales y estables, como los



mitos, las religiones, el arte, entre otras; Moscovici influenciado por este autor, retoma el concepto y lo reelabora haciendo una articulación formal de las representaciones sociales como teoría y método en la Psicología Social, en la década de los cincuenta.

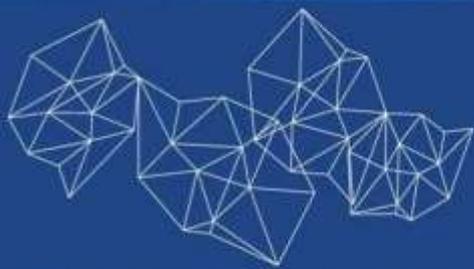
Se definen a las Representaciones Sociales como la suma de las representaciones de los individuos que componen una sociedad donde prevalece lo social sobre lo individual. Son conjuntos dinámicos que producen un nuevo comportamiento, guiándolo y remodelándolo, con características dinámicas, cambiantes y no compartidas, diferenciándolas de las “Representaciones Colectivas”.

El investigador inglés Farr, (2003), gran difusor de las representaciones sociales, afirma que “una representación es social”, si ha estado en una o más mentes, el punto clave es como ésta sale de la mente de uno y es tomada e interpretada por otro, ya que el objeto de estudio circula en la sociedad. Por lo que, las representaciones sociales, consisten en la percepción mental de la realidad que transforma los objetos sociales como el odontólogo y su contexto, en categorías simbólicas (valores, creencias, ideologías), confiriéndole un estatuto cognitivo y que interviene en la conducta de los niños, como el cuidado de su salud bucal, enmarcado en las interacciones sociales; y como un sistema teórico emergente todavía trabaja por convertirse en una tradición de investigación.

Perspectiva socialista de salud

Farías, (2004) Desde su concepción el modo de producción socialista propone transformar las formas de relaciones de producción, la distribución social de bienes y servicios y los medios de producción dispuestos al servicio del colectivo. En el campo de la salud, el estado ha impulsado la plataforma para que la comunidad participe en la transformación del modo de producción imperante, a partir de facilitar los medios de producción como elemento de propiedad social para las comunidades.

Las organizaciones comunitarias, como son los comités de salud, tendrán la labor de procurar que estas acciones se materialicen a partir de las formas de autogobierno propuestas por el estado venezolano, proceso que se encuentra aún en constante contradicción por los escasos mecanismos de participación comunitaria que existían en el pasado. A pesar del esfuerzo del gobierno por dar poder a las organizaciones comunitarias



dentro de sus espacios locales, en Venezuela no se ha implantado aún un sistema de salud socialista. Sin embargo, se está presentando un ingrediente poco usual en la dinámica de las formaciones sociales latinoamericanas, representada por la asistencia gratuita de la salud en todos los niveles de atención para la población desfavorecida, aspecto que conduce a seguir asentando las bases para la construcción de lo que se ha dado en llamar socialismo del siglo XXI. En estos momentos no sólo es válida la lucha ideológica contra las imposiciones del capitalismo mundial (p.7)

Programas comunitarios de salud bucodental

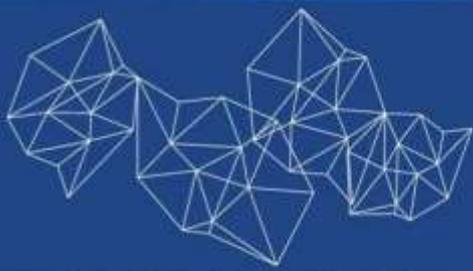
Durante los años 80 se ha venido produciendo un proceso de transferencias de salud a ciertas comunidades autónomas, que han podido realizar la planificación de la salud oral. Esta planificación se ha realizado actuando en la gestión de recursos de salud oral parcialmente, pero con una muy limitada capacidad de actuar sobre los profesionales y nula capacidad de actuar sobre su formación, que sigue dependiendo de la administración central.

Los niveles de actuación asumidos por las comunidades autónomas, con competencias de salud transferidas se caracterizan por su heterogeneidad en el abordaje del problema, con un elemento común, la priorización de la población escolar.

