

190  
2/1984



# ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD EN  
LA PRACTICA GENERAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

GUILLEN MENDEZ ROMEO  
PADILLA VILLAFUERTE ISIDRO

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E .

Pág.

CAPITULO 1.- PAPEL DEL PRACTICO GENERAL EN LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD....	1
a).- Necesidades de la Odontología de la Comunidad y de la Odontología Preventiva. . . . .	8
b).- Necesidades Dentales contra Demandas Dentales.	14
CAPITULO II.- ENFOQUE PREVENTIVO DE LA CARIES DENTAL. . . . .	28
a).- Extensión del Problema. . . . .	29
b).- Niveles de Prevención. . . . .	31
c). Empleo del fluoruro.....	33
d).- Aplicación tópic de solución de Fluoruro...	39
e).. Formulas y tabletas de Fluoruro.....	43
f).- Cepillado de los dientes y Dentríficos.....	45
g).- Regulación de la Dieta. . . . .	47
CAPITULO III.- ENFOQUE DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. . . . .	49
a).- Extensión del problema. . . . .	49
b).- Métodos y Niveles de Prevención. . . . .	54
c).- Importancia de la higiene Oral . . . . .	82
d).- Claves para la Educación del paciente. . . . .	87
e).- Servicios Clínicos Preventivos.....	101
CAPITULO IV.- ENCUESTA COMUNITARIA EN SAN MIGUEL AMANTLA AZCAPOTZALCO.....	110

a).- Historia del Pueblo de San Miguel Amantla. . . . .	110
b).- Información o Consejos para la Comunidad. . . . .	155
c).- Gráficas de porcentajes de Enfermedades Bucales de la Comunidad. . . . .	166
d).- Recursos con que cuenta la Comunidad para la Aten-- ción Dental. . . . .	183
e).- Conclusiones. . . . .	187

## I N T R O D U C C I O N .

El trabajo que a continuación nos proponemos presentar tiene como título: "La Odontología de la Comunidad en la Práctica General", y teniendo como propósito realizar una encuesta comunitaria, que nos permita valorar cuantitativa y cualitativamente a las principales enfermedades bucales: caries y problemas periodontales de determinado grupo de la población.

Para poder llevar a cabo dicha valoración, nos basamos en la observación y exploración física del paciente así como de la elaboración de cuestionarios o historias clínicas de los mismos, para conocer los diferentes factores que influyen sobre el desarrollo de dichas enfermedades, como son, el educativo, económicos, dieta, sanitarios y así llegar a un diagnóstico.

Hecho lo anterior nos apoyaremos en la teoría para informar al paciente con respecto a la caries, que probablemente sea una de las enfermedades más predominantes de la humanidad.

Informar sobre los métodos de prevención, de igual manera informar sobre los problemas periodontales ya que los dientes que no son víctimas de la caries y escapan a la destrucción en blanco de las enfermedades periodontales, que son la causa principal de la pérdida de los dientes a partir de determinada edad.

Otras de las finalidades principales de este proyecto sería remitir a los pacientes a centros especializados

de salud como el IMSS, ISSSTE, SSA, etc. ó también sugerirles un tratamiento económico como el que brindan las clínicas periféricas de la ENEPI o Unidad Móvil de la misma, -- para un tratamiento adecuado a sus padecimientos bucales, -- siendo esto una alternativa para solucionar en parte los -- padecimientos de la caries y problemas periodontales.

Esperamos con este pequeño trabajo, retribuir las grandes enseñanzas, en partes y dedicación de nuestros de quienes hemos aprendido que lo más importante es dedicar-- todos nuestros esfuerzos para lograr el objetivo final, y -- así cumplir con un requisito más para la terminación de -- nuestra carrera, como Cirujanos Dentistas.

Así mismo, quedamos atentos a cualquier sugerencia o modificación que tenga usted a bien señárnos en este proyecto.

## O B J E T I V O S .

- 1.- Conocer el número de personas afectadas por la caries y problemas periodontales.
- 2.- Conocer la severidad del daño causado por dichas enfermedades.
- 3.- Informar sobre las posibilidades para la solución de las mismas.
- 4.- Motivar el interés de la comunidad.
- 5.- Orientar a la comunidad sobre las Diversas Instituciones donde se les pueda brindar un servicio dental económico.
- 6.- Informar sobre la Etiología principal sobre caries y problemas periodontales.

## A N T E C E D E N T E S.

Debido a que la caries es probablemente una de las enfermedades más predominantes de la humanidad, y con presencia muy antigua, los dentistas actuaban muchas veces como si la finalidad principal de la práctica odontológica fuera la extracción de todos los dientes, y la construcción de dentaduras completas, tomando con simpleza los demás servicios, viéndolo como expedientes temporales para la comodidad del paciente.

Otro padecimiento común en la población es la enfermedad periodontal, cuya característica triste es que con frecuencia ataca a pacientes que han procurado por todos los medios conservar una boca sana.

La experiencia clínica sugiere que los individuos con poca salud oral han perdido la mayor parte de sus dientes durante los decenios de la mitad de su vida.

Solamente los que han buscado concienzudamente una asistencia de salud oral preventiva y que por lo tanto todavía tienen una dentadura relativamente completa, se ven sujetos al ataque periodontal.

En demasiados casos estos pacientes han sido tratados por cáries dental, pero no lo han sido en lo que se refiere a los signos iniciales de la enfermedad periodontal.



Afortunadamente en la actualidad, la Odontología ha realizado grandes progresos, se han desarrollado nuevos conceptos y métodos de prevención, se dispone de materiales perfeccionados y el más importante avance de saber como prevenir y tratar la caries y la enfermedad periodontal, teniendo en mente la finalidad de la conservación de toda la dentadura sana y con una buena función durante toda la vida, haciendo con esto más halagadora la práctica del Odontólogo de Practica General.

## H I P O T E S I S .

Al finalizar este estudio de Investigación a la comunidad, se conocerá el porcentaje de personas, afectadas por enfermedad periodontal, así como la etiología de las mismas, la presencia de caries y alteraciones de mayor índole.

Se buscará la forma de orientarlos en relación a dichos padecimientos, dando un enfoque en cuanto a la importancia y funcionalidad de la boca y sus tejidos anexos, las diversas formas y medios de como conservarlos en estado de salud el mayor tiempo posible, se les orientará sobre las diversas Instituciones Públicas, en las cuales se le podrá dar un servicio adecuado y económico coadyuvando a la preservación de los elementos mencionados anteriormente.

## PLANEACION DE LA INVESTIGACION.

Se realizará una encuesta comunitaria, enfocando algunas enfermedades principales de la boca, como son: Caries, problemas periodontales y mal oclusión.

Informando así mismo, sobre su etiología, su desarrollo y posible tratamiento de los mismos, enfocando también otros factores como son la educación dieta y sanitarios.

## MATERIAL CLINICO.

Espejos, exploradores, pinzas de curación, abatelenguas, algodón y floururo.

## R E C U R S O S.

Debido a que contamos con lo más indispensable, - nuestros gastos serán mínimos haciendolos autofinanciables.

## MATERIAL BIOLOGICO.

Contamos con pacientes, niños, jóvenes y adultos - de ambos sexos.

## M E T O D O.

Se llevará a cabo por medio de cuestionarios, historias clínicas, con apoyo teórico. realizaremos gráficas, - fotografías, dibujos, mapas de ubicación de la comunidad.

## CONSIDERACIONES ETICAS.

Consideramos de gran importancia nuestro tema - - "La Odontología de la comunidad en la Práctica General" ya que su objetivo es estimular al práctico a colaborar en la mayor medida posible el mejoramiento de la salud oral.

El dentista se interesará en mejorar la educación sanitaria dental, de suerte, que los pacientes posean una información más precisa sobre la Odontología y se sientan adecuadamente motivados para solicitar los servicios apropiados.

## RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER.

Conocer el índice sobre el porcentaje de las diversas enfermedades que afectan a a cavidad oral de determinado grupo de la población y reducir el índice de dichas enfermedades a través de la información y la orientación - que se le brinde a la comunidad.

## CAPITULO I.

### 1.- PAPEL DEL PRACTICO GENERAL EN LA ODONTOLOGIA DE LA - COMUNIDAD.

A consideración nuestra, el papel del práctico general en la Odontología de determinada comunidad debe basarse en tres factores importantes que son los siguientes:

- a).- Motivar a los pacientes para la aceptación de los servicios preventivos.
- b).- Educación efectiva de los pacientes.
- c).- Comunicación directa de médico paciente.

a).- Al aumentar la apreciación del público por la salud oral; el dentista actual debe tener como principales objetivos preventivos educar a los pacientes sobre la salud mental, y motivarlos para que adopten los hábitos correctos al respecto.

Tomando en cuenta de que antes de enseñar al paciente que hacer, debe saber porqué lo hace, ya que la enseñanza de diferentes técnicas de higiene bucal no es suficiente.

Es necesario que se haga entender al paciente que es la enfermedad periodontal, la caries y cuales son sus efectos, hacerle saber que es propenso a dichas enfermedades que medidas puede tomar para protegerse.

Para ayudar a los pacientes trataremos de que los padres y los niños adopten un sentido de responsabilidad.

Respecto a su salud de tal forma que puedan mantener sus-  
dientes en un estado sano, cómodo. atractivo y funcional-  
durante toda su vida, logrando con esto un mínimo de gas-  
tos en tratamiento dental.

Estamos conscientes de que para poder cambiar sus  
actitudes y aceptar esta responsabilidad de cada paciente-  
se requiere de tiempo y mucha paciencia.

Antiguamente el Odontólogo de práctica general so-  
lamente prestaba atención a la molestia del paciente en el  
momento que se presentaba al consultorio, haciendo caso --  
omiso de información como método preventivo y más bien el  
deseo básico en informar sobre odontología probablemente -  
sea escaso en la mayoría de las personas, dado los muchos-  
datos, y conceptos que compitan en procura de su atención,  
es improbable que muchas de las experiencias educativas --  
tengan una eficacia particular para hacer los conocimien--  
tos sobre salud dental o para proporcionar la motivación--  
que conduzca a actuar según los hechos conocidos, pero en-  
el consultorio, el odontólogo y el personal auxiliar pueden  
trabajar con personas cuya atención está ya centrada en la  
salud bucal que suelen tener un problema que los motivó a-  
buscar ayuda.

El odontólogo actual conoce las causas de las en-

fermedades dentales y los métodos de prevenirlos, de tal manera que está preparado para informar y asesorar a los pacientes. Más sin embargo, este conocimiento no beneficia al odontólogo o al paciente, a menos que el paciente comprenda la necesidad de cuidarse y este dispuesto a aceptar el consejo y el tratamiento determinado.

Los pacientes deberán sido educados sobre salud bucal sólo cuando se les haya dado información de manera tal que la apliquen en la vida cotidiana.

Este objetivo exige métodos de presentación que estén relacionados en el paciente y que se identifiquen con sus motivaciones básicas.

Los valores ó intereses de los pacientes son variados y complejos para muchos, la salud. No es probable que sean muchos los pacientes que comparten la valoración del odontólogo respecto a la salud bucal.

El sistema o métodos que se sigan no deben ser extremos, ante todo, los objetivos deberán ser alcanzables cuando se pone un objetivo a nivel práctico, el fracaso en la consecución del fin, frustra pronto al paciente, y se podrá esperar que abandone el intento, por ejemplo una indicación de eliminar por completo los hidratos de carbono de la dieta es poco probable que sea aceptado por los - -

pacientes, lo positivo sería modificar la dieta en una forma que no imponga cambios drásticos en los hábitos existentes resultando probabilidades más realistas.

El dentista comprometido con estas ideas es de suponer que reconocerá su obligación con la comunidad de la cual en un momento dado procedan sus pacientes.

Se interesará en mejorar la educación sanitaria dental de manera que los pacientes posean una información más precisa sobre la odontología y se sientan adecuadamente motivados para solicitar los servicios apropiados, dará prioridad a la promoción de medidas preventivas que pueden aplicarse sólo (o mejor) a nivel de la comunidad, es decir, programas para la fluoración del agua y para la educación sanitaria de los niños en edad escolar.

El dentista que se preocupa por la comunidad tendrá también interés en mejorar la imagen de la profesión, tanto mediante un ejercicio privado impecable como esforzándose en las relaciones públicas para comunicar y hacer comprender los beneficios efectos del servicio sanitario dental preventivo.

Finalmente el dentista que reconoce sus oportunidades y responsabilidades como elemento dirigente de la comunidad, se preocupará de los problemas relacionados con la profesión en su conjunto, tales como la financiación -



de los servicios sanitarios y la administración adecuada de los programas de gobierno.

b).-Educación efectiva de los pacientes.

Este es un factor en donde los esfuerzos educativos deben comenzar a un nivel elemental que corresponda al nivel del paciente.

Cuando existe un conflicto de interés, la persona mayor, en este caso el padre debe decidir si procurarse la atención odontológica es más importante para sus hijos que comprarse algunos artículos de no tanta urgencia, o algún objeto nuevo, etc.

Esta decisión estará condicionada por una determinación de la importancia relativa de las barreras en la obtención de cuidados odontológicos, tales como costo, temor o experiencias dentales desagradables.

c). Comunicación Médico Paciente.

No se puede prever el cambio alguno en las actitudes del paciente a menos que se establezca una comunicación efectiva.

La comunicación es un proceso con dos sentidos, el cirujano dentista y el paciente deben ser a la vez hablantes y oyentes. Si el odontólogo adopta un solo sentido en el cual espera que el paciente sea sólo un receptor pasivo

de sus palabras, la comunicación se destruye, es probable que el paciente cierre su receptor, en particular si no -- comprende o no le gusta lo que se le está diciendo.

Es importante que el cirujano dentista tome la iniciativa para ayudar al paciente a expresar sus deseos, -- ideas y recelos posibles, se puede hacer esto demostrando una preocupación genuina por los problemas del paciente, -- mediante un interrogatorio realizado con tacto y escuchando atentamente.

En cualquier reacción del odontólogo se debe tener cuidado de no criticarlo o demostrar que los rechaza, o podría quedar bloqueada la comunicación.

La conexión con los pacientes queda mejor establecida si el odontólogo utiliza un lenguaje comprensible, si se ha de emplear lenguaje técnico, se lo debe explicar inmediatamente y cuidadosamente.

Muchos dentistas consideran útil prepararse materiales destinados específicamente a sus propios consultorios, tales como indicaciones impresas para después de las intervenciones quirúrgicas y fotografías si se maneja apropiadamente, todos estos medios auxiliares pueden obtenerse resultados positivos.

Dicho lo anterior particularmente estamos conscientes de la dificultad que existe para la concientización --

de un grupo de habitantes de determinada comunidad, máximo tratándose de gente de nuestro país en donde la información odontológica es muy raquítica y que por otra parte, - la decidía es un factor que prevalece siempre. De tal manera que mientras la ciencia no nos depare un futuro halagador y el odontólogo carezca de la capacidad de informar al paciente, las diferentes afecciones que atacan a la cavidad oral seguirán constituyendo un desafío para el odontólogo de práctica general.

## II.- NECESIDAD DE LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD Y DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

Mucho se ha hablado de la necesidad dental y de la prevención, pero la prevalencia mundial de las odontopatías constituye un testimonio permanente de la necesidad casi-universal en organizar programas eficaces de educación de higiene dental.

En muchos países se han distribuido grandes cantidades de material educativo y desde hace muchos años se vienen organizando programas de información sobre higiene dental en escuelas y otras instituciones. Sin embargo, -- esos esfuerzos no han bastado para modificar el comportamiento del público en la medida que se esperaba, inclusive en los países donde los servicios de asistencia odontológica son dispersados gratuitamente por personal competente, muchas personas no se hacen atender y tratar como debieran, en consecuencia, es urgente dar una orientación más eficaz a la educación en materia de higiene dental.

La salud dental es inseparable de la salud general porque las enfermedades de la cavidad oral pueden ser manifestación o factor agravante de ciertos trastornos -- generalizados, por consiguiente, toda medida encaminada -- a mejorar o conservar la salud dental puede ser sumamente importante para la protección de la salud en general.