Muy recientemente se ha publicado un importante documento que recoge la legislación, así como las bases programáticas en materia de salud bucodental de las diferentes comunidades autónomas. Ese documento auspiciado por la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral) ha sido elaborado por los doctores Esparza y Cortés (2004)

A continuación, se expone, en orden alfabético, las principales actividades de aquellas comunidades, que en nuestra opinión, tienen una mayor tradición de programas de salud bucodental:

Proceso de salud bucal



- Al proceso Salud-enfermedad bucal como un proceso histórico social, desde un punto de vista Antropológico y Sociológico, en donde las patologías bucales no sean observadas sólo a nivel individual, sino también desde la óptica socio- cultural.
- Identificar las necesidades de salud bucal, a nivel de la sociedad con la finalidad de enfrentar las dificultades en los sistemas de atención, desde la óptica comunitaria.
- De construir las estructuras sociales, las expresiones de poder médico y los saberes dominantes, a fin de buscar la transformación radical de la sociedad con respecto a la salud, así como también de los sistemas de salud.
- Fortalecer el conocimiento de los individuos como representantes de una sociedad en cuanto a la salud bucal, con la finalidad de ampliar sus capacidades personales, comunitarias en el sentido de crearles aptitudes para auto gestionar su salud bucal.

Incluye las anomalías y las enfermedades de la sustancia dentaria. Enfermedades de la Sustancia Dentaria

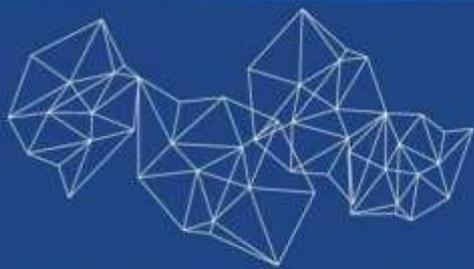
Aparecen divididas en dos partes duras y de partes blandas.

Las primeras son: desgaste, fractura, atrofia de los dientes, descomposición del esmalte, descoloración, la caries, la consunción de las raíces y la exostosis.

Para las segundas: inflamación de la pulpa dentaria, su fungosidad, su osificación y las diferentes neurosis dentarias (de las que no se hablará nada).

Partes Duras

El desgaste tiene relación con varias causas: alimentos, cepillado incorrecto, rechinar. Se actúa sobre la causa. Si queda al descubierto el nervio, se utiliza un estilete candente y luego se emploma; si hay rechinar se coloca entre las mandíbulas un pedazo de lienzo para impedir la frotación de unos dientes con los contrarios. Los decantillamientos o fracturas superficiales de los dientes se tratan evitando las pequeñas causas que los producen: frío, calor, ácidos, movimientos masticatorios. También se liman ángulos y asperezas.



La fractura de cuello o raíz. Un golpe o una extracción defectuosa son causas inmediatas. Entre otras, la raquitis, el escorbuto, la sífilis, contribuyen a la producción de fracturas. Se trata de forma conservadora o con extracción de los fragmentos para evitar infecciones y quistes.

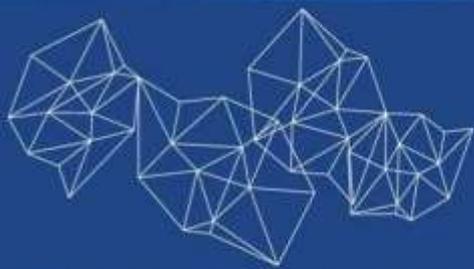
Por corrosión se conoce también la atrofia del esmalte. Presenta tres variedades: la de manchas color blanco de leche o amarillas y ningún medicamento puede hacerles desaparecer; las parecidas a picaduras, las más comunes de todas y la tercera afecta toda la superficie dentaria no formándose sustancia ebúrnea o huesosa. Afecta al tamaño y volumen de los dientes. Suelen aparecer en la niñez y relacionarse con afecciones escrofulosas, escorbúticas, en la lactancia o en el seno de la madre. Pueden necesitar el concurso del médico.

La descomposición del esmalte tiene, igualmente, tres variedades: En una de ellas aparecen manchas negras en la cara anterior o en los lados de la corona. Se producen por enfermedades de la pulpa o por la presión de los dientes entre sí. En otra de ellas son blanquecinas o amarillentas en el cuello de los dientes, sobre todo en molares inferiores. Hay sensibilidad al frío y al calor y se deposita tártaro con facilidad. Puede ser origen de caries.