Puesto que la lucha contra la caries dental tiene una importancia decisiva para el mejoramiento de la salud dental en todo el mundo, es preciso darle prioridad en los programas de educación sobre higiene dental, ahora bien, -- los responsables de la planificación de esos programas deben tener presentes las diferencias epidemiológicas que -- pueden existir entre los grupos de edad y entre las distintas regiones, así como la diversidad de las condiciones -- culturales, sociales y económicas.

a).- Objetivos.

La educación en materia de salud dental se dirige a toda la población con el empleo de los medios más adecuados de divulgación y abarca la importancia de las enfermedades bucales, la necesidad de hábitos orrectos sobre la higiene dental, de la prevención y atención oportuna de -- los padecimientos bucodentales, y lograr en la población -- la práctica permanente de hábitos favorables para el cuidado de la salud bucal.

b).- Alcance.

Debe incluir el personal trabajador de las diversas unidades médicas, a la población asistente a dichas -- unidades, a escolares de diversas escuelas y a la pobla -- ción en general.

c). Política.

Consiste en llevar mensajes de salud a mayor número de poblaciones. Las actividades de educación para la salud bucal estarán a cargo principalmente de los pasantes de Odontología de las diversas instituciones y comprenden la realización de pláticas y demostraciones en las siguientes condiciones:

- En reuniones de la comunidad:

Información general del contenido educativo.

- En grupos de escolares:

Información general del contenido educativo, con énfasis en higiene bucal, hábitos alimenticios y atención odontológica oportuna.

Se debe hacer una demostración y plática sobre: Exámen bucal, detección de placa dentobacteriana, cepillado dental y autoaplicación de floururo -- de sodio en gel.

- En grupos de embarazadas;

Información general del contenido educativo, énfasis en la higiene dental, hábitos alimenticios y atención odontológica oportuna.

d). Contenido.

No debe olvidarse que el contenido educativo tanto en profundidad como en el lenguaje por emplear, debe ser ajustado al nivel cultural e intelectual del grupo de educandos. Se deben establecer calendarios, horarios y lo-

cales para la programación de las pláticas.

e). Preparación.

Consiste en seleccionar los temas, el contenido-educativo, en disponer el material didáctico auxiliar, en suma, en meditar y preparar cuidadosamente el contenido del mensaje educacional.

f). Motivación.

En el proceso de aprendizaje, es esta una de las etapas más importantes en la adquisición del contenido educativo. La motivación se realiza de acuerdo con los intereses de los alumnos, apelando a sus experiencias directas y a sus necesidades materiales, físicas, morales, intelectuales y estéticas. A veces una simple plática sobre un aspecto de interés general con el tema que se va a exponer; la presentación de un problema cuya solución demanda la adquisición conocimientos o destrezas específicas; el énfasis en las ventajas de tipo social o económico que reditua en la realización de una tarea, son motivos que atraen la atención y generan la actividad de los alumnos.

g). Presentación del Tema.

Una vez que se capta la atención y el interés de los alumnos, se inicia la segunda etapa que consiste en mostrar, en enseñar de la manera más fácil, sencilla y objetiva posible, los aspectos fundamentales del tema que se trata, utilizando los auxiliares didácticos que se - -

juzguen necesarios. Es aconsejable no perder demasiado tiempo en la discusión de asuntos de poca importancia, - sin antes asegurarse que se han comprendido bien los aspectos básicos del tema que se expone. Esto puede ocasionar disgregaciones innecesarias e inútiles, así como a la pérdida del interés y la atención de los alumnos.

h). Confirmación.

Esta etapa consiste en reforzar, aclarar o ampliar los aspectos tratados, cuidando de que no queden dudas o equivocaciones . Esto generalmente se logra haciendo preguntas que muevan la inteligencia y la reflexión del educando.

i). Evaluación del Aprendizaje.

Consiste en investigar la calidad y el grado de los conocimientos y las destrezas adquiridas; en observar la aplicación del contenido de la enseñanza y en concretar en manifestaciones intelectuales o materiales, las nociones, ideas y las experiencias que se reciban.

Como en otros dominios de la ciencia, la educación tiene leyes y principios que regulan y gobiernan el fenómeno del aprendizaje, las que se exponen a continuación:

Ley de la finalidad.- El alumno debe saber con precisión el para qué de las cosas que aprende, es decir debe conocer los fines de los conocimientos y los hábitos



que adquiere para incorporarlos a su conducta no en forma mecánica sino de manera conciente y reflexiva.

Ley de la preparación.- Se debe considerar, para ajustar el nivel del contenido, la capacidad intelectual del alumno y los conocimientos habilidades previos que lo capaciten para la adquisición de nuevas ideas o destrezas.

Ley del ejercicio interno.- Cualquier acto tiende a ejecutarse con mayor facilidad cuando se acompaña del ejercicio y la práctica constante, es decir, que el aprendizaje se adquiere más eficazmente cuando se reconstruye de manera activa el proceso del conocimiento de la actividad manual.

Ley de ritmo o de la periodicidad.- El proceso del aprendizaje no puede ser un fenómeno ininterrumpido, después de cierto tiempo, la capacidad de asimilación de conocimientos desmerece considerablemente y aparece la fatiga por lo que el proceso para ser eficaz y fecundo requiere de una actividad y práctica pausada. La duración de los períodos varia no sólo con la edad de los educandos, sino también con la naturaleza del asunto de que se trata y motivación del tema.

### III.- NECESIDADES DENTALES CONTRA DEMANDA DENTALES.

Muchas enfermedades dentales son crónicas y recurrentes . Por ejemplo, las huellas de un ataque de cáries permanecen en la boca sea como lesión abierta, como obturación o como espacio de una extracción exigida por haber des cuidado demasiado tiempo la lesión.

Así mismo, la pérdida de hueso de sostén producida por la enfermedad periodontal es progresiva o al menos irreversible, y puede detectarse en la boca mientras se conserva el diente.

El problema de las enfermedades dentales crónicas y del aumento y de las cifras de incidencias al aumentar la edad, se combina con la negligencia general en seguir un tratamiento con regularidad.

Sin embargo, en la práctica, las ideas de los pacientes sobre lo que constituye una salud dental aceptable a medida difieren considerablemente de los patrones profesionales, y los pacientes pueden optar por no buscar la asistencia dental.

Así mismo, los que desean una asistencia dental regular, es posible que no dispongan de los recursos necesarios para obtenerla. Por estas razones la necesidad del tratamiento y la demanda de servicios con frecuencia difieren de mucho. Puede suponerse, por ejemplo, que el 100% de la población, al menos en los grupos de edad más jóvenes,-

requieren un tratamiento dental regular; y sin embargo, según algunos estudios solamente de 15 a 20% solicitan este tipo de servicio dental. Casi toda la población padece enfermedades dentales crónicas e irreversibles que no pueden tratarse con consejos o prescripciones, sino que exigen servicios profesionales que requieren tiempo.

Como buena parte de la población no recibe los servicios profesionales necesarios se produce una acumulación cada vez mayor a los servicios necesarios no prestados.

Con los conocimientos y la práctica profesional actuales, casi todos los individuos deberían poder conservar la mayor parte de los dientes permanentes, si no todos, durante toda su vida.

A continuación presentamos una encuesta estadística de los principales problemas en la odontología en México.

#### ENCUESTAS ESTADÍSTICAS.

No se conoce el número de dentistas con que cuenta el país pero se considera que hay escasos recursos humanos para atender las necesidades de la salud dental. -- Haciendo una estimación se calcula que hay unos 5,000 dentistas con una tasa de 0.5% por cada 100 habitantes y éstos se encuentran concentrados en las grandes ciudades. -

No se ha incrementado la relación de profesionistas según el aumento que exige la expansión demográfica.

Muchos dentistas desean hacer el cambio de una odontología puramente reparadora a una que considere la prevención como prioridad principal. Debe hacerse incapie a aquellos que todavía pudieran considerar que es posible resolver la enfermedad dental en el desarrollo, aumentando el número de dentistas disponibles los resultados de otros países han demostrado que esto no funciona. Podemos tomar como ejemplo a Suecia, en donde el problema de sobrante de dentistas estaba volviéndose manifiesto pero todavía continuaba aumentando la tasa de destrucción dental. Muchas autoridades en otros países han llegado a darse cuenta que la llamada falta de dentistas no es totalmente responsable de fracazo para detener el progreso de la enfermedad dental. Además un factor debe ser que a medida que la odontología restauradora se vuelve más desarrollada, el tratamiento se restringe a menos enfermos debido al mayor tiempo que requiere y por supuesto el costo considerable. Como afirma Jacobson (1972), "La odontología muy desarrollada crea un círculo vicioso de necesidad creciente para el tratamiento dental" Debe concluirse que en su totalidad nuestra mano de obra dental ha sido mal empleada y se vuelve necesario el fomentar y estimular un cambio de actitud por parte de ambos, el dentista y el paciente.

Sería conveniente realizar un censo nacional de dentistas con el fin de conocer cual es el número, cuales son los servicios profesionales que prestan principalmente y el modo en que los realizan, su distribución actual, tanto geográfica como demográficamente, etc. Sólo conociendo a fondo estos datos podríamos proponer ideas concretas que tenderían a la solución del problema actual, adoptar y llevar a cabo medidas y programas que lo resolvieran en el futuro.

La atención en México con todos los recursos actuales solamente ha resuelto el 5% de los problemas de salud bucal que afectan a los 52 millones de habitantes, de los cuales 40 millones no tienen posibilidad de recibir atención adecuada, ya sea por la situación geográfica que habitan, por carecer de servicios institucionales o privados, por no tener derecho al servicio donde se dispone de él o bien, por carecer de los medios necesarios para pagarlos.

Haciendo cálculos estos 52 millones están necesitando como mínimo 30 millones de obturaciones y 50 millones de extracciones.

El problema se torna cada vez más difícil de resolver si se considera que la tasa de incremento demográfico en México es de 3.5% anual, lo que significa que cada año habrá alrededor de 1,750,00 nuevas bocas que requieren

tarde o temprano servicios de salud.

No existe una acción intensiva para la formación de personal auxiliar de odontología y no hay apoyo ni experiencia para su adecuada utilización.

Muy pocos dentistas se dedican a la atención de niños siendo que el país se caracteriza en el mundo como uno de los de mayor población infantil.

Aún no se posee un mapa epidemiológico, pero existen pruebas de la magnitud del problema de las enfermedades dentales sobre todo en caries.

Entre los padecimientos de la cavidad oral dos son los más importantes, la caries y las enfermedades de parodonto. La caries comienza tempranamente, casi desde el principio de la vida se presenta en todas las edades, es progresiva, el más frecuente de los padecimientos crónicos y constituye el mayor problema de la odontología en nuestro medio; es la que tiene prioridad, ya que de cada 10 personas, nueve presentan la enfermedad a las secuelas de ésta.

La estructura dentaria diseñada para satisfacer necesidades se encuentran en el medio hostil, pues la temperatura y la humedad propician el crecimiento de una gran variedad de microorganismos de la cavidad oral.

El desarrollo de la caries dental depende de di-

versos factores como las características de crecimiento y desarrollo del diente, la posición en el arco y sus relaciones con los dientes adyacentes: tales factores determinan en parte el punto de la estructura dental en que los restos alimenticios y microbios se retienen. La rapidez y el progreso de la lesión cariosa dependen de estructuras histológicas microscópicas y de la composición del esmalte y la dentina que cuando son destruidos no son susceptibles de regeneración como lo son la piel, las mucosas o el tejido gingival, además, dependen de la microflora cariogénica y una dieta rica en carbohidratos, el diente con caries -- implica molestias en la masticación y nutrición . Se han-- atribuido a la caries algunas enfermedades generales como la fiebre reumática, artritis, etc. El factor económico juega un papel importante ya que tomando en cuenta que el ingreso anual promedio per cápita es muy bajo, (alrededor de \$4,000.00), la distribución de recursos económicos es sumamente desigual, por lo que son muy pocos los que tienen -- ingresos altos y demasiados los que, por lo exiguo, difícilmente puede decirse que tengan alguno.

Esta es la razón por la cual las personas no pueden darse el lujo de tener lo que la profesión cita como "educación dental" es decir, se escucha a menudo entre los profesionistas que la gente no solicita servicios profesionales por ignorancia y también por abandono en que - - -

tienen su boca. Obviamente, sería injusto que inviertan-- sus ingresos de uno o seis meses en comprar servicios el precio que fijamos los odontólogos. De acuerdo con la -- situación odontológica, por un lado demográfica y econó - mica, por otro lado podemos afirmar que nuestra profesión se está enfrentando a un gran problema de la sociedad y - que no está en condiciones de aceptar si se atiene a la - forma tradicional de utilizar sus presentes recursos, así como los conceptos que hasta ahora han privado en el ejer - cicio profesional en cuanto al manejo de sus problemas.

Desgraciadamente la práctica de la odontología - preventiva no es conocida por la mayor parte de nuestros - profesionistas, existe aún la creencia de que si se acaba - ra la caries y sus consecuencias, los dentistas no tendrían que hacer y por lo tanto sus ingresos económicos serían - mucho menores, quien piense así no debiera practicar la - odontología, sino alguna actividad comercial que no pusie - ra en juego la salud de los individuos. Es bien sabido -- que todos los consultorios están saturados de clientela y que no nos damos abasto para atender a toda la gente que - solicita nuestros servicios. ¿Qué se ha hecho para reme - diarlo?.

Se trabaja de prisa, ya que a veces no se cuenta ni con asistente, y por lo tanto reciben atención defi - ciente.



Por otra parte, la gente ni se preocupa por conservar su salud, sino por restablecerla cuando es evidente que la ha perdido, y lo que es más alarmante, se presenta en todos los niveles socio--económicos y es frecuente--aún entre personas que se precian de tener una elevada --cultura y aún entre profesionistas de la medicina.

Independientemente de que el medio en que habita cuente o no con recursos odontológicos, el individuo con -raras excepciones solicita ayuda profesional para conser--var la salud bucal. Su demanda por lo general es curativa.

Por otra parte el Dentista ocupa un porcentaje--elevadísimo de su tiempo en reparar el daño producido por--las enfermedades y anomalías bucodentales, lo cual no es -más que el reflejo de su retraso respecto a la medicina --contemporánea que se preocupa cada vez más por conservar--la salud que por restablecerla. Esta actitud nace del enfo--que que ha dado a su formación profesional.

Desde los primeros años de la carrera se le ense--ña a cuantificar y tratar los resultados de las enfermeda--des, a tal grado que llega a confundir las consecuencias -de éstos con las enfermedades mismas.

Los problemas odontológicos no se conocen a fondo, los enfermos no son muy precisos, es necesario conocerlos, con más exactitud para que sean más representativos.

En México la población adulta, en que la situación es comparable al índice total, es más alto que en los países desarrollados, se ha demostrado que un gran porcentaje de este grupo es atacado por una enfermedad periodontal, factor determinante en la pérdida de dientes, en el grupo de más de 20 años un 99.7% tiene una enfermedad periodontal, el 30.2% tiene lesiones más severas que incluyen bolsas periodontales, reabsorción alveolar, cálculos dentales que están en mayor o menor grado en el 90% de las piezas en las personas de más de 20 años. Se demostró que el 98% de los niños, de edad escolar del medio urbano y el 91.4% de las zonas rurales presentan incidencia de caries; el 25% tenía problemas de mal posición y el 24% problemas periodontales incipientes.

Se puede decir que en la población de 5 o más años el índice periodontal es de (1.6) por superficie lisa del diente aumentando con la edad según las condiciones socioculturales y económicas.

Sólo el 20% de la población tenía acceso a servicios dentales entre 15 y 19 años la mitad de los dientes están afectados por caries y a los 40 años las dos terceras partes de los dientes se han perdido. Entre las mujeres de 15 a 19 años la incidencia de caries era más alta en las que estaban embarazadas. Sin embargo, por algunos estudios podemos considerar que, como resultado de la atención prestado sólo se ha hecho una obstrucción por cada --

700 dientes que la requieren.

Por otra parte, diversas investigaciones indican que los servicios prestados por la S.S.A., sólo han podido proporcionar el 0.04% de las obturaciones y el 0.6% de -- extracciones dentales; ésto sólo se refiere a caries den-- tal.

En México las necesidades de atención dental son grandes en las edades de 12 a 20 años.

Las obturaciones ocupan el primer lugar y de los 21 a los 40 años las necesidades de prótesis son los principales, de los 41 en adelante son de rehabilitación y estos progresan en forma ascendente. Tomando en cuenta que el 5% de la población es atendida de estos problemas y considerando que en las estadísticas los índices de caries aumenta con la rapidez seis veces mayor que toda la atención que se presta. En lo que se refiere a la incidencia de -- caries dental en México en edad escolar, las encuestas y -- estadísticas nos demuestran una elevada prevalencia del -- 95 al 98% siendo más afectado el grupo de 1 a 14 años. el índice CPD. es de 3.10 y corresponde al 29.2% del promedio de dientes temporales presentes en estas edades, el mismo nos indica dientes cariados primordialmente que representa 13.0 cpo, un 0.8% de extracciones indicadas, y con un mínimo de dientes obturados del 0.02.

El máximo índice se encuentra en la edad de 3 a 6 años con un valor en la edad de 6 años, de (6.5 a 7%) con-

una incidencia de un diente por año, siendo mayor el problema en el medio rural y en la población de menor ingreso.

En la población de 5 años y más.

El índice COP (cáries por obturar), es de 15.58% y el 10.02% anteriormente.

Como en las edades mayores de los dientes se pierden por otros problemas que por cáries, es conveniente -- analizar los índices de CPD separadamente; en la población de edad escolar, de 5 a 14 años, el CPD en el cual los -- componentes de los índices guardan más estrecha relación con el padecimiento, con un índice de 3.10%, un incremento considerable con el aumento de la edad, principalmente -- por dientes perdidos, extraídos otros padecimientos, no -- siendo el único factor ocasionado por cáries con índices -- del 26.18% en la edad de 5 a 14 años, aumenta el 42% del -- promedio de dientes presentes, por encima de esa edad, -- en lo cual se observa un cambio de cáries en la edad de 5 a 14 años, y en los de más edad en extracciones, indicadas -- a medida que aumenta la edad por otros padecimientos.

Sería prácticamente imposible citar todos los estudios y estadísticas de investigación referentes al flúor llevadas a cabo en el mundo, por eso se ha elegido sólo -- el que realizó la Dirección de Odontología de la S.S.A.

En 1966 seleccionaron poblaciones cuyos abastos

públicos de agua tienen flúor en cantidades adecuadas y aquellas en las que se encontraron únicamente vestigios de este halógeno.

Es importante hacer notar que sólo un pequeño -- porcentaje de la población de México goza de este privilegio (cuando el agua de consumo contiene flúor en forma natural), ya que hasta la fecha no se ha intentado fluorar el agua en forma artificial. Se examinaron alumnos entre 7 y 12 años, inscritos en escuelas distribuidas en el área y en número suficiente para tener una muestra-- representativa de cada una de las poblaciones.

En el se puede apreciar datos muy importantes -- acerca de la disminución de lesiones cariosas en habitantes que ingieren agua en la proporción ideal de fluoruro en relación con las poblaciones donde no existe esta proporción.

Se observó que a medida que aumenta la proporción de flúor, el índice de Cop disminuye. En pocos estados se cuenta con la cantidad ideal recomendada por ejemplo, en Nuevo Laredo, Tamaulipas, en Agua Prieta Sonora y en Querétaro, Qro.

Estudios realizados en algunos países llevan a las siguientes conclusiones:

- 1.- El cuerpo humano posee un mecanismo de excreción eficaz y suficiente para conservarse a salvo del peligro de la acumulación prolongada.

2.- Los beneficios del flúor como inhibidor de caries dental son inminentes en niveles que oscilan alrededor de la proporción de 1 ppm, concentración demasiado baja incluso para pigmentar el esmalte de los dientes.

3.- El beneficio obtenido del flúor del agua de consumo no es solo la ausencia de lesiones cariosas, la apariencia de los dientes es sorprendente, están formados correctamente y tienen color y estructura saludable.

Este método es eficaz a pesar de que el paciente no coopera independientemente en sus ingresos, niveles social o cultural y aún cuando no reciba tratamiento dental.

4.- Existen grandes grupos de población que durante siglos han empleado su consumo con altas proporciones de fluoruros (8 ppm) sin detrimento de su salud general.

5.- Entre los usuarios de aguas de consumo fluoradas no se han demostrado anomalías óseas, que es el signo inicial de la intoxicación crónica por dosis excesivas de fluoruros.

6.- Los efectos a largo plazo son máximos si la cifra de esta es óptima de fluor en el agua, es aprovechable desde el nacimiento. Los niños pasan a la edad adulta con mayor número de dientes sanos.

La necesidad total de odontología restauradora -- está reducida y aquellas obturaciones que son necesarias -- por lo general son simples.

El dentista debe preguntarse cuál es su conexión *BeW* la fluoración del agua suministrada, Debe estar enterado de que ésta medida hará mucho más fácil su propio trabajo y -- combinada con su propia actividad preventiva, le traerá -- una nueva dimensión y cambio a su práctica.

## CAPITULO II

### 1.- ENFOQUE PREVENTIVO DE LA CARIES DENTAL.

Trataremos este desarrollo por dos tipos de enfoques complementarios:

- 1.- Incrementando la resistencia de los dientes a la disolución.
- 2.- Previniendo la formación, o procediendo a la eliminación inmediata a los agentes que atacan el medio dentario.

La Odontología Preventiva ofrece al cirujano dentista dedicado a la práctica general la más prometedora--solución a los problemas de salud dental, debido a la prevalencia de las enfermedades bucales, es necesario hacer--uso de todas las medidas preventivas a nuestro alcance.

Teniendo en cuenta la importancia de diferenciar--claramente entre prevención y control de caries.

La primera se refiere a la prevención de la iniciación en cualquier lesión sobre la superficie del diente.

La segunda alude más específicamente al retardo, o bien a la detención en el progreso de la lesión ya presente, e implica el proceso de un tratamiento de un proceso - de enfermedad activa.



## II.- EXTENSION DEL PROBLEMA.

Mucho se ha hablado sobre la posibilidad de que la caries sea la enfermedad predominante de la humanidad, ya que menos del 5% de personas se ven libres del ataque de la caries. No es raro que el primer ataque de caries se produzca poco después de la erupción de los dientes permanentes.

No obstante el Dr. Fulton ha demostrado que la tasa de los ataques de caries se mantienen mientras quedan en la boca dientes de la primera dentición.

Estadísticamente, la predominancia de la caries dental suele expresarse mediante una cifra llamada COP, es decir:

(C-caries); la suma de número de dientes permanentes con lesiones de caries sin tratar.

(O-Obturado); el número de dientes con restauraciones.

(P-Falta); El número de dientes extraídos.

El ataque de las enfermedades dentales y el evidente fracaso que supone no proporcionar a la población actual los beneficios de la odontología preventiva.

De tales dientes se habían restaurado 6, mientras que 5 habían sido extraídos, en los adultos más jóvenes, los recuentos de los dientes cariados faltantes y obturados expresan el efecto acumulativo de la cáries, sin embargo, en los adultos mayores aumenta el número de dientes perdidos por enfermedad periodontal.

Con la cáries nos encontramos frente a un problema que excede con mucho a nuestra capacidad actual para solucionarlo, en la población de México las enfermedades bucodentales y particularmente la cáries, alcanzan un índice de morbilidad sumamente elevados, a tal grado que es necesario considerarlas como un serio problema epidemiológico que afecta a la salud y la economía del pueblo. Exceptuando los intentos realizados por muy pocos cirujanos -- dentistas para hacer de la prevención de la enfermedad el objetivo fundamental de las "ciencias de la salud".

### III.- NIVELES DE PREVENCIÓN.

Es necesario para poder prevenir, en un sentido, amplio, contar con 3 factores importantes:

El paciente, Cirujano Dentista y personal auxiliar.

Se pueden aplicar teorías preventivas que dependen del Cirujano Dentista exclusivamente y existen otras cuyo buen éxito depende del paciente, Cirujano Dentista y personal Auxiliar, la prevención se hace con la buena estomatología.

El Dr. Bayona González investigador del departamento de ecología humana de la facultad de Medicina de la UNAM creó la "Vacuna Bayona" es por vía oral, Bayona partió de la premisa de que una vacuna en forma de tableta de dosificación fija, sin necesidad de clima especiales para su conservación y otras ventajas similares, sería más efectiva que otra con dificultades de administración, manejo etc.

La vacuna anticaries tiene un grado de inmunización bastante bueno, el Dr. Bayona acudió a los laboratorios farmacéuticos y consiguió que fabricaran pastillas inmunizantes y placebos, tuvieron un grupo experimental, a cada niño de ese grupo se le dió una pastilla inmunizante cada 8 días, durante 16 semanas, al grupo testigo se le dió la misma dosis, los dos grupos habían sido previamente seleccionados por computadoras, en total eran 484 niños de 7-años de edad, en la primera encuesta el examinador hizo su-

intracalibración y se comprobó que los datos obtenidos mostraban un alto índice de apego a la realidad. Dichos resultados fueron sometidos al análisis matemático en la computadora.

Cuatro meses después de haber administrado la última dosis se realizó la segunda encuesta y se encontró que se había obtenido un 28% de protección general, un año después se verificó la tercera encuesta encontrándose que hubo protección de 43.3% para los niños que habían recibido las pastillas con el principio activo.

En el VII Congreso Nacional, IV Seminario Latinoamericano y V Internacional de la A.D.M, se presentaron -- los resultados finales de este estudio, después de 29 meses de haberse iniciado y fueron de un 42.15% de protección.

#### IV.- EMPLEO DEL FLUORURO.

Fluoración del agua.- No sólo se sabe que la - -  
Fluoración del agua es universalmente eficaz para mejo--  
rar la salud oral, sino que estudios recientes indican --  
que puede contribuir a mejorar la salud general de los --  
adultos.

Los primeros estudios médicos, como los de Leone  
y Colaboradores, habían manifestado que la ingestión de -  
cantidades óptimas de fluoruro no podía producir efectos--  
nocivos. Otros estudios más recientes sugieren que los --  
niveles más elevados de flúor orgánico pueden ser útiles  
en el tratamiento de enfermedades caracterizadas por des-  
calcificación del hueso, fracturas óseas y dolor de los -  
huesos aunque esta evidencia no es aún definitiva.

El práctico general no puede prestar mejor ser--  
vicio a sus pacientes y a todos los ciudadanos de una co-  
munidad que trabaja enérgicamente en pro de la adopción de  
la fluoración del agua, si vive en una zona donde los fluo-  
ruros no están presentes en la cantidad óptima.

Algunas medidas dirigidas al diente, para mejorar  
sus cualidades y estructura:

##### 1.- Administración de flúor.

Fluoración del agua potable.

Fluoración de la leche.

Fluoración de la sal de consumo.

Aplicación tópica de flúor.

Tabletas que contengan Flúor.

Enjuages con solución de flúor.

Dentífricos con flúor.

Gel hidrosoluble con flúor.

2.- Aplicación de sellantes en los surcos o fisuras coronarias, medidas dirigidas a las bacterias, reducción de la patogenicidad bacteriana.

a). Medios mecánicos, higiene oral.

b). Medios quimioterapéuticos.

Antibióticos, antisépticos, enzimas, vacunas.

El flúor es un elemento de la familia de los halógenos, en la naturaleza éstos siempre se encuentran acompañados de otros elementos formando compuestos conocidos con el nombre genérico de sales. Normalmente un diente humano sano contiene suficiente pigmento como para dar al esmalte y la dentina un aspecto característico amarillento anaranjado, este pigmento es de tipo uniforme y suele ser más pronunciado en la dentina que en el esmalte, aunque se presenta en todos los dientes.

Los primarios parecen contener cantidades más pequeñas.

Algunos investigadores creen que los dientes que

carecen en forma marcada de este pigmento y por lo tanto, son blancos cretáceos, están mucho más propensos a la - - cáries.

A pesar de que la fluoración es la medida más estudiada en el campo de la salud pública, es el mecanismo por el cual logra reducir la incidencia de la cáries dental -- es aún desconocida, al respecto, han surgido hipótesis, - según una de ellas, la formación de una molécula de fluorapatía dentro o sobre la superficie del esmalte hace a - este tejido menos soluble a los ácidos orgánicos.

De acuerdo con la otra hipótesis, los fluorúros envenenan o inhiben los sistemas enzimáticos bacterianos específicos, presentando así la existencia de una flora bacteriana que no elabora ácidos suficientes para descalcificar la estructura dentaria por la matriz del esmalte, el -- flúor ingerido, ya sea en el agua o por cualquier otro medio, es absorbido por la mucosa intestinal, a la mayor -- cantidad de flúor ingerido es eliminado por el riñón, sin embargo, se piensa que durante el periodo de formación - del esmalte dentario, a través de la matriz de éste y por medio de la circulación sanguínea, el flúor va a formar parte de la estructura del esmalte, desalojando los iones hidroxilo y transformando de esta manera la hidroxiapatita en flúorapatita de calcio.

La fluoración como medida de --

reducción de la caries dental es una práctica ya establecida respecto de dientes en formación, así como los formados pueden ser protegidos por los fluoruros presentes natural o artificialmente.

El método más eficaz y menos costoso de profilaxis de caries para las grandes poblaciones es proporcionarles una protección parcial contra la caries.

La fluoración de las aguas pone al flúor a disposición de todos los niños que residen en una zona suministrada por las aguas comunales. La fluoración de las aguas no exige un esfuerzo por parte del individuo.

La fluoración de las aguas restringe automáticamente la dosis de flúor a niveles cuya seguridad ha sido demostrados por todo el mundo.

Se ha supuesto que el efecto anticariogénico de la fluoración del agua tendría importancia en la estructura de la práctica dental, informes adicionales del estudio de Newburgh y Kingston han mostrado que el costo medio del cuidado dental en niños de 5 y 6 años de comunidades con niveles óptimos de fluoruro en el agua, era aproximadamente la mitad de los niños de comunidades con deficiencia de fluoruro, se requería menos tiempo medio por el dentista para tratar a niños que habían recibido los beneficios de la fluoración del agua.

En nuestro país existen pruebas para apoyar la--



fluoración de los suministros escolares de agua en donde no es posible, para los niños recibir beneficios de aguas fluoradas, como los niños sólo van a estar expuestos al agua fluorada durante un periodo limitado, se añadieron de 3 a 5 p.m., de fluoruro al suministro de agua escolar.

Este método dió por resultado un importante descenso del nivel de caries dental, sin por ello causar moteado del esmalte dental.

Todavía no se conoce en todos sus detalles el mecanismo de acción íntimo del flúor en la prevención de caries.

Se acepta en general que los efectos beneficiosos del flúor se deben principalmente a la incorporación del ión de flúoruro a la apatita adamantina durante los periodos de formación de los dientes.

Cuando se reúnen todas las pruebas puede concluirse que la fluoración del agua existen factores adecuados de seguridad contra los efectos tóxicos conocidos del flúoruro. Actualmente las pruebas no justifican posponer la fluoración del agua, leche y sal.

Se han propuesto como portadores de fluoruro, diversos alimentos de uso corriente como la sal y leche.

harina, y se han observado que la adición de fluoruro a esas sustancias reduce la ~~cá~~ries dental, teóricamente, - la sal parece ser el mejor vehículo para la distribución en algunos países, se están haciendo varios estudios con sal fluorada en los que se han observado cierta reducción de la ~~cá~~ries con concentraciones relativamente bajas de fluoruro.

Existen pocos datos científicos al uso de la leche como vehículo para la distribución del fluoruro, aunque - la información obtenida en los limitados estudios realizados, indica que realmente de esta forma puede prevenirse la ~~cá~~ries, aún son más escasos los conocimientos en - cuanto a la harina como vehículo de distribución.

## V.- APLICACION TOPICA DE SOLUCIONES DE FLUORURO.

Existen tres maneras eficaces de aplicar tópicamente los fluoruros: a). Uso corriente en que se aísla un cuadrante de la boca mediante el dique de goma para los procedimientos operatorios, b). Aislamiento de la mitad de la boca mediante rollos de algodón. c). Aislamiento de toda la boca con rollos de algodón en todos los casos hay que limpiar y pulir los dientes adecuadamente.

Muchos odontopediatras, opinan que la Odontología infantil puede realizarse más eficazmente utilizando el dique de goma para aislar el campo mientras se trata un cuadrante de la boca en una sesión. De esta manera puede aplicarse fácilmente el fluoruro al terminar el tratamiento de cada cuadrante vease la siguiente figura.