En la tercera es una mancha de color blanco, en la cara anterior tornándose luego amarilla. Se lima y se emploma la cavidad si se cree conveniente. La descoloración (sic). Cuenta las diferentes coloraciones de los dientes bien sean de leche, bien sean definitivos. Aparte de su color amarillento o blanquecino natural los dientes toman un color más o menos amarillo cuando para limpiarles se hace uso de los asidos, del crémor de tártaro, del tabaco en polvo o en hoja, y de la quina, etc.

Caries.

Frecuente y grave, más en la mujer que en el hombre; más en molares que en incisivos. Raramente llega a la raíz. Los dientes de leche son también afectados de caries, ya sea por consecuencia de enfermedad, ya por una disposición natural. Unos piensan que es una enfermedad hereditaria (Hunter), otros que es un defecto en la formación de los dientes (Fox), otros que es una enfermedad ulcerosa. Los más, creen que hay causas

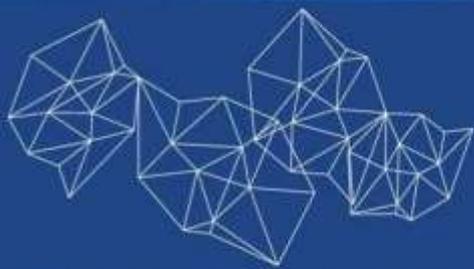


determinantes externas e internas. Entre las primeras, golpes, caídas, conmociones, contusiones sobre la cara, todas las lesiones de los dientes, el contacto del aire frío, las conformaciones viciosas, las afecciones de las encías, la residencia en lugares húmedos, los medicamentos como el mercurio y el poco cuidado de los dientes; entre las internas afecciones escrofulosas, dartoas, sífilíticas, gotosas. Hay diferentes tipos de caries: Calcárea. Se presenta como una depresión circular cerca de las encías, blanqueándose el esmalte y haciéndose sensible. Frecuente en la juventud y en las enfermedades inflamatorias Superficiales. El esmalte parece vidrio y se puede cortar en pequeñas láminas.

- Perforante. La más frecuente. En todo el contorno de la corona. Color amarillento o negruzco, maloliente, comunicando al exterior. Dolor importante. Emplomadura o extracción son terapéuticas adecuadas.
- Las graves. Negra o carbonizada. Entre quince y treinta años. En individuos con raquitis o tisis pulmonar. No progresa hacia la raíz.
- Eruptiva. Afecta a incisivos en tísicos. Forma una línea negruzca en el cuello del diente.
- Estacionada. Cualquiera de las ya vistas, que no progresan en su evolución. Puede avivarse en cualquier momento.
- Parecida al desgaste de los dientes. Parece una caries curada. Asienta sobre las cúspides de los molares. Es una depresión profunda, lisa y el esmalte que la cubre Para diagnosticar la caries se necesita de una sonda. En su tratamiento, se intentarán preservar los dientes sanos y actuar sobre las causas que la producen.

La consunción.

Es la disminución de la raíz de los dientes. En personas de cuarenta a cincuenta años de temperamento bilioso y en mujeres cuya salud se ha deteriorado con los partos. Es lenta en sus progresos y no se sienten sus resultados perniciosos sino después de dos, tres o cuatro años. La movilidad es el resultado final. Tónicos para las encías y cauterio actual son terapias que pueden disminuir su progresión. Raíz, de forma redondeada o angulosa. Resulta de la osificación e irritación del periostio dentario en individuos con caries y dientes



desgastados. Se sospecha por dolor gravativo y profundo y también por pérdida de nivel de este diente con los inmediatos.

La primera, se parece a la exostosis y se diferencia de ella en que la raíz es más gruesa, su apertura más larga y sus paredes, delgadas. La segunda difiere poco de la consunción de las raíces. Procede de la inflamación crónica o gangrenosa de las partes blandas o bien de violencias exteriores. El diente pierde su color natural, se mueven y dan un derrame purulento entre cuello dentario y encía. Deberá extraerse.

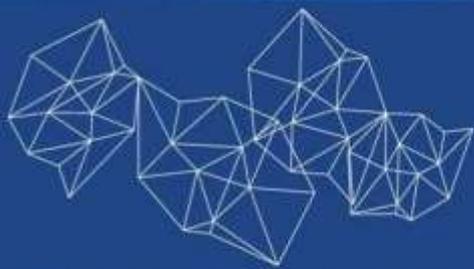
Antes de empezar con las partes blandas y sus enfermedades Álvarez Osorio dedica un epígrafe a la Inflamación de la membrana alveolo-dentaria, que no había sido advertida en la clasificación inicial. Por otra parte, no se habla de las neurosis dentarias. Inflamación de la membrana alveolo-dentaria.

Puede ser aguda y crónica. La encía inflamada debe combatirse con gargarismos, sanguijuelas debajo de la mandíbula, baños de pies y bebidas emolientes tibias.

En los casos crónicos, existe alguna causa interna que lo perpetúa (escrófula, herpes, escorbuto, sífilis, artritis). Aquí se utilizarán, lociones amargas y astringentes, limpieza diaria de los dientes. Localmente, sanguijuelas sobre las encías hinchadas, escarificaciones con lanceta y otras medidas como vejigatorios detrás de las orejas o en el cuello.

Partes Blandas

Inflamación de la pulpa dentaria. Describe todas las manifestaciones habituales de la pulpitis. Más frecuente en adultos. Si hay caries, se limpia y se colocan en la cavidad algodones empapados en ácidos concentrados, éteres, aceites esenciales, o bien porciones de nitrato de plata o sulfato de potasa. A veces deberán usarse opio, incienso, mirra o gomas resinas. Cuando se quiere destruir la pulpa, se utiliza cauterio químico (nitrato de plata, ácidos) o actual. En ocasiones se aplican sanguijuelas detrás de las orejas, emplasto opiado. Cuando todo fracasa, extracción del diente o muela. Fungosidad de la pulpa dentaria. El orificio del canal dentario está dilatado por enfermedad o accidente. Aparece un tumor rojo que será cortado con tijeras o cauterizado. Osificación de la pulpa



dentaria. Es visible este hecho cuando el diente está muy gastado o bien en forma de huesecillo pulpar próximo a la zona de caries. En ambos casos se beneficia el diente.

Sección Según enfermedades de los dientes relativas a sus conexiones ó situación.

Se inicia un largo apartado, que más parece un fondo de saco. El agrupamiento de las afecciones parece hecho de una forma caprichosa. Dientes vacilantes, luxación, tártaro, odontalgia. Los dientes vacilantes o móviles lo son por causas externas y por causas internas. Golpes, caídas, piezas artificiales mal colocadas y la acumulación de tártaro son externas; internas son las producidas por enfermedades generales. Las primeras son resueltas actuando sobre los procesos que lo originan mientras que las segundas serán trabajo para el médico.

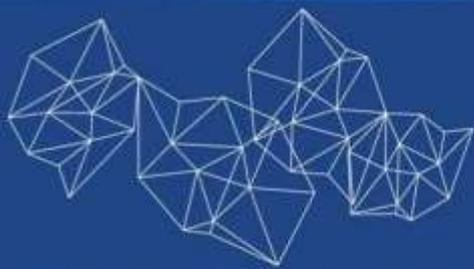
La luxación accidental de los dientes se produce por choques o traumatismos.

Más frecuente en incisivos y caninos. Se practicará una ligadura para fijarlos a los dientes de al lado. En diez o quince días se resolverá. Si se han separado muchos dientes o cuando el dentista ha extraído un diente por otro, se volverán a poner en su mismo alveolo, eso sí tras haber rebajado su corona. El tártaro está formado por 1º una materia animal diferente de la que existe en los huesos; 2º una materia orgánica; 3º fosfato y carbonato de cal; 4º una materia de color bruno parecida al óxido de hierro, formada de este metal y de fosfato de magnesia. Puede ser una secreción patológica de las encías.

En inflamaciones crónicas de los intestinos o de los pulmones se deposita más tártaro en las encías, igual que en la tisis. Parece producirse en mayor cantidad durante el sueño. Las personas fuertes tienen tártaro más duro y en menor cantidad que los sujetos linfáticos. Enrojecen las encías y despiden mal olor. Lo primero es cuidar los dientes con enjuagues de agua simple o con cepillo y pasta dentífrica. Si las concreciones son firmes, deberá limpiarlo un dentista.

De la odontalgia se dice que es el dolor más incómodo y frecuente en el hombre.