También sería recomendable terminar la sesión, -- después de un tratamiento operatorio de un niño, aplicando sistemáticamente una solución de fluoruro a una zona - seca y aislada con rollos de algodón. Las soluciones de -- fluoruros, aplicados tópicamente como es debido, con in-- intervalos regulares, demuestran su eficacia como agentes - preventivos en la reducción de la incidencia de caries -- dental.

Los tres principales agentes de flúor son:

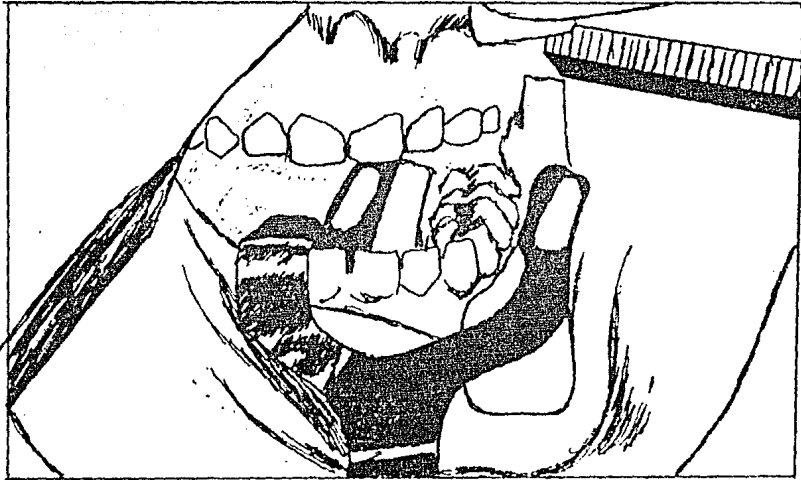
Fluoruro de Sodio ( $\text{NaF}$ ) usualmente aplicada como una solución de agua destilada al 2%.

Fluoruro estañoso ( $\text{SnF}_2$ ) utilizado una solución de 8 a 10% . Solución o gel de fosfato acidulado de flúor (1.23% de iones de flúor).

El fluoruro de sodio en solución estable, pero -- preferentemente debe mantenerse en una botella de plásti-- co.

En todas las técnicas de aplicación tópica de -- flúor, se recomienda limpiar previamente los dientes an-- tes de la aplicación, se aplicará una pasta profiláctica-- abrasiva, áspera y es recomendable que se use una pasta - que contenga flúor, la seda dental debe pasarse a través-- de los puntos de contacto, después de los dientes son ais-- lados con rollos de algodón, empezando por un cuadrante, - colocando

un aspirador de saliva de alta velocidad como lo indica la siguiente figura.



Los dientes limpios y aislados se secan con la jeringa de aire y se mojan constantemente con la solución de fluoruro de sodio por un periodo de 4 minutos, al terminar la total aplicación, se deja que el paciente escupa y se enjuague una sola vez.

Fluoruro estañoso una solución de 8 a 10% se aplica a los dientes durante 2 minutos.

Sus desventajas son:

La pigmentación de algunas zonas de los dientes.

La necesidad de preparar soluciones frescas antes del tratamiento.

Las objeciones al sabor.

Fluoruro de fosfato aciduloso usualmente contiene--  
1.23% de fluoruro. El más utilizado de los agentes tópicos o locales de fluoruro un tratamiento de 4 minutos - es suficiente para cada zona tratada, a los géles se les añada con frecuencia sabores.

## VI.- FORMULAS Y TABLETAS DE FLUORURO.

Ante la posibilidad de controlar adecuadamente -- las cifras de flúor en el agua de suministro público, mucha importancia se le ha dado a las tabletas de flúor (usualmente de 2.2 Mg. dando una dosis de 1.00 Mg. diaria).

Las investigaciones han demostrado substancialmente una reducción de caries en la dentición permanente y -- temporal, cuando el consumo de las tabletas ha comenzado -- lo suficientemente temprano, cuando se prescriben o distri-- buyen tabletas de 0.5 Mg. de Flúoruro diariamente en una-- zona libre de fluoruro para niños hasta los 3 años de edad y una tableta diaria para niños mayores de 3 años. Estudios efectuados últimamente sobre la administración de table-- tas de flúor aplicadas a niños, han comprobado que el agua que consumen tienen cantidades suficiente de este elemento. Los resultados de estos estudios indican que si estas table-- tas se usaran durante los periodos de formación y madura-- ción de los dientes permanentes, pueden esperarse una re-- ducción de caries del 30 al 40%.

El consejo de terapéutica dental de la asociación dental americana sugiere las orientaciones siguientes para la prescripción dietética de fluoruros como suplemento - -

en el periodo posnatal.

- 1.- Se prescribirá un suplemento de fluorúros cuando la concentración de fluorúro en el agua de bebida sea inferior a 0.7 p.p.m.
- 2.- No se despacharán más de 264 Mg. de fluorúro sódico de una vez y no se repetirá la receta hasta que se haya consumido completamente esta cantidad.
- 3.- Los preparados concentrados de fluorúro deben llevar la advertencia siguiente:  
¡ Cuidado ! Guardar fuera del alcance de los niños.



## VII.- CEPILLADO DE LOS DIENTES Y DENTRIFICOS.

Algunos estudios informan haber observado una reducción de caries asociado con el cepillado de los dientes, dichos estudios eran cuidadosamente superavanzados en los cuales el cepillado se práctica después de las comidas: -- Los resultados revelaban una disminución de 0.3 y de 40%-- respectivamente, por lo contrario otros estudios realizados por Biby no revelaban ningún beneficio fruto del cepillado, y algunos incluso indicaban una relación inversa,-- por ejemplo, Smith y Striffer, en su estudio de más de mil residentes en Nuevo México hallaron que los individuos que no habían cepillado los dientes al día anterior tenían un C.C.F. total de 19.5%, mientras que los que se habían cepillado los dientes al menos dos veces al día anterior tenían un C.C.P. de 27.3% esta evidencia parece sugerir que el cepillado de los dientes como medida preventiva se sobrestima tampoco es indispensable la prueba de una reducción del ataque de caries gracias al cepillado concienzudo, para promover esta importante maniobra de profilaxis, una higiene oral adecuada constituye la clave esencial de la prevención y control de la caries es que la existencia de dentríficos terapéuticos han proporcionado una razón más para el cepillado.

Los intentos iniciales de reducir la caries dentaria en niños con pastas dentrificas que contenían 0.1% de fluoruro dieron resultados negativos, como los fluoruros

son altamente reactivos, su inclusión en unos dentríficos se complica por la posibilidad de combinarse con o ser -- inhibidos por algunos de los ingredientes del dentríficos y por ello volviéndose incapaces de reaccionar con la superficie del esmalte.

### VIII.- REGULACION DE LA DIETA.

Aunque no es posible eliminar el ataque de la caries mejorando la composición global de la alimentación, si que puede reducirse de manera impresionante eliminando los carbohidratos refinados (azúcares principalmente) de la dieta así como las bacterias, para reducir el ácido nocivo, han de disponer de azúcar, en muchos individuos no se producirá la caries si consumen una dieta exenta de azúcares refinados.

Esta posibilidad aunque atractiva desde el punto de vista teórico no es probable que se convierta en realidad en nuestro mundo actual. Sin embargo, Say ha descrito un método de retribución dietética para individuos con elevada incidencia de caries con buena motivación para combatirla y curarla, este método desarrollado en la Universidad de Michigan, comprende tres fases:

- 1.- El consumo de carbohidratos del paciente limita a 100-g. diarios por un periodo de dos semanas se excluyen totalmente de la dieta los artículos como las patatas y el pan, así como el azúcar.
- 2.- Durante las dos semanas siguientes el paciente continúa con la misma dieta sumamente restrictiva, excepto en que se les permita las patatas en una de las comidas y hasta seis rebanadas de pan integral de trigo al día.

3.- En el periodo final el paciente puede comer cantidades moderadas de azúcar en una de las comidas del día, este cambio radical en la composición de la dieta, teóricamente ha de producir modificaciones de la flora bucal que crean un ambiente desfavorable para el desarrollo de las bacterias que intervienen en el proceso de la cáries dental.

Para los pacientes sin motivación suficiente para someterse a este riguroso cambio de hábitos alimenticios, existe la posibilidad de beneficiarse de modificaciones menos penosas de las pautas alimentarias, como lo indican los datos disponibles sobre la relación entre la cáries dentaria y los métodos de ingestión del azúcar ingerido.

La cantidad total de carbohidratos refinados consumido es solamente uno de los tres factores que determina la extensión de la cáries dental producida por ellos, son igualmente importantes la frecuencia con que el azúcar es ingerido y la consistencia y los caracteres del vehículo en que se toma.

### CAPITULO III.

#### I. ENFOQUE DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

##### I.- EXTENSION DEL PROBLEMA.

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades más difundidas en la humanidad. No hay nación ni región del mundo que se vea libre de ella, y en su mayor parte tiene una alta frecuencia, afectando en cierto grado - aproximadamente a la mitad de la población infantil y a casi toda la población adulta.

El estudio epidemiológico en odontología permite medir cuantitativamente y cualitativamente las principales enfermedades bucales y su incidencia en un grupo de población determinada, basándose en la historia natural de dichas enfermedades.

Las estadísticas varían entre las poblaciones, pero es consenso general que la enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de los dientes en la población adulta. Por ejemplo alrededor de 60 a 70% de los dientes perdidos en Estados Unidos después de los 40 años por causa de enfermedad periodontal, mientras que en la India la enfermedad periodontal es responsable del 80% de los dientes extraídos después de los 30 años.

Se ha demostrado que la enfermedad periodontal es la causa de aproximadamente 50% de la pérdida dentaria to-

tal después de los 15 años y la caries del 37%; el resto de los dientes se pierden por otras causas, como accidentes, retenciones y razones proféticos y ortodónticos.

A los 15 años de edad, cuatro de cada cinco personas tienen gingivitis y en un 4% (mayor en algunas poblaciones) ya hay periodontitis. No toda gingivitis de edades tempranas evoluciona hacia la enfermedad periodontal, pero con muy pocas excepciones la enfermedad periodontal que destruye la dentadura de los adultos comienza como una gingivitis.

El estudio de la epidemiología de la enfermedad periodontal, exigen un criterio uniforme y preciso para determinar y registrar el estado periodontal en personas y poblaciones.

Los métodos que expresan observaciones clínicas en valores numéricos se les conoce como índices. Hay muchos índices para registrar y cuantificar las alteraciones periodontales que pueden ser utilizadas para proporcionar datos válidos respecto a muchos aspectos epidemiológicos de la enfermedad gingival y periodontal.

La mayoría de los registros de gingivitis han sido realizados en niños, adolescentes y adultos jóvenes, por que en personas de más edad la inflamación gingival, por lo general se ha adelantado a la periodontitis y no se registra por separado como gingivitis.

Por lo general la gingivitis no aparece antes de los 4 ó 5 años de edad. Alrededor de los 14 años casi todos los niños presentan alguna lesión. Por lo tanto, la frecuencia como la gravedad aumenta con la edad con un aumento pronunciado a los siete u ocho años en relación con la erupción de los dientes permanentes. Este ascenso continúa hasta que alcanza el máximo en la pubertad, que aparece antes en las niñas. Después de la pubertad, hay una leve declinación de frecuencia de la gingivitis y una declinación brusca de la gravedad.

La frecuencia comienza a ascender nuevamente en los adultos jóvenes y continúa hasta que, alrededor de los 26 años, de 80 a 90% de las personas se encuentran afectadas. Se registró una frecuencia de 100% en grupos de varones de 17 a 22 años.

Con respecto a la frecuencia de enfermedad periodontal, se considera una enfermedad de adultos sin embargo. En México se ha registrado a edades tempranas, como por ejemplo: 9% en niños de grupos entre los 11 y 15 años y 4% entre las edades de 13 y 15 años y la frecuencia y gravedad de esta enfermedad aumenta con la edad.

El índice periodontal se eleva desde una media de 0.02% entre los cinco y los 9 años, a 2.35% en edades de más de 60 años.

Hay determinados factores que afectan a la frecuencia y gravedad de la gingivitis y parodontitis como son:

a). EDAD.

La frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival y periodontal aumentan con la edad y además están relacionados con los factores que siguen.

b). HIGIENE BUCAL.

La higiene bucal insuficiente, puesto que conduce a la acumulación de placa, materia alba y cálculos, es el factor más importante que influye en la frecuencia y gravedad de dichas enfermedades.

c). SEXO.

La diferencia por el sexo no es (conspicua). Alrededor de los 14 años las niñas parecen más afectadas que los varones (aproximadamente 90% en niñas y 88.4% en varones de escuela primaria y 97.5% en niñas y 92.5% en varones del grupo entre 12 y 14 años). Después de los 14 años, la frecuencia es algo más elevada en los varones.

La frecuencia y gravedad de la enfermedad periodontal y la frecuencia de las bolsas periodontales tienden a ser mayores en varones que en mujeres en casi todas las edades.

d). RAZA.

Se hace la comparación entre niños negros y niños-



blancos y se dan resultados diversos.

La enfermedad periodontal tiende a ser mayor en -- frecuencia y gravedad en negros que en blancos en todos -- los niveles de edad.

e). OCUPACION.

La inflamación gingival es menos frecuente y menos grave en ocupaciones que exigen mayor capacitación y mayor formación educacional.

f). EDUCACION.

En niños con coeficientes de inteligencia superior y adultos con formación de educación más amplia, la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival y periodontal es menor y la higiene bucal mejor, prescindiendo de la raza.

## II.- MÉTODOS Y NIVELES DE PREVENCIÓN.

En muchos países de Latinoamérica como en México, se ha demostrado que la enfermedad periodontal es la causa más importante de la pérdida de dientes en la población adulta, por lo que es necesario prestar debida atención a los medios adecuados para prevenir dicha enfermedad.

La historia natural de la enfermedad, la comprensión de la prepatogenia del proceso patológico son los conocimientos básicos necesarios para la prevención de la enfermedad.

La prevención debe hacerse antes que la enfermedad se presenta es decir en el período prepatogénico. La enseñanza del control de placa, el exámen y la profilaxis bucales periódicos y las medidas necesarias para aumentar la resistencia de los tejidos periodontales a lesiones e infecciones antes de la aparición de la enfermedad se denomina prevención primaria.

### Prevención Secundaria y Tercera.

Cuando ya se ha iniciado y presentado el proceso patológico, se debe realizar la prevención secundaria mediante tratamiento inmediato y cuando la enfermedad está en fases avanzadas, aún se puede conseguir el control mediante la prevención terciaria. Esta última se establece para evitar daños mayores. En fases tardías las rehabilitaciones específicas para prevenir la enfermedad periodontal.

Existe cierta información que dice que el flúor - puede ayudar a crear resistencia del hueso alveolar a la -- enfermedad periodontal. También es posible que si las - -- aguas que contienen flúor poseen cierta reducción de fre - cuencia de caries, podría en cierta forma ser benefica --- para prevenir la enfermedad periodontal.

Una vez iniciada la enfermedad y ha avanzado es - necesario aplicar el diagnóstico temprano y rapido trata-- miento. En este nivel de la prevención es necesario rea-- lizar exámenes clínicos y radiográficos de los tejidos bu-- cales para diagnosticar las lesiones periodontales.

Cuando se ha hecho el diagnóstico de las lesio - nes, el rápido tratamiento, si se hace, se convierte en - procedimiento preventivo seguro. Si la enfermedad ha esca-- pado el diagnóstico y ha avanzado, hay que hacer limitación de la incapacidad y rehabilitación. Las medidas de rehabili-- tación anteriores tienden a prevenir un mayor avance de la enfermedad e incapacidad. En estos niveles los procedimien-- tos del tratamiento periodontal se hará para tratar de pre-- venir el progreso ulterior de la enfermedad.

El procedimiento más eficaz, que hasta ahora cono-- cemos para la prevevención de la enfermedad periodontal es el control de la placa.

Soluciones y Tabletas Reveladoras.

Los métodos más adecuados para hacer visible la --

placa dentaria es el uso de las soluciones y tabletas reveladoras. El paciente por lo regular prefiere este tipo de reveladores, ya que el uso de colorantes como fuscina básica, perdura su color sobre las mucosas por varias horas y las tabletas en cambio perduran poco tiempo; pero además no tiñe con tanta nitidez, haciendo su detección sea más difícil.