Se dan más de treinta remedios para las diferentes manifestaciones del dolor en boca, encías, dientes y en diferentes edades y estados. Vejigatorio volante, sanguijuelas, fumigaciones con agua de cerezo, lociones emolientes, grasas simples, fomentos con



franelas calientes, antiespasmódicos, atemperantes, sección de la rama nerviosa que se distribuye en el diente, cauterización de una de las eminencias de la oreja del lado que sufre, vejigatorios o parches de extracto de opio colocados detrás de las orejas o en las sienes, escarificaciones en las encías, emploma miento y cauterización, licores, éter sulfúrico, anodinos, narcóticos, licores, gargarismos, acero imantado, pasta líquida del doctor Black, láudano de Rousseau, electricidad, amuletos, extracción dental por fin.

Enfermedades de las encías.

Hay tres apartados o secciones: inflamación de las encías, del abultamiento y ulceración de las encías y del fungo de las encías. Primera Sección.

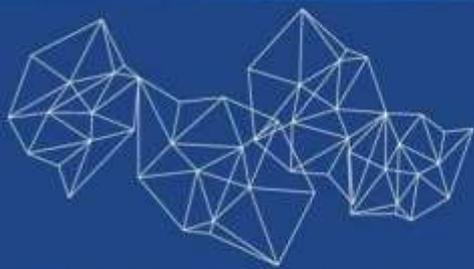
1. Inflamación Las aftas, son una erupción de tubérculos blancos, superficiales o confluentes. En otro momento se dice de ellas que son pústulas. Si aparecen en niños su curso es más grave: trastornos digestivos, ansiedad, convulsiones.

A continuación, se describe su curso. Temperaturas húmedas, lugares pantanosos, constitución débil, escaso aseo, tártaro en la boca, favorecen su aparición.

Su tratamiento tan incierto como en la actualidad: gargarismos dulcificantes, emolientes, leche de buena nodriza, agua de cal. Si las inflamaciones aparecen en la época de la erupción, la leche de madre o de nodriza es lo mejor. Pueden ser de tal calibre que hay destrucción completa de los gérmenes de los dientes permanentes. El flegmón (sic) o absceso de las encías es un tumor de etiología muy variada, aunque se desenvuelve en los sitios próximos a las caries. Siendo grave, produce trastornos generales: insomnio, dolor de cabeza, horripilaciones. Utilizar, al principio, emolientes, sangrías o fomentos. Al final, muchos de ellos supuran. El pus debe salir por la boca y no caer en el estómago. La extracción de la pieza es la mejor forma de tratamiento. Pueden complicarse con fístulas y adherencias. En este caso, los gargarismos y los pinceles mucilaginosos, las evitan; si están muy afirmadas, instrumentos cortantes. Los lechinos sobre las heridas facilitan la supuración y previene la pegadura.

Segunda Sección.

2. Abultamiento y ulceración.



Las causas son enfermedades generales (escorbuto, sífilis), ocupacionales (mercurio) o por mala higiene.

Escorbuto. Picazón, tumefacción y sangrado acompañan al escorbuto.

Inicialmente, se harán gargarismos acídulos (sulfato de alúmina y óxido sulfúrico) Si se llega al nervio dentario, se utilizará algodón mojado con tintura calmante. Existen medios generales que se utilizarán por parte del médico. Seguidamente, otra enfermedad diferente que se llama escorbuto de las encías por ser muy semejante a la anterior. La mala higiene en individuos de treinta o cuarenta años, de temperamento linfático, que vive en lugares húmedos es la causa más frecuente. La gangrena de las encías se encuentra en los infantes y seguramente sea una gingivitis ulcerativa necrotizante. Se aconseja una nutrición succulenta y animal, el buen vino y el habitar en lugares secos y bien ventilados. En las escrófulas, las encías están pálidas y blancas. Fricciones de quina y magnesia ayudan al tratamiento interno. En la sífilis aparecen ulceraciones.

Con el mercurio aparecen excoriaciones, de fondo agrisado, que ocupan la lengua y otras zonas de la boca. También ptialismo. Si se puede se retira el medicamento mercurial. Gargarismos, con diversos componentes se emplean para su alivio.

Describe los épulis, pequeño tubérculo que se implanta con pedículo o bien con una base ancha, de consistencia blanda y de tamaño variable. A Veces, sangra. Su tratamiento es quirúrgico (ligadura, instrumento cortante y Cauterio) con medios auxiliares como astringentes y gargarismos.

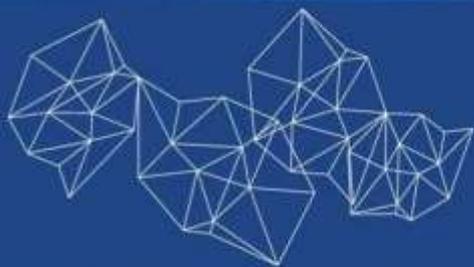
I. Higiene Dentaria.

Divide su materia en:

1.Cuidados generales. 2.Preceptos y consejos. 3.Instrumentos 4. Productos (dentífricos)

TIPO DE INVESTIGACIÓN

En relación a la revisión teórica realizada la investigación se fundamenta en **un estudio cualitativo**, sustentados en los postulados de Rusque (2001), cuando señala que el



“investigador Cualitativo ve a las personas en una perspectiva holística, considerándolos como un todo, utilizando el método comprensivo que permite conocer el significado que los individuos le dan a la acción social.

De la misma manera, existen diferentes formas de capturar la realidad en su perspectiva de desarrollo, para efectos de esta investigación de tipo cualitativo donde se busca el conocimiento como interacción con los demás en el marco de una acción comunicativa, el método que se relaciona con esta forma específica de conocer su ontología está enmarcado en la fenomenología y la etnografía.

Es **fenomenológico** en palabras de Hurtado y Toro (2001), por que estudia los fenómenos tal como son experimentados y percibidos por el hombre y, por lo tanto, permite el estudio de las realidades cuya naturaleza y estructura peculiar solo pueden ser captados desde el marco de referencia interna del sujeto que las vive y las experimenta.

Se apoya de igual manera en la etnografía que según Cerda citado por el mismo autor, sostiene que este método procura la recopilación más completa y exacta posible de la información necesaria para reconstruir la cultura y conocer los fenómenos sociales propios de comunidades o grupos sociales muy específicos.

La investigación realizada se considera descriptiva por cuanto presenta la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza del cual se estudia, Martínez (2001), En este sentido, se pretende estudiar en el campo la naturaleza actual de la comunidad rural en referencia a la atención odontológica.

Según Tamayo (2000), el tipo de investigación es de campo por cuanto se realiza con la intención de ser explícitos los aspectos operativos de misma

Procedimiento de la investigación

En función de los propósitos de la investigación esta se desarrolló en atención a varias fases las cuales se presentan en la gráfica:

FASE 1 : Descripción del fenómeno

FASE 2: Búsquedas de múltiples perspectivas



FASE 3: Búsqueda de la esencia y del estudio

FASE 4: Constitución de la significación

FASE 5 Interpretación del Fenómeno.

Sujetos de Estudio

El criterio básico para seleccionar los sujetos de estudio de la investigación cualitativa, se basa en el hecho que la información debe buscarse en el lugar donde se producen los acontecimientos, puesto que primero está la fidelidad de la información que emerge, de lo que ocurre en el sitio y luego están los planes de acción.

De acuerdo a lo señalado por Martínez (1999), plantea que un buen informante clave puede desempeñar un papel decisivo en una investigación: introduce al investigador ante los demás, le sugiere ideas y formas de relacionarse, le previene de los peligros, responde por él ante el grupo y, en resumen, la sirve de puente con la comunidad, permitiendo al investigador obtener mayor información de la realidad local estudiada.

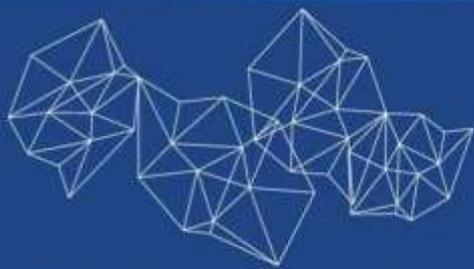
La selección de la muestra en un estudio etnográfico requiere que el investigador especifique con precisión cuál es la población relevante o el fenómeno de la investigación usando criterios que puedan basarse en consideraciones teóricas o conceptuales, intereses personales, circunstancias situacionales u otras consideraciones. Como la muestra estudiada incide decisivamente en los resultados que se obtendrán, es importante elegirla con sumo cuidado. Toda información será, después, interpretada en el marco de referencia o situación que la generó.