Cuando se usa fuscina básica como solución reveladora, se disuelven 10 gotas en 30 ml. de agua. Se pide al paciente que se enjuague vigorosamente durante 30 segundos. Después deberá enjuagarse varias veces con agua para quitar el exceso de colorante, entonces se realiza el examen de placa.

El uso de las tabletas reveladoras requiere que el paciente mastique bien la tableta mezclándola con saliva y después moverá el líquido vigorosamente en la boca durante un minuto. Es necesario que la solución llegue a todas las zonas de la boca. Es preciso realizar todo con cuidado, porque de lo contrario los dientes no se tiñen aunque tengan placa. Se logra la coloración completa por medio de un bombeo de los carrillos para forzar la solución entre los dientes. Se deja un minuto y se procede a enjuagarse suavemente a la boca con agua. La detección de la placa se hará inmediatamente. Todo el procedimiento el paciente lo observará con un espejo en mano.

### Control de Placa.

Hasta ahora el método más eficaz, más prometedor - con que se dispone actualmente, para el control de la placa es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentríficos y otros auxiliares de la higiene.

La "prevención del periodonto" consiste en varios procedimientos interrelacionados pero el control de la placa es la clave de la prevención de la enfermedad gingival y periodontal.

Por lo tanto el control de la placa significa prevenir en gran parte la acumulación de la placa dentaria - y otros depósitos de los dientes y superficies de la encía que se encuentran en contacto con los dientes.

Es necesario implantar un programa de control de la placa en cada paciente.

La preservación de la salud en un paciente con -- periodonto sano es importante, ya que significa una cicatrización postoperatoria óptima y para el paciente con enfermedad periodontal tratada, el control de la placa significa la prevención de la recurrencia de la enfermedad.

Existe suficiente evidencia experimental (parcialmente verificada por estudios en seres humanos) de que la enfermedad periodontal es un proceso multifactorial que - no existe en un sólo tipo, sino una variedad de enferme--

dades periodontales y que los microorganismos están íntimamente relacionados con la etiología y patogenia de diferentes enfermedades periodontales. De lo anterior se deduce - que la prevención de la enfermedad periodontal es específica de cada paciente, aunque los procedimientos y métodos - sean iguales para cada paciente.

Procedimientos clínicos auxiliares de la prevención de Enfermedad Periodontal.

Los procedimientos clínicos de la prevención de enfermedad periodontal pueden ser los siguientes.

- 1.- Eliminar todos los depósitos bacterianos de cada una - de las superficies del esmalte. Usar una pasta profiláctica no abrasiva con fluoruro estañoso (de preferencia), aplicada con copas de caucho y tiras interproximales.
- 2.- Seguir un control de uso de una gelatina acidulada de fluoruro-fosfato, aplicada en una cubeta prefabricada de manera que impregne a fondo la capa superficial del esmalte sano.
- 3.- Continuar con el uso de un dentrífico con flúor, para reemplazar el flúor de la superficie del esmalte eliminado por la saliva.
- 4.- Usar una solución o tableta reveladora después del cepillado para cerciorarse de que la eliminación de la - placa de cada una de las superficies del esmalte es - - completa.

- 5.- Instruir al paciente respecto al uso de la tableta reveladora para asegurar un cuidado eficaz en el hogar y prevenir la acumulación de placas.
- 6.- Quitar focos de infección cariosos con restauraciones que faciliten la recuperación de la dentina y pulpa.- Por lo anterior la flora patológica disminuye la acumulación de placa en las superficies de los dientes.
- 7.- Aplicación de flúoruro (en pasta profiláctica o en cubetas) deberá ser: en niños tan pronto erupcionan los dientes nuevos. En adultos inmediatamente después de completar restauraciones simples o múltiples (sobre todo en el esmalte proximal marginal ) y justo antes de colocar aparatos (particularmente en superficies de difícil limpieza).
- 8.- Reducción de sacarosa en la alimentación, por lo cual reducirá la implantación de placa bacteriana en la superficie de los dientes.
- 9.- La higiene bucal natural, es posible mantenerla con la acción detergente que se logra con la ingestión de frutas y vegetales frescos.

Cepillos dentales y otros elementos auxiliares de la higiene bucal.

Cepillos dentales.

El cepillo dental es aquel instrumento auxiliar en la eliminación de la placa y por lo tanto ayuda a reducir la instalación y frecuencia de la gingivitis. A veces-

es necesaria la aplicación de un correcto y adecuado dentífrico para que los resultados del cepillado dental sean satisfactorios.

#### Tipos de Cepillos.

El Comercio presenta infinidad de cepillos en diversos tamaños, diseños, dureza de las cerdas, longitud y distribución de las cerdas, etc. Lo importante de un cepillo es que pueda limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca.

La manipulación fácil por parte del paciente es un factor importante en la elección del cepillo. La eficacia o el potencial lesivo de los diferentes tipos de cepillos dependen en gran parte de cómo se usa.

Las cerdas naturales de nylon conservan su firmeza más tiempo, las cerdas se pueden agrupar en penachos -- separados dispuestos en hileras. Es posible que los extremos redondeados de las cerdas sean más seguros que los de corte plano, con bordes cortantes.

Aún no se ha llegado a ningún acuerdo respecto a las ventajas de las cerdas de dureza mediana pueden limpiar mejor que las blandas y traumatizan menos la encía.



Las cerdas blandas son más flexibles, limpian por debajo del margen gingival y a la vez alcanzan mayor superficie interdientaria proximal, pero tienen la desventaja de no eliminar por completo los depósitos grandes de placa.

Es conveniente indicar al paciente el cambio periódico de cepillo dental antes que las cerdas se deformen, ya que a partir de dicha deformación el cepillo se torna lesivo para el tejido gingival.

#### Cepillos eléctricos.

Tanto los cepillos manuales como los eléctricos pueden ser adecuados para la remoción de placa y acumulación de cálculos en individuos que se encuentran impedidos y para la limpieza de aparatos de ortodoncia.

#### Auxiliares para la limpieza.

Para un mejor cepillado debe ser complementado, con un auxiliar de limpieza o más como: hilo dental, limpiadores interdientarios de caucho, madera y plástico (conos), aparatos de irrigación bucal y enjuagatorios.

Además de los auxiliares suplementarios requeridos depende la velocidad individual de la formación de placa, hábitos de fumar, alineamiento dentario y atención especial que demanda la limpieza alrededor de los aparatos de ortodoncia y prótesis fijas.

### Hilo dental.

Las caras de los dientes son 5 pero solamente -- dos de ellas, la bucal y lingual, pueden ser alcanzadas-- por el cepillo. Las superficies de contacto y los espa-- cios interdentarios se han de limpiar con hilo o seda dental. El hilo se ha de usar al menos después de la cena. Se pasa entre los dientes a través de las superficies de contacto y ayuda a evitar la caries y la enfermedad periodontal. Se ha de arrastrar de un lado a otro hasta que pase-- fácilmente entre las superficies de contacto sin golpear-- contra la encía, se le hace deslizar de arriba abajo desde el área del contacto a la base de la encía. Se ha de-- tratar del mismo modo el diente de cada lado del espacio-- interdental.

### Mondadientes y puntas de goma.

Otros instrumentos que pueden usarse entre los-- dientes, dependen del tamaño y de la forma del espacio y-- de la habilidad del individuo para usarlos correctamente. En los espacios pequeños de la parte anterior pueden usar se mondadientes redondos o cuñas de maderas blandas llamadas también Stim-U-Dents.

El Stim-U-Dents se utiliza, incertandose la punta de goma, en el espacio interdentario en dirección a la superficie masticatoria o al borde cortante, es decir, abajo

entre los dientes superiores y hacia arriba entre los inferiores. Las puntas de goma se usan tanto en el lado bucal como en lingual. Retírese la punta directamente hacia atrás sin hacer movimientos laterales o circulares. No se debe intentar forzar su paso entre los dientes cuando no hay espacio. El contacto con los tejidos debe ser firme pero suave.

Estos tejidos no soportan el tratamiento duro, La enfermedad periodontal es producida por la irritación local y el uso inadecuado de los instrumentos de higiene oral y que puede provocar una irritación grave.

#### Profilaxis.

Es necesario que los dientes se limpien a intervalos regulares ya que la profilaxis asegura la eliminación de manchas y depósitos de tartaro que no desaparecen con los cuidados diarios en el hogar. La frecuencia con que hay que practicar la profilaxis oral dependen de la perfección de la higiene oral diaria casera.

#### Métodos de cepillado dentario.

Existen diferentes métodos de cepillado, pero aún así, no consiste en la técnica, sino en la eficacia del uso del cepillado, como se ha venido mencionando. Muchos pacientes obtienen una buena técnica a base de combinación de características seleccionadas de diferentes métodos.

A continuación se hará mención de algunos métodos de cepillado que bien realizados establecen resultados satisfactorios.

Método de Bass.

En este método se utilizará cepillo blando.

Superficies vestibulares superiores y vestibulo-proximales.

Este método se comienza a la altura de la zona molar derecha, colocando la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, por detrás de la superficie distal del último molar.

Se colocan las cerdas a  $45^{\circ}$  respecto al eje mayor de los dientes y fuerse los extremos de las cerdas dentro del surco gingival y sobre el margen gingival, asegurándose de que las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal. Ejérsace una presión suave en el sentido del eje mayor de las cerdas y activarse al cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás.

Superficies palatinas superiores y proximo-palatinas.

Se comienza por las superficies palatina y proximal en la zona molar superior izquierda, continuéase a lo largo del arco hasta la zona molar derecha.

Colóquese el cepillo horizontalmente en las áreas molar y premolar. Se coloca el cepillo verticalmente para alcanzar la superficie palatina de los dientes anteriores.

Presionese las cerdas del extremo dentro del surco gingival e interproximalmente alrededor de  $45^{\circ}$  respecto del eje mayor del diente y actívese el cepillo con pequeños golpes cortos repetidos.

Superficies palatinas superiores y próximo-palatinas, lingüales y linguo proximales.

En la región anterior inferior, el cepillo se coloca verticalmente, con las cerdas de la punta anguladas hacia el surco gingival si el espacio lo permite, el cepillo puede ser colocado horizontalmente entre los caninos, con las cerdas anguladas hacia los surcos de los dientes anteriores.

Superficies oclusales.

Se presiona con firmeza las cerdas sobre las superficies oclusales. Introduciendo los extremos en surcos y fisuras. Actuése el cepillo con movimientos cortos hacia atrás y adelante, contando hasta diez y avanzando sector por sector hasta limpiar todos los dientes posteriores.

Método de Stillman.

Se coloca el cepillo de modo que las puntas de las cerdas queden parte sobre la encía y parte sobre la porción cervical de los dientes.

Las cerdas deben de ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical. Se ejerce presión -

lateralmente contra el margen gingival y se repite varias veces y se imprime el cepillo un movimiento relativo suave con los extremos de las cerdas en posición. Todo este proceso se repite en toda la boca comenzando en la zona molar superior.

Para las superficies linguales de las zonas anteriores superior e inferior, el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal y dos o tres penachos de cerdas se encuentran trabajando sobre los dientes y la encía.

Las superficies oclusales se limpian colocando las cerdas perpendiculares al plano oclusal y penetrando en profundidad en los surcos y espacios interproximales.

Método de Stillman modificado.

Este método es una combinación de la acción vibratoria de cerdas con el movimiento del cepillo en el sentido del eje mayor del diente.

El cepillo se coloca en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

Método de Charters.

Se coloca el cepillo sobre el diente con las cerdas anguladas hacia la corona, posteriormente el cepillo se des

plaza de modo que las cerdas descansan sobre la encía marginal, para después flexionar las cerdas del cepillo contra el diente y la encía manteniendo la posición dobladas de las cerdas.

Llévese el cepillo hasta la zona adyacente y repítase el procedimiento, continuando área por área sobre la superficie vestibular y después pasese a la superficie lingual. Hay que tener cuidado de penetrar en cada espacio interdentario. Para las zonas oclusales las puntas de las cerdas se fuerzan suavemente con un movimiento de rotación sin cambiar la posición de las cerdas.

#### Método de Fones.

Se presiona firmemente el cepillo contra los dientes y la encía el mando queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares dentarias vestibulares. Posteriormente se mueve el cepillo en sentido rotatorio, con los maxilares ocluidos, incluyendo hasta los límites mucovestibulares.

#### Método fisiológico.

Algunos investigadores como Smith y Bell, sugieren que el método fisiológico es el más adecuado, ya que persigue los movimientos del bolo alimenticio. Estos movimientos son suaves y de barrido que comienza en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la encía incertada.

### Terapéutica Química en el Control de la Placa.

Muchos estudios de experimentación se han hecho para combatir la placa bacteriana por los métodos de quimioterapia, pero aún no se ha demostrado su eficacia. Se han estudiado enzimas, antibióticos y otros agentes químicos para el uso de los pacientes en la prevención y control de la formación de placa bacteriana. Hasta ahora existen efectos secundarios indeseables y antes de que se pueda usar un agente químico en la práctica, deben hacerse estudios más profundos sobre la posible toxicidad y efectos colaterales.

El investigador O'Leary ha realizado experimentos donde demuestra que cada individuo tiene probablemente un nivel de placa compatible con la salud gingival clínica y que este nivel varía de una persona a otra y probablemente cambia en el transcurso de la vida. Por lo anterior se puede decir, que si un agente químico, ha dado resultados positivos en cierto número de pacientes, es posible que en otros tantos los resultados son dudosos.

En la actualidad el tema de la quimioterapia sobre el control de la placa, ha sido objeto de varias controversias. Sin embargo, científicamente, se ha demostrado que el factor etiológico de la enfermedad periodontal es la placa dentrobacteriana sobre las superficies dentales y gingivales.



La mayoría de las enfermedades gingivales y periodontales son producto de la negligencia de los pacientes respecto al cuidado que brindan a su boca. Por descuido - una enfermedad incipiente, hace que se destruyan los tejidos de soporte de los dientes y el descuido de la boca -- ya tratada hace que la enfermedad aparezca de nuevo. La mala higiene bucal que permite la acumulación de la placa, sarro y materia alba, cubre a todos los otros factores locales que causan enfermedad gingival.

El método clásico y eficaz por excelencia en el cual se logra el control de la placa es aquel que consiste en la remoción de la placa por medios mecánicos que -- necesita tiempo y un alto grado de motivación por parte del odontólogo hacia el paciente.

Es por ello que la quimioterapia del control de la placa es importante, ya que nos permite con un mínimo programa de higiene oral adecuado y sistemático.

Se han utilizado y realizado infinidad de estudios sobre este tópico desde hace muchos años, se han utilizado métodos distintos para eliminar los depósitos que se acumulan alrededor del tejido gingival y dientes. Desde entonces existen enjuagues y productos químicos para mejorar la higiene bucal y que por lo tanto presenta ciertos efectos positivos, pero aún no se ha demostrado totalmente la eficacia en el control de la placa donto-bacteriana.

Por medio de las enzimas se ha visto que es posible

la dispersión de los microorganismos de la placa. Por ejemplo: un compuesto de enzima como la pancreasa deshidratada, es efectivo en aplicaciones tópicas. También se ha visto que la Dextranasa compuestos polisacáridos reduce la acumulación de la placa, pero que no incluye en la colonización de las áreas gingivales. Este último se encuentra en controversia debido a que en seres humanos no ha sido totalmente demostrado.

El uso superficial de peróxido de urea, también reduce en forma parcial la colonización de la placa dentobacteriana.

Se ha dicho mucho acerca de las aplicaciones de flúor en el control de la caries, pero en realidad no ha surtido efecto en la salud gingival.

También se ha hablado mucho sobre la ingesta de compuestos abundantes en vitamina "C", que han dado buenos resultados pero sólo a nivel experimental.

Por otro lado la antibioticoterapia ha sido investigada ampliamente, en el cual ha demostrado que dependiendo de su espectro, inhiben en mayor o menor cantidad la formación de placa. Entre los métodos de aplicación de los antibióticos se encuentran; enjuagues orales, tópicos y sistemáticamente.

Antibióticos tales como la penicilina y la vancomicina son efectivos contra el estreptococo mutans, pero-

no tan efectivos contra el actinomyces.