Cuadro 2. SUJETOS DE ESTUDIO

Contexto	Docentes	Personal de salud Bucal	Actores comunitarios
San Casimiro	03	03	03
TOTAL	03	03	03

Técnicas e Instrumento de Recolección de datos

En cuanto a las técnicas de recolección de datos se utilizará la entrevista no estructurada. Las fuentes de recolección de datos serán de carácter primario; definidas por Bernal (2000),



“son todas aquellas de las cuales se obtiene información directa, es decir, donde se origina la información. Estas son las personas, las organizaciones, los acontecimientos, el ambiente natural, entre otros. (p.181).

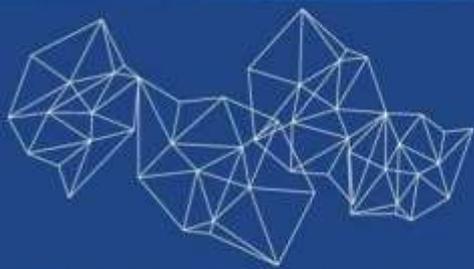
De igual manera; esta técnica cualitativa, es definida por Taylor y Bodgan, citado por Rusque (2001), como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. De modo que, al aplicar la técnica, resulta más parecida a una conversación que en un intercambio formal de preguntas y respuestas, pero que no se pueden quedar solamente a nivel de una conversación; puesto que si esto sucediera difícilmente se puede formar parte de las teorías de la investigación.

En tal sentido, la entrevista no estructurada se utilizará para conocer en profundidad y en detalle la realidad local. Tal como lo indica Martínez (2000), en este tipo de entrevista, el entrevistado tiene la iniciativa respecto a los temas y cuestiones de interés, que se relacionan directamente con las categorías subyacentes de la realidad que converge en la comunidad rural.

Técnicas y Análisis de Datos

Para el análisis de los resultados se considera la técnica de triangulación la cual es definida por Miles y Huberman citado por Rusque (1999), como la vía a donde se consideran los siguientes elementos “la reducción de los datos, su presentación e interpretación y la verificación considerando el plano temporal en que se realiza”8p.156).

Otros autores como Griba y Linco citados por Rusque (1999). El análisis de datos de investigación cualitativa consiste en reducir, categorizar, clasificar, sintetizar comparar información con el fin de obtener una visión más compleja de la realidad objeto de estudio. Para Serrano (2004) la técnica de la triangulación implica reunir una variedad de datos y métodos para referirlos al mismo tema o problema. A su vez que los datos que se recojan desde puntos de vista distintos y realizar comparaciones múltiples de un fenómeno único, de un grupo y en varios momentos utilizando perspectivas diversas y múltiples procedimientos. Los datos cualitativos por su misma esencia están abocados a problemas de consistencia. Es necesario compensar la debilidad del dato inherente a la metodología

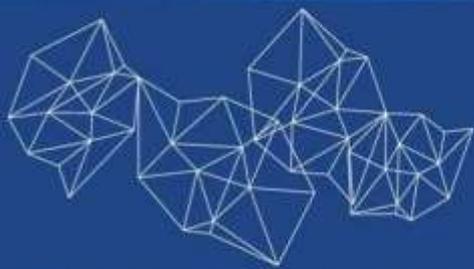


con una convergencia y/o complementariedad de diferentes procedimientos, lo cual ofrece la ventaja de revelar distintos aspectos de la realidad empírica. La triangulación persigue aumentar la validez y se corresponde con las “operaciones combinadas” de Staly, (1969) y “las estrategias mixtas” de Douglas, (1976).

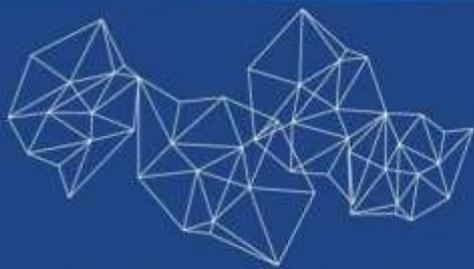
Por su parte, Eliot citado por Serrano indica que el principio básico subyacente en la idea de triangulación es el de recoger observaciones, apreciaciones de una situación o algún aspecto de ella desde una variedad de ángulos o perspectivas, después de compararlas y contrastarla. Las técnicas triangulares de investigación en las ciencias humanas y sociales intentan señalar o explicar más concretamente la riqueza y complejidad del comportamiento humano con el fin de estudiarlo desde diferentes perspectivas, utilizando todos los datos. La triangulación en la investigación social presenta muchas ventajas porque al utilizar diferentes métodos en la investigación, estos actúan como filtros a través de los cuales se capta la realidad de modo selectivo. Por ello conviene recoger los datos de la realidad con métodos diferentes: si los métodos difieren el uno del otro proporcionarán al investigador un mayor grado de confianza.

REFERENCIAS

- Albarracín (1971) Cuaderno de historia de la Medicina Española. Las asociaciones médicas de España durante el siglo XIX Salamandra.
- Albarracín (1973) Cuaderno de Historia de la Medicina Española. La titulación médica en España durante el siglo XIX Salamanca.
- Albarrin (1973) La profesión médica ante la sociedad española del siglo XIX. Madrid
- Anónimo (1999) Los supervisores provinciales de Odontología 11:631.
- Anónimo (1999) El Ejercicio de la Odontología por los Practicantes de Medicina de Odontología 12:877. 878.
- García y Baier (1992) La Medicina de los Dientes. Universidad de Granada. Granada, España.
- OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (1978). Salud para Todos No. 1. Ginebra
- Balli(1999). Revistas medicas Cadi tercera edición Colombia



- Briceño, R. (1998). El Contexto Político de la Participación Comunitaria en América Latina. *Cad Saúde Pública*. 14, 141 – 147.
- Bustelo, E. y Minujin, A. (1998). *Todos Entran. Propuesta para Sociedades Incluyentes*. Santillana. Buenos Aires.
- Bonilla, E y Rodríguez, P (1995) *La Investigación en Ciencias Sociales más Allá del Dilema de los Métodos*. Centro de Estudios de Desarrollo Económico CEDE. Facultad de Economía. Universidad de los Andes. Colombia.
- Morín, E. (2003). *El Método: La Humanidad de la Humanidad, la Identidad Humana*. Cátedra S.A. Madrid.
- Perea, R. (2004). *Educación para la Salud*. Díaz de Santos Editores. México.
- Morillas, J. (2006). *Competencias para la Ciudadanía*. Narcea S.A.
- Civis, M. Y Riera, J. (2007). *La Nueva Pedagogía Comunitaria: Un Marco Renovado para la Acción Socio – Pedagógica Interprofesional*. Nau Llibres. Valencia.
- Civis, M. Y Riera, J. (2007). *La Nueva Pedagogía Comunitaria: Un Marco Renovado para la Acción Socio – Pedagógica Interprofesional*. Nau Llibres. Valencia.
- Martínez M., M. (2000). *El paradigma emergente*. México: Editorial Trillas.
- Martínez M., M. (2002). *La Nueva Ciencia. Su Desafío, Lógica y Método*. México: Editorial Trillas, S.A. de C.V.
- Martínez M., M. (2002). *Seminario y Taller de Metodología Cualitativa*. Mimeografiado. Dpto. de Ciencias y Tecnología del Comportamiento. Universidad Simón Bolívar.
- Pérez., G. (1998). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Pérez P. (1998). *Investigación Cualitativa Reto e Interrogantes*. Editorial La Muralla.
- Pérez S., G. (2001). *Modelos de Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones NARCEA, S. A.
- Ruiz B., C. (1998). *Instrumento de Investigación Educativa*. Barquisimeto: Ediciones CIDEG, C. A.
- Ruiz, J y Espizua M (1989) *La descodificación de la vida cotidiana* Editorial Deusto Bilbao España
- Rusque, A (1999) *De la Diversidad en la unidad de la Investigación Cualitativa* Caracas Vadell Hermanos Editores.



Rusque A. (2001). De la Diversidad a la Unidad en la Investigación Cualitativa. Caracas: Ediciones FACES/UCV.

Sabino., C. (2000). El Proceso de Investigación. Caracas: Editorial Panapo.

Newman y Browner (1990). Epidemiología y Salud Pública. México: Editorial Interamericana.

Regezi, J. (1991) Patología Bucal. México: Nueva Editorial Interamericana

Newman y Browner (1990). Epidemiología y Salud Pública. México: Editorial Interamericana.

Regezi, J. (1991) Patología Bucal. México: Nueva Editorial Interamericana. Edición: 3ª

ODOUS CIENTIFICA Vol. VIII, No. 2, Julio-Diciembre 2007