Se encuentra indicada en Cirugía periodontal, la Vancomicina debido a que reduce notablemente la placa dentobacteriana. Este antibiótico actúa principalmente sobre los Gram +, demostrando así, un cambio significativo en el índice gingival.

Por otro lado se ha demostrado la eficacia del sulfato de Kanamicina en aquellos pacientes que presentan deficiencias mentales y en los cuales su higiene oral es inadecuada.

Por lo anterior se puede decir que los antibióticos son empleados adecuadamente en el control de la placa dentobacteriana y por lo tanto pueden ser aplicados en condiciones agudas como sucede en la gingivitis ulceronecrosante. Pero además es necesario hacer notar que los antibióticos pueden acarrear reacciones secundarias como: sensibilidad a la droga, disminución de su efectividad en el uso de una enfermedad sistemática, traer como consecuencia otro tipo de flora como del tipo candida albicans, alergias, etc.

Un agente antibacteriano muy importante como la clorhexidina ha demostrado una notable disminución en el control de la placa e información gingival.

El enjuagarse dos veces al día con 0.2% en solución de clorhexidina, o una aplicación diaria tópica al 2% del mismo compuesto, inhibe completamente la formación de la placa y como consecuencia disminuye la inflamación gingival.

El enjuagarse dos veces al día con 0.2% de solución de clorhexidina, o una aplicación diaria tópica al 2% del mismo compuesto, inhibe completamente la formación de la placa y como consecuencia disminuye la inflamación gingival.

Algunos estudios también demuestran que la clorhexidina no solo previene la acumulación de la placa y la gingivitis, sino que también previene la formación de caries.

También se han visto efectos positivos al usar la clorhexidina, en la regeneración de defectos en bifurcaciones en animales de experimentación (perros) después de que estos defectos han sido cureteados quirúrgicamente. El uso de apósitos periodontales conteniendo 0.2% de clorhexidina han sido eficaces en el aceleramiento de la cicatrización después de la cirugía periodontal. A su vez disminuye las molestias postoperatorias.

También es conocido que la clorhexidina actúa a nivel de esmalte o película interfiriendo con la adhesión bacteriana, pero resulta evidente su capacidad de remover placa bacteriana ya adherida.

Pequeños experimentos realizados por el Dr. Speckman Borg demuestran que la placa madura puede desorganizarse con 6 enjuagues de clorhexidina a intervalos durante 1 hora, que debido a ciertos efectos secundarios como mal sa--

bor y pérdida temporal de la sensación del gusto, puede resultar impráctico.

En ese mismo estudio se observó que en algunas zonas aisladas en las que se encontraron bolsas de 4 mm, -- la clorhexidina tenía poco efecto. Estudios previos de -- muestran que la clorhexidina no penetra en bolsas 3-4 mm o mayores, por lo que no puede sustituir los procedimientos terapéuticos conocidos; sin embargo, es altamente eficiente contra la placa supragingival. También se ha visto que en zonas interproximales no es totalmente eficaz, --- probablemente por no penetrar libremente y por no mantenerse en contacto con dichas zonas por suficiente tiempo.

Es recomendable el uso de la clorhexidina en pacientes que padecen enfermedades dolorosas, que les impiden la utilización del cepillo e hilo dental como sucede en el caso de la gingivitis ulcerosa necerosante aguda, -- estomatitis olfatoria, noniliasis, estomatitis y en casos de infecciones en la cavidad oral o impedimentos asociados con problemas sistémicos serios.

Otros agentes químicos que de alguna forma han demostrado su capacidad para inhibir la formación de la placa se cuentan: ascoxal, ácido ascórbico, percarbonato de sodio y sulfato de cobre, el rincinoleato de sodio, silicón hidrosoluble. Enzimas como: mucinasa, amilasa, pectinasa, B glucoronidasa, B amilasa, quimi tripsi--

na, peptidasa, papainica, y otros compuestos de origen --  
bacterianos y fúngico, acetatos de zinc, manganeso y co--  
bre.

Manera de cepillarse los dientes de acuerdo a la técnica de Bass.

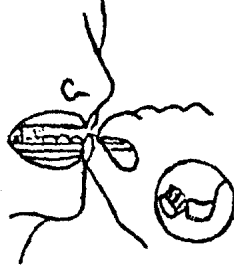


Fig. 1.

Colocar el cepillo en el sitio donde se unen los dientes con la encía.

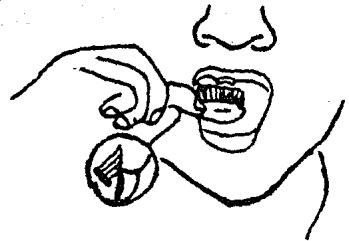


Fig. 2.

Notar la dirección de la flecha en el cepillo.

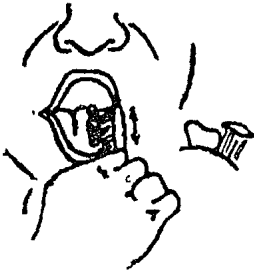
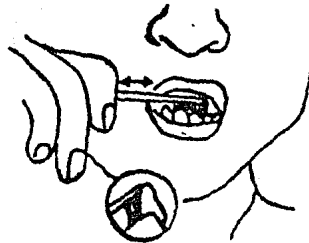


Fig. 3.

Poner el cepillo en el sitio  
donde se unen los dientes con  
la encía.

Fig. 4.



Usar movimientos cortos y --  
cuidadosos.



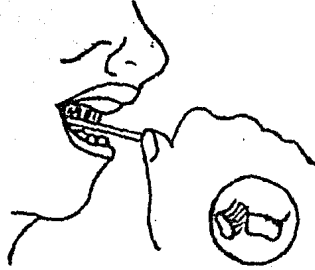
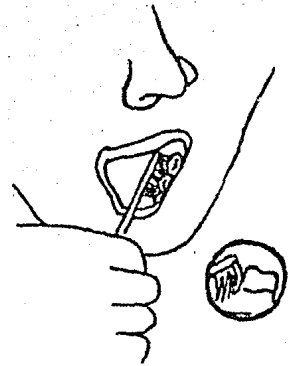


Fig. 5.

Usar el mismo método en las superficies internas de los dientes.

Fig. 6.



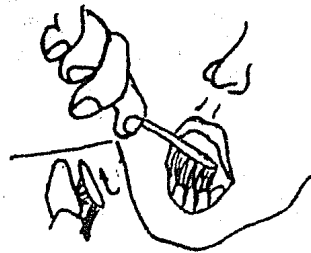
Mover el cepillo de atrás hacia adelante varias veces.



Fig. 7.

Cepillar de arriba hacia abajo  
varias veces.

Fig. 8.



Usar movimientos cortos.

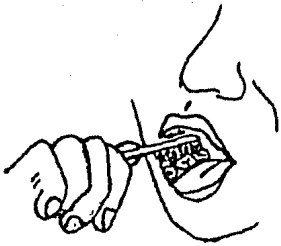
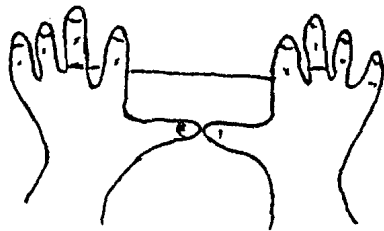


Fig. 9.

Cepillar de atrás hacia adelante  
varias veces las superficies - -  
masticatorias de los dientes.

Fig.10.



Enrollar el hilo en los dedos  
medios.

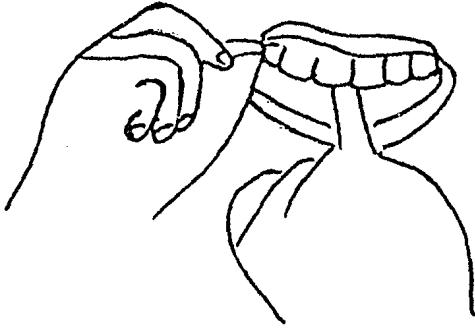


Fig. 11.

Pulgar por fuera para los dientes de arriba.

Fig. 12.



Modo de pasar el hilo dental entre los dientes superiores.

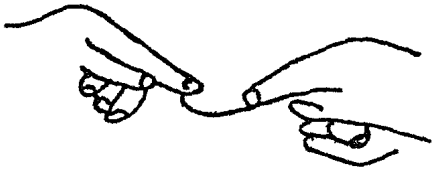


Fig. 13.

Manera de sostener el hilo  
para los dientes de abajo.

Fig. 14.



Forma de pasar el hilo entre los  
dientes inferiores en la parte -  
posterior.

### III.- IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL.

La higiene oral es una medida preventiva de carácter inespecífico (considerando que no sólo sirve para prevenir la caries dental, sino también la enfermedad periodontal), que puede definirse como el mantenimiento de un estado de limpieza bucal, por medio de prácticas, técnicas y hábitos, incorporados al modo habitual de la vida del individuo, para prevenir las enfermedades y conservar la salud, oral.

Concretamente, los objetivos inmediatos de la higiene oral son los siguientes:

- a).- Reducir la cantidad de microorganismos sobre los dientes. Al eliminar la formación regular de placa dentobacteriana del margen gingival y de las superficies dentarias proximales y oclusales, se ha podido demostrar que se reduce la incidencia de caries y se evita la inflamación de los tejidos blandos.
- b).- Favorecer la circulación de los tejidos gingivales.
- c).- Favorecer la circulación de los tejidos gingivales.
- d).- Favorecer la cornificación del epitelio y hacer que los tejidos gingivales sean más resistentes a la irritación mecánica.

Además, la higiene oral también sirve para eliminar acrescencias, cálculos, partículas alimenticias retenidas-

o acumuladas, manchas, células descamadas y contribuye -- a evitar la halitosis.

Aparte de su valor como medida preventiva, la higiene oral debe ser necesitada o deseada por el paciente como parte importante del aseo, desde este punto de vista, parece que la higiene oral no es valorada por los pacientes como otros aspectos del cuidado personal. Sin embargo, el dentista debe educar al paciente y persuadirlo de que necesita mantener sus dientes en buenas condiciones de higiene; puede mostrarle la necesidad de la higiene oral como medida preventiva científica o, acentuar la ventaja de la higiene oral como una parte muy importante del aseo personal.

Ambos argumentos pueden ser necesarios.

La práctica de la higiene oral es una cuestión de -- responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso educacional y de formación de hábitos, proceso -- que los padres y luego los maestros deben iniciar tempranamente. Si la formación de los hábitos no es conducida -- adecuadamente por los padres, éstos se establecen definitivamente como factores desfavorables para la salud.

Los exámenes orales periodicos ofrecen la oportunidad de investigar estas desviaciones en el niño o en el -- adulto y corregirlas. Dentro de los diversos procedimientos que incluye la higiene oral, se encuentran: el uso --

del cepillo e hilo dental, limpiadores interdentarios, aparatos de irrigación bucal enjuagues bucales y goma de mascar.

a).- Agentes Reveladores.

Con el objeto de poder visualizar la placa dentobacteriana y determinar el grado de limpieza de los dientes, se ha recomendado el empleo de agentes reveladores. Estos agentes son preparaciones de colorantes en forma de tabletas o solución, que constituyen una ayuda eficaz para la motivación inicial y continua de la práctica de la higiene oral.

Se usan en el consultorio para demostrar al paciente aquellos lugares en los cuales la placa tiende a acumularse, así como los sitios donde más frecuentemente se falla en los procedimientos de limpieza; y en el hogar, para que el paciente a su vez pueda examinar la eficacia de su higiene oral.

a).- Tabletas.

Las tabletas que más se utilizan son las que contienen básicamente eritrocina. Cuando se usan tabletas reveladoras, el paciente ha de masticar bien la tableta, mezclándola con saliva, y después mover el líquido vigorosamente en la boca durante unos 30 ó 60 segundos, para posteriormente enjuagarse suavemente con agua. El examen se hará de inmediato.



b).- Soluciones.

Las soluciones más comunes son las que contienen eritrocina o fuscina básica. Por lo general, las soluciones se aplican pincelando los dientes con un isopo de algodón, después de lo cual el paciente se enjuaga la boca con agua (antes, los lados del paciente pueden ser cubiertos con vaselina sólida). Cuando se usa fuscina básica como solución rebeladora, se disuelven 10 gotas de ésta en 30 ml. de agua, se le pide al paciente que se enjuague con ella vigorosamente durante 30 segundos, y que después se enjuague varias veces con agua para quitar el exceso de colorante. Entonces se hace el exámen.

Ya sea con las tabletas o las soluciones, la placa dentobacteriana adherida a los tejidos dentales se tiñe con el agente evidentes y pueden observarse con un espejo.

b).- Alimentos Detergentes.

Algunos autores han relacionado la elevada frecuencia de enfermedades periodontales y, sobre todo, de caries, de las razas civilizadas modernas con el consumo generalizado de alimentos refinados, pegajosos y blandos, que tienden a adherirse a los dientes. Esto ha sido comprobado en un gran cantidad de estudios, de los cuales se deduce que los alimentos fibrosos y de consistencia dura, son más positivos en la limpieza mecánica de la boca que los blandos y adheridos: también, que la adherencia de los alimentos - -

blandos a los dientes predispone a la formación de una mayor cantidad de caries que la que se encontraría en la boca mantenida relativamente limpia por una dieta fibrosa.

En consecuencia, alimentos como naranjas, manzanas, apio y otros alimentos fibrosos, deben ser recomendados en lugar de los alimentos adherentes al final de una comida o entre comidas, para frotar los dientes y las encías en forma natural durante la masticación. Los dientes retienen alimentos fibrosos en cantidades menores y, estos alimentos probablemente pueden desalojar ciertas partículas alimenticias adheridas a los dientes.

Sin embargo, aunque se debe aconsejar a los padres y a los niños a que ingieran alimentos detergentes - en vez de adhesivos, es importante evitar darles la impresión de que estos alimentos pueden sustituir el cepillado cuidadoso de los dientes y el empleo de otros métodos auxiliares de la higiene oral.

#### IV.- CLAVES PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE.

Particularmente, consideramos de mucha importancia este tema, ya que el éxito que se puede obtener con respecto a la educación de medios preventivos para la higiene bucal del paciente, ya sea en el consultorio particular, como en un grupo de determinada comunidad, radicarán en gran parte a los métodos y claves que utilice el Cirujano dentista.

El dentista, más que exponer hechos debe intentar que se modifiquen la motivación y la actitud, ya que con frecuencia tiene que enfrentarse con una labor mucho más difícil que la del maestro en clase. En la educación de la higiene dental el problema del dentista es la comunicación de información de higiene a la gente, de tal manera que la apliquen en su vida diaria. Es por eso que a continuación daremos, a conocer algunos métodos y sugerencias de medios preventivos para la educación higienica como son:

- a). Medios orales.
- b). Palabras escritas.
- c). Material auxiliar.
- d). Medios audiovisuales.

Sugerencias educacionales en el consultorio dental,  
sugerencias en la sala educativa del consultorio dental.

La palabra hablada presenta ventajas como:

Medio natural de expresión.

Universal.

Económica.

Convincente y de mayor interés.

Estimulo la discusión y facilita la comprensión.

Crea simpatía.

Desventajas son:

Fugaz Útil en grupos relativamente pequeños.

No se puede controlar o evaluar los resultados.

Por la libertad de interpretación de auditorios.

El material escrito.

Tiene un uso que se puede catalogar de específico, pues siempre se usa para llamar la atención hacia un tema o problema determinado. Su uso desde luego se efectúa por corto tiempo y va acompañado de gran difusión; una vez que se ha enterado por el mensaje se procede a dar información específica y general, del programa a seguir. En la primera etapa, se utilizan carteles folletos y cartulinas; en la segunda etapa, informes en periódicos, revistas folletos y otros materiales de difusión.

Las ventajas que tiene este tipo de material son:

Duradero, (mientras el material se conserve en buen estado)

Sirve a grandes masas de población.

En conciso.

Despierta el interes con las ilustraciones.

Las desventajas que presenta son:

Costo elevado.

No sirve para población analfabeta.

No es espontánea.

No permite intercambios de ideas.

Requiere personal y equipo especializado.

El mensaje escrito o hablado, deberá llenar los siguientes requisitos.

Ser claro.

Ser sencillo.

Ser conciso.

La educación higienica también cuenta con otros -  
auxiliares, como son los medios de comunicación masiva, --  
tales como:

La prensa, para la cual es necesario contar con -  
personas que tengan conocimientos en redacción, de artícu  
los editoriales, etc.

La Radio.- Importante medio de difusión que pre--  
senta la desventaja de requerir personal especializado, --  
además de necesitar una serie de mensaje para obtener el-  
éxito deseado.

El Cine.- Medio de difusión que presenta la des--  
ventaja del costo del equipo, necesidad de contar con lo-  
cal para proyección así como energía eléctrica, etc.

Métodos de discusión.

1.- Conferencias, reuniones para profesionales específi--

cos, o personas que se interesen en lo mismo, o bien para la discusión o desarrollo de un determinado trabajo.

2.- Mesa Redonda, cuando un grupo determinado de personas, se reúnen para tratar un tema o asunto común; requiere las siguientes condiciones.

Psicológicas:

- a).- Intención de unificar criterios.
- b).- Elasticidad para aceptar opiniones.
- c).- Disposición para modificar las propias ideas.

Colectivas.

- a).- Un número adecuado de miembros.
- b).- Precisión de conceptos.
- c).- Exámen libre.
- d).- Continuidad del tema.
- e).- Síntesis periódica.

3.- Panel.- En este método, un grupo de personas especializadas en un área discuten un tema enfocado desde diversos puntos de vista, pudiendo a continuación participar el auditorio.

4.- Simposium.- Auxiliar de la educación higiénica en el que se presentan diversos aspectos de un problema en el que participan un grupo.

5.- Foro.- Forma educacional de adultos, es una conferencia seguida de preguntas: éste puede ser cerrado o --

abierto, en primero participan personas con iguales o si-  
milares interés, y en el segundo participa todo el públi-  
co.

6.- Seminario.- Reunión de expertos, especialistas o téc-  
nicos en determinado asunto; que se reúnen durante -  
uno o más días con el fin de discutir problemas o --  
para aprobar normas de trabajo, es actualmente uno -  
de los medios más utilizados, y debe reunir las si--  
guientes características:

- a).- Facilidad de intercambio de experiencias e ideas en--  
tre los interesados.
- b).- Facilidad de enseñar y aprender reciprocamente.
- c).- Intereses, ideales y problemas comunes.
- d).- Organización prefabricada, que puede adaptarse al --  
estudio y problemas a campo a saber.
- e).- Aplicación de todas las formas didácticas de enseñan-  
za conocida y de todos los medios y ayuda audiovisua-  
les disponibles.
- f).- Audiencia general alrededor de la cual funcionen ---  
diversas actividades formando un todo.
- g).- Facilidad de evaluación para apreciar la progresión-  
del trabajo, mejorar su desarrollo y apreciar los --  
resultados finales.

En Odontología se llevan a cabo seminarios por -- organismos gubernamentales, grupos científicos privados o -- independientes; como son los que realizan las diferentes - instituciones de Salud (Salubridad, Servicios Asistencia-- les, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de -- Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del - Estado) en forma de cursos pequeños que tienen como fin, -- orientar los servicios e incrementar la productividad de -- los mismos. Así como también los afectuados por las Dife-- rentes Asociaciones Dentales y las Escuelas de Estudios -- Superiores nos permiten una actualización del profesional.

Por todo lo hasta aquí expuesto, concluimos que -- el Cirujano Dentista debe motivar a la comunidad para la - cual trabaja, sea individual o colectivamente, ya que su -- actuación será determinante a través de los resultados ob-- tenidos, por lo que al hablar con una persona o grupo de - ellas, deberá seguir las siguientes normas:

- 1.- Seleccionar el tema.
- 2.- Pensar o pedir opiniones.
- 3.- Desarrollar el tema en base a las siguientes - recomendaciones.
  - a).- Introducción que interesen a la persona o a -- un grupo de estas.
  - b).- No disculparse por no saber hablar.
  - c).- Desarrollar la idea con:



Unidad.

Continuidad.

Progresión.

Conclusión.

4.- Presentar las objeciones que pudieran hacerse a los aspectos negativos del tema.

5.- Resumir, sintetizar y decir las ideas fundamentales del tema.

Ser elocuente, lo que se logra si se siguen las recomendaciones siguientes:

a).- Naturalidad y espontaneidad.

b).- Procurar despertar admiración por la calidad de expresión.

c).- Sinceridad y franqueza.

d).- Mostrar calor e interés.

f).- Brevedad de exposición para poder sostener la atención con respecto a la entrevista personal, se procurará:

1.- Evitar tensiones con el interlocutor y ayudar a expresarse si es necesario.

2.- Ganar confianza.

3.- Equilibrar comentarios, interrogatorios y silencios.

4.- No salirse del tema.

5.- Adaptarse al nivel del entrevistado.

## SUGERENCIAS EDUCACIONALES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

En forma particular, como es en el consultorio dental, los cirujanos Dentistas perciben la necesidad de elaborar programas preventivos educacionales para sus pacientes, con el objeto de que adquieran conciencia y aprendan a valorar la importancia de la salud bucal.

El odontólogo debe enseñar al público a conservar sus órganos dentarios en buen estado, proporcionándole normas que le guíen con mano amiga por el camino de la salud y bienestar bucal, mostrarles los peligros a que se expone con una boca en ruina y desprovista de defensas naturales. También el público debe saber, de los grandes recursos modernos con que se cuenta para la profilaxis terapéutica y rehabilitación de la cavidad bucal que se conozca al detalle, concreta y exactamente con ejemplificaciones, y cita de casos reales, tales ventajas beneficiosas, que nos aporta una dentadura sana, íntegra y los convenientes de aplicar la curación, reparación y rehabilitación en el caso de padecer caries, lesiones en las encías o carencia de órganos dentarios.

Es necesario hacerle ver al público como cuidar y conservar sus órganos dentarios "naturales" y revelarles los incalculables beneficios que recibe en cambio a su

prevención como el castigo y pena que le amenaza por su--  
imprevisión; mala digestión, mal aspecto de la boca y de--  
la cara, mala articulación por dientes en mal posición --  
desplazados, emigrados, etc.

En la actualidad el Cirujano Dentista, no se debe--  
concretar a esperar al pie del sillón la llegada de enfer--  
mos con el objeto de que adquiriera conciencia y aprenda a -  
valorar la importancia de la salud bucal, de ésta manera--  
se estará previniendo.

De esta manera el Cirujano Dentista, conciente de--  
su primordial misión, estará más satisfecho y saboreará--  
más el placer de haber cumplido cuando el paciente trata--  
do comprenda la importancia que tiene conservar inmune un  
diente o cuando logra curarlo de un daño y salvarlo de --  
la extracción, que cuando tiene que extraerlo y reponerlo.

Es necesario hacer comprender y reflexionar a las--  
personas que no hay razón para que por temor a las cura--  
ciones descuiden su boca y la arrojen a las enfermedades,  
siendo que la prevención de la salud bucal es indolora y--  
hasta deseable, placentera de consecuencias benignas, ---  
agradables y convenientes en todos sus aspectos.

Cuando el Cirujano Dentista salga a enseñar, se --  
podrá hacer de dominio público todos los medios con que -  
cuenta la Odontología y que "solamente corresponde poner--  
en práctica el público".

En consecuencia, ya nadie podrá defender su descuido esgrimiendo la consabida disculpa "yo no sabía".

El Cirujano Dentista, no debe limitarse a esbozar una que otra recomendación o consejo en pláticas robadas al tiempo de un tratamiento en sillón dental, ya que de esta manera perdamos más tiempo, que ideando alguna forma para ilustrar, enseñar y documentar a los pacientes.

Así de esta forma se estará elevando la cultura del público para que nos comprendan y nos ayuden a lograr su bienestar.

#### SUGERENCIAS DE LA SALA EDUCATIVA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

La sala educativa es tan importante en el consultorio dental, como poner o dejar de poner el laboratorio dental (éste también será un laboratorio pero de conocimientos).

Nos damos cuenta que cada paciente que llega ya sea por primera vez o con bastante experiencia en cuestiones de curaciones odontológicas siempre abordarán su problema o malestar casi en las primeras palabras que cruzan con él.

Son pocos los que permiten que el Odontólogo empiece un exámen minucioso en el cual, a base de preguntas se vaya enterando del mal que le aqueja. Casi se desespera

ran, se desbordan en miles de palabras, explicando su dolencia, las experiencias con otro Dentista, sus críticas-- sus malas noches de insomnio por el dolor, etc., datos -- que el 15% ó 20% nos pueden ser útiles, y lo demás es completamente ajeno y sin valorar para formar un buen diagnóstico.

Teniendo en cuenta ésto, lo más conveniente es: - introducir al paciente primero, antes que converse con -- el Odontólogo, a la sala educativa, donde se le ilustra - rá y recibirá educación misma que le servirá de mucho al - dentista en el momento de darle su diagnóstico y presentar le su plan de tratamiento.

El contenido de esas pláticas deberá en un tema - especial. Para que sea eficaz la marcha del consultorio-- en la sala de recepción, la señorita recepcionista, apar - te de dedicarse al buen funcionamiento del consultorio, -- debe explicar a cada paciente que se presente, que el Odon - tólogo que atiende ese consultorio se interesa por educar a sus pacientes, por lo que se le invita a pasar a la sa - la educativa o bien asista a las pláticas que se desarro - llan determinando día a tales horas. Claro está que todo - tratamiento urgente ameritará atención de inmediato.

Las indicaciones que se les den a la recepcionis - ta para que las transmita a los pacientes, serán de acuer - do a la forma como se imparta la educación en los - - -

diferentes consultorios que persiguen el mismo fin.

Cuando el consultorio se haya acreditado y los pacientes se enteren de su funcionamiento, la recepcionista no tendrá la necesidad de repetir lo mismo, a cada paciente, solamente se colocará en la mesa de revistas, hojas mimeográficas o duplicadas informando al paciente de la existencia de la sala educativa, y los propósitos que se persiguen.

En este trabajo la idea principal es educar al paciente en pláticas. Es decir, reunir de 10 a 15 personas determinado día con el fin de que se ilustre, ya sea con diapositivas, películas ó láminas para que comprendan y asimilen mejor el camino que se debe seguir para el bienestar bucal.

Las pláticas se impartirán naturalmente, en la sala educativa cuál debe reunir condiciones que son:

Comodidad, funcionamiento, estética.

Comodidad: la comodidad que se necesita en la sala educativa se diferencia a la que caracteriza a la sala de recepción.

En la sala educativa, donde se pretende reunir a las personas (según la extensión del local), debemos colocar suficientes asientos en lugares estratégicos y estudiados de antemano, para que todos los asientos dirijan su mirada a un punto central, el cual estará ocupado por-

la persona que da la plática educativa, la pantalla de ---  
proyecciones o alguna lámina.

Es importante que las sillas o sillones que se--  
pangan, no deben ir colocados uno tras otro, o que la im-  
presión de una sala escolar. Con el fin de que las perso-  
nas que asistan no sientan que están recibiendo un "cur--  
sillo" por el contrario se le tratará de dar un ambiente  
familiar y cordial para que todos tengan la suficiente -  
confianza de preguntar cuando los asalte una duda.

En la sala de recepción la comodidad y la presen-  
tación son tan importantes que la mayoría de las veces de  
aquí dependerá el estado de ánimo en que recibamos a los-  
pacientes.

Cuando el paciente va a recibir una educación --  
previa, y por lo mismo su estancia en la sala de recep- -  
ción es monotonía o si los tratamientos con previa cita, -  
es importante hacerle atrayente y como sugerencia pode-  
mos ~~instalar~~ un acuario y una música suave y sedante. --  
Ambas cosas alejan la frialdad que suele experimentarse-  
en una habitación silenciosa y sin movimiento.

Funcionamiento.- Para tener el máximo de efica--  
cia en estas pláticas, se necesitan aparatos que proyec-  
ten en una pantalla y láminas, deben colocarse y tener --  
listos para el momento oportuno. Sería ideal tener un --

cuarto pequeño destinado a colocar los aparatos e inmovilizarlos para tenerlos siempre en posición y angulación correcta. Aprovecharíamos también este cuarto para archivar y clasificar los folletos y libros destinados a ilustrar nuestras pláticas, así también se tendría aquí y muy a la mano las diapositivas y películas, tanto éstas como aquellas, deben estar clasificadas y enumeradas para cuando el momento lo requiera.

Ya sea aquí, en el cuarto de los aparatos de proyección, o en mueble especial, es necesario tener modelos de estudios, casos de antes y después de un tratamiento, radiografías, cepillos dentales con algún tipodonto (que nos ayuden a ilustrar la técnica del cepillado correcto); así es posible, algunas prótesis, dientes naturales cariados y sin caries, en fin, todo lo que podemos reunir para que el paciente palpe, observe y aprenda a cuidar su boca.

Estética. La sala destinada a la educación dental, debe estar decorado con buen gusto, pero sin que quite la atención de los pacientes cuando estén en el momento de la instrucción.



## V.- SERVICIOS CLINICOS PREVENTIVOS.

Un factor importante para poder obtener éxito en la práctica preventiva, es hacer que las personas se interesen en conservar su boca en condiciones saludables, y, consecuencia, decidan acudir al dentista regularmente estando aparentemente sanos (en el sentido de que no presentan ningún sintoma de enfermedad), para que él, después de -- realizar un examen, sean quien les certifique su estado -- de salud. Este es el propósito primordial del examen oral periodico, proteger al individuo sano, certificando su -- estado de salud y enseñándole como conservarlo.

Este tipo de examen se puede utilizar en todas -- las edades de la vida como la herramienta más importante -- que tiene el dentista, para fomentar la salud, tanto desde el punto en vista odontológico como médico, puesto que el exámen de la boca, además de presentar la patología in -- herente a los diferentes tejidos y órganos que la forman, participa de las manifestaciones de ciertas enfermedades -- generalizadas que tienen marcada expresión clínica en la -- boca.

De esta manera, en un examen se puede encontrar -- patología local pura, y/o signos y síntomas bucales produ -- cidos por enfermedades inflamatorias, infecciosas, alér -- gicas metabólicas y neoplásicas.

Sin embargo, es lamentable que ni los dentistas --

ni el público estén aún acostumbrados a su aplicación. - Los primeros aducen razones de ética profesional (basados en la falsa premisa de que la enfermedad es la sólo preocupación y responsabilidad de la Odontología), y el segundo no ve la razón para acudir al dentista cuando está sano - (problema cultural).

Aunque no hay formas fijas para decidir la frecuencia del examen oral periódico, ya que ello depende -- de factores como la edad, ocupación, educación, condiciones económicas y ambientales de la vida, se sugiere de -- que hayan erupcionado los dientes primarios, repitiéndose por lo menos dos veces al año.

A continuación se exponen brevemente los mecanismos y procedimientos de un examen oral, el cual debe realizarse en forma ordenada y comprender los siguientes datos:

- 1.- Examen general de los tejidos orales.
- 2.- Examen periodontal.
- 3.- Examen dental.
- 4.- Examen de la oclusión.
- 5.- Examen radiográfico.

1.- Examen General de los Tejidos Orales.

a).- Labios.

Inspección y palpación anotando la forma, contorno, color y configuración y la presencia o no de lesiones.

tanto con la boca cerrada como abierta.

b).- Mucosa labial.

Inspección girando el labio inferior hacia abajo y el superior hacia arriba, anotando el color y cualquier irregularidad; la palpación determinará la configuración y la presencia de orificios de conductos anómalos y adhesiones al frenillo o lesiones.

c).- Mucosa bucal.

La inspección y palpación para determinar el contorno, configuración, color, orificios de las glándulas parótidas y la presencia de anomalías o lesiones.

d).- Pliegues mucobucales.

Exploración de los pliegues mucobucales superior e inferior .

e).- Paladar.

Inspección y palpación del paladar duro y del blando, de la uvula y de los tejidos faríngeos anteriores, anotando su color, configuración, contorno orificios y la presencia de anomalías o lesiones.

f).- Lengua.

Exploración de la lengua estando dentro de la boca, extendida, dirigida hacia afuera y luego hacia la derecha y a la izquierda; inspección y/o palpación para determinar el color, configuración, consistencia, movimientos funcionales, tamaño, la presencia o no de lesiones.

papilas y tejido linfoide.

g).- Piso de la boca.

Exploración visual con la lengua en reposo y luego en una posición elevada hacia atrás: palpación con los dedos del piso de la boca, glándulas submandibulares, sublinguales, base de la lengua y superficie ventral de la lengua.

h).- Orofaringe.

Aunque no esté dentro de la zona de responsabilidad primaria del dentista, puede ser examinada durante el exámen oral con relativa facilidad, la buena exposición de la zona durante el exámen hace necesaria que se haga una inspección cuidadosa y se informen posibles estados de enfermedad al médico del paciente.

## 2.- Exámen Periodontal.

El exámen periodontal se realiza mediante el uso de la visión, directa, palpación, sonda periodontal, espejo bucal y explorador dental.

Se determinará el color, forma y configuración de la encía, buscando anomalías y lesiones, como inflamaciones, hipertrofias, recesiones y ulceraciones.

La inspección de los tejidos gingivales en cuanto a cambios de color y de contorno revelará la presencia o ausencia de inflamación. El cambio inflamatorio de la--

encia produce un aspecto mas blando de los tejidos gingivales, así como un aspecto brillante, es útil secar la encía al estimar cambios de color, forma y densidad, eliminando el resplandor producido por la película de saliva.

La palpación de los tejidos blandos sobre las zonas apicales de los dientes puede revelar inflamación periapical, la unión amelo cementaria de los dientes y se registrarán las zonas de hiperplasia o recesión. Se medirá con la sonda periodontal la profundidad del surco gingival en torno de cada diente, por su parte mesiolingual, mesiovestibular, vestibular y distovestibular. Los surcos con profundidad superior a 2 mm. deberán ser registrados gráficamente.

La presencia de cálculos subgingivales deberá ser determinada mediante el uso del explorador dental y por inspección de la encía suprayacente.

El grado de movilidad de los dientes debe ser determinado con cifras que representen los milímetros de movilidad horizontal. El aumento de movilidad se relacionará con hiperfunción o reducción del sosten periodóntico.

### 3.- Exámen dental.

Se consignarán las variedades de tamaño, forma, número, color y distribución de los dientes. También se anotará toda inclinación, migración, rotación, intrusión o extrusión o sus combinaciones.

Los dientes son examinados no sólo para revelar-- caries, sino también para averiguar la evidencia de infección periodóntica, hiperfunción, bruxismo, hábitos y defectos de desarrollo.

La percusión de cada diente será rutinaria y puede revelar enfermedad que abarca el periodonto o zonas - - periapicales.

La oclusión de los dientes cuando es mayor de lo-- esperado para la edad del paciente sugiere bruxismo. Los - contactos prematuros y las formas de masticación pueden -- ser revelados por opresión sobre los dientes individuales, se observará la erosión y la abrasión para buscar una po-- sible causa.

El estado general de las restauraciones en la boca deberá ser evaluado. Se registrarán las zonas de con- - tacto abierto o malo, así como las de retención alimenta-- ria. Se anotarán las discrepancias de rebordes marginales-- los bordes sobresalientes, el contorno y el ajuste de las-- restauraciones.

Finalmente se hace la búsqueda de caries con espejo bucal y explorador. Antes de examinar los dientes en -- todos sus aspectos, se les limpiará de residuos y se les - secará. Se deberán examinar todas las superficies dentales mediante visión directa y con la punta de un explorador.- En la porción anterior de la boca, la luz directa - - -

o la transiluminación puede ser valiosa para descubrir -- lesiones de caries.

4.- Exámen de la oclusión.

El exámen de la onclusión incluye la inspección -- auscultación y palpación. Los recursos adicionales pueden ser; modelos de diagnóstico, papel de articular, registros oclusales, radiografías de la articulación temporomandibular y modelos montados en el articulador. El exámen de la oclusión consta en los siguientes pasos:

a).- Palpación de la articulación temporomandibular en movimiento, escuchando los sonidos producidos por las articulaciones.

b).- Exámen oral a boca abierta, con observación de las facetas de desgaste dental, el plano oclusal, el -- ancho de la tabla oclusal, la inclinación cuspídea, el -- espacio interoclusal, la mbilidad dental y las cúspides -- émbolos.

c).- Exámen oral estático, incluyendo la clasificación de Angle de las relaciones maxilares, superposición vertical (overbite), superposición horizontal (overjet), diastemas, dientes migrados y relaciones de mordida -- cruzada.

d).- Exámen dinámico de los movimientos funcionales mandibulares y de las articulaciones temporomandibulares. de cierre en céntrica y excursiones de trabajo, de -- equilibrio y de protrusión. en busca de signos de golpeo.-

movimientos anormales, presencia de tumefacciones hipertrofas y dolor en la región de las articulaciones (durante el examen se puede emplear la palpación para identificar los contactos prematuros).

#### 5.- Exámen radiográfico.

La radiografía es un valioso auxiliar durante el exámen oral, que debe ser utilizado prácticamente en casi todos los pacientes para poder confirmar un diagnóstico.

La radiografía dental es el registro fotográfico de una imagen producida por los rayos X, los cuales pasan a través de un objeto y llegan a la película con un color blanco (radioopacos) y los tejidos blandos aparecen en negro (radiolúcidos), entre el claro y el oscuro son apreciables diversas intensidades de gris.

El exámen radiográfico habitual comprende dos tipos de pruebas: a). Exámen periapical. El exámen periapical básico para la mayoría de los pacientes adultos consta de 14 radiografías: 7 del maxilar y 7 de la mandíbula.

b).- Exámen interproximal. Este exámen es útil -- especialmente en el diagnóstico temprano de caries en las caras proximales y de la enfermedad periodontal incipiente, al examinar el espacio interproximal y la cresta alveolar. Además revela la presencia de caries recurrente y el ajuste de las restauraciones de clase II y de las coronas.



El exámen interproximal comprende 5 películas de aleta mordible: 3 para los dientes anteriores y 2 para los posteriores.

Con fin evidentemente preventivo, el objetivo de los exámenes radiográficos periódicos, aparte del descubrimiento de alteraciones patológicas, es seguir el progreso de la reabsorción radicular de los dientes primarios y el desarrollo y posición de los permanentes.

En esta forma, puede prevenirse la pérdida prematura y retención indebida de los dientes primarios, ya que ambas condiciones pueden ser la causa de retención o maloclusión de los permanentes.

Aún más, un exámen radiográfico es el único medio de descubrir la ausencia de dientes permanentes, la presencia de dientes supernumerarios, de quistes y los resultados de la complicación pulpar.

CAPITULO IV.

I.- HISTORIA DEL PUEBLO DE SAN MIGUEL AMANTLA.

San Miguel Amantla es una colonia ubicada hacia la parte sudoeste de la Delegación de Azcapotzalco; está delimitada actualmente al sur por la avenida Camino de Sta. Lucía, en la que colinda con Refinería "18 de Marzo" y por la Calzada de la Naranja, que la deslinda del Municipio de Naucalpan, Edo. de México; al Oeste la circunda la avenida de Santiago Ahuizotla, contigua al poblado del mismo nombre, al este se encuentra la calzada de Tezozomoc que la separa de la Colonia de Sta. Lucia y del fraccionamiento Residencial de San Antonio Cahualtongo, colonia de trabajadores petroleros de PEMEX, por la Calle de Cantemec y una parte de la avenida Camino de Nextengo.

San Miguel Amantla es uno de los centros de población más antiguo de lo que es hoy Azcapotzalco, pues sus orígenes se remontan a la época prehispánica y colonial,-- de ese pasado quedan, una sola arqueología, por cierto en la actualidad en total abandono, y una hermosa iglesia que data del siglo XVII.

De su historia reciente, antes de 1940, puede decirse que San Miguel Amantla, al igual que varias otras localidades dispersas en Azcapotzalco, era originalmente un poblado con características rurales: conocido bajo la categoría política de pueblo, sus escasos habitantes se dedica

ban a las labores primitivas, presumiblemente al cultivo del maíz frijol y alfalfa, también en menor medida a la cría de animales.

Contiguo al pueblo de Santiago Ahuizotla, que -- recibió dotaciones ejidales por resolución presidencial en 1931 en varios terrenos del área (en especial se hace referencia aquí al área sodoeste de Azcapotzalco, centralizando la atención el San Miguel Amantla, no formó partes de estas dotaciones, siendo la pequeña propiedad, la única forma de apropiación del suelo.

Este modo de vida rústico se vió totalmente tra tocado con la instalación sucesiva de varias industrias, -- como partes del proceso intensivo de urbanización general, de los años cuarentas.

A principios de los años treinta sólo existía relativamente cerca de la Compañía Industrial de Naucalpan, pero no es sino el establecimiento de la Refinería "El -- Aguila", hacia 1934, en terrenos del Ejido de Santiago - Ahuizotla y de la Hacienda "El Priego", que se iba a modi ficar sustancialmente la forma del uso posteriormente con la expansión relativa debidas a la modernización de sus instalaciones en 1944, la Refinería de Azcapotzalco, como base energética para el proceso de industrialización, se convirtió en centro de atracción de la fuerza de trabajo y de la instalación de nuevas industrias. De esta manera

se establece la Compañía Cigarrera "El Aguila" en 1949 y se forma el fraccionamiento Industrial de San Antonio a principios de los años cincuentas, .

Este determinó la aparición de nuevos centros de población hacia la segunda mitad de la década de los cuarenta. Son los nuevos asentamientos de las clases trabajadoras establecidos en el área, lo que propicia la formación de colonias nuevas como la plenitud, La Petrolera -- Secc. 35. Sta. Lucía, Clavería y varias más, además los -- antiguos pueblos como San Miguel Amantla, Santiago Ahuizotla, Santa Cruz Acayucan, Providencia, San Pedro Xalpa y San Bartolo Cahualtongo, ven incrementada su población en un principio, fundamentalmente por familias de los trabajadores inmigrantes y de las fábricas recién instaladas.

El incremento de la población de San Miguel Amantla, a partir de los cuarentas se observa en el cuadro I, donde es notorio el incremento de población absoluta desde entonces, no lograndose una estabilidad en el proceso de porcentaje decenal de su población.

CUADRO I. LA POBLACION DE SAN MIGUEL AMANTLA EN EL TIEMPO.

AÑO	POBLACION ABSOLUTA,	PORCENTAJE IN- CREMENTO (BASE- DECADA ANTERIOR).
* 1921		
1930	375	
1940	306	18.4
1950	1, 436	+ 469.0
1960	6, 217	432.0
1970	10, 647	58.39
**1980	18, 763	87.0

\* En el censo de 1921 no fue registrado.

\*\* Población estimada en base al método de mínimos cuadrados.

La distribución de la nueva población de San Miguel Amantla desde 1940 hasta hoy, siguió tres etapas por su sucesiva ubicación en la colonia.

- 1.- Se puede distinguir una etapa 1940-1960, donde se tendió a concentrar en las zonas central y sus, ya pobladas, y hacia las principales calles que comunicaban a San Miguel Amantla con los centros poblacionales vecinos (camino de Nextengo, Democracias y Morales).
- 2.- En 1960-1970, se pobló la periferia norte de la colonia que colinda con el entonces recién formado fraccionamiento

to Residencial de San Antonio Cahualtongo para los trabajadores petroleros de PEMEX, en este período y en esta área de la colonia de forma en sector bajo la influencia de la Asociación Civil de los Colonos e Inquilinos Democráticos de San Miguel Amantla.

3.- De 1970 hasta la actualidad, tiende a concentrarse la nueva población hacia la perifería sudoeste, creandose nuevos barrios como el conocido con el nombre de "El Hormiguero".

Es precisamente en los nuevos asentamientos de los últimos veinte años, en los que debido a la especulación y venta ilegal de terrenos se han originado los problemas de la tenencia de la tierra, como el desarrollo del movimiento de los Colonos e Inquilinos Democráticos mostrará:

En estos últimos dos períodos que la colonia registró los máximos incrementos absolutos de su población. Lo anterior se corroboró en los datos obtenidos en la muestra realizada en octubre de 1981, donde se consigna que el 77% de su población tenía menos de veinte años viviendo en la colonia; lo que determina que aún cuando San Miguel Amantla sea un asentamiento de población antiguo, sea paradójicamente una colonia popular relativamente joven.

El incremento de su población se debió más a la--

movilización intraurbana de la fuerza de trabajo (que -- incluye tanto a los nacidos en el Distrito Federal como a los inmigrantes con más de una generación de asentados en la Ciudad de México o en su área conurbana y al crecimiento natural de su población que la inmigración reciente: sólo el 12.5% de habitantes inmigrantes tienen igual o menos de 10 años viviendo en la Ciudad de México.

Si en un primer momento el aumento de población de San Miguel Amantla está estrechamente ligado a la -- atracción que las instalaciones fabriles inmediatamente circunvecinas ejercieron sobre ella, el aumento desmesurado en términos absolutos de su población en las dos -- últimas décadas, debido fundamentalmente al desplazamiento de la fuerza de trabajo antes aludida, presumiblemente debe ligarse a los estímulos que al respecto ejerció la consolidación económica del área industrial del noroeste de la Metrópoli de la Ciudad de México, a partir de la década de los años sesentas; área industrial a la que nos hemos referido en la primera parte de este artículo y cuyos pilares económicos son Vallejo, Naucalpan y Tlalnepantla. Lo anterior se comprueba en la localización -- geográfica de los centros donde labora la población económicamente activa captada en la muestra, pues el 65% de -- estos centros se encuentran precisamente en dicha área económica, este porcentaje se eleva particularmente tratándose de la clase obrera 77%.

Si como se ha pretendido mostrar aquí, la historia de su población está íntimamente relacionada con el origen y desarrollo de área industrial en que se encuentra San Miguel Amantla, ésto, se reflejará necesariamente en la conformación mayoritariamente de su población económicamente activa dedicada a las actividades secundarias. Si población económicamente activa (el IX Censo General de población entendida por ésta, a la fuerza de trabajo empleada en alguna actividad económica y mayor de 12 años) representaba el 27.6% de su población total.

En la muestra realizada en 1981, esto también se comprobó elevándose incluso el porcentaje del personal ocupado en tales actividades.

-----  
CUADRO 2. DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA.  
DE SAN MIGUEL AMANTLA EN 1970.

SECTOR.	PORCENTAJE.
Actividades Primarias.	2.4.
Actividades Secundarias.	57.7
Actividades Terciarias.	37.7

-----

No encontrándose en los datos recolectados, al menos, personas dedicadas al sector primario de la economía, expresando este último resultado la tendencia hacia su desaparición tomando en cuenta el ritmo de urbanización de la colonia.



A continuación se presenta, en tanto su inserción al sistema productivo, la composición de los habitantes de San Miguel Amantla. Posteriormente, por su participación en el consumo urbano, se da cuenta de sus condiciones en la tendencia del suelo, de la vivienda y los servicios públicos.

---

CUADRO 3. MUESTRA DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN SAN MIGUEL AMANTLA EN 1981.

SECTOR.	%
Actividades primarias.	- - -
Actividades Secundarias.	72
Comercio.	12
Servicios.	16
<hr/>	
TOTAL.	100

COMPOSICION DE CLASE.

Según se puede observar en el cuadro 4 un porcentaje mayoritario de la población económicamente activa de San Miguel Amantla captada en la muestra, lo forma el proletariado con el 68% del total, donde los obreros industriales constituyen un sector más significativo en términos absolutos y relativos (48%). Seguido de lejos por fracciones de la pequeña burguesía tradicional (Trabajadores independientes y dueños de comercios) y los empleados públicos

y privados con el 27% . Encontrándose de formas de existencia del paraproletariado (4%).

CUADRO 4. COMPOSICION DE CLASE DE LOS HABITANTES DE SAN MIGUEL AMANTLA. (JEFES DE FAMILIA).

P R O L E T A R I A D O	OCUPACION	% DE LAS OCUPACIONES.	ESTABILIDAD EN EL EMPLEO		AFILIA - CION,
			ESTABLE VA-- RIABLE %.		
	Obreros de gran industria.	19	68.0	32.0	84.21
	Obreros de peque ña industria.	29	55.0	45.0	31.03
	Obreros construc ción y pintores.	7	28.57	71.42	14.28
	Empleados mante nimiento privado.	5	40.0	60.0	0.0
	Empleados mante nimiento público.	3	100.0	0.0	66.66
	Asalariados del transporte.	5	60.0	40.0	20.0
	SUBTOTAL.	68	57.35	42.64	42.64
	Trabajadores in dependientes.	11	81.81	18.18	0.0
	Dueños de comer cios.	6	100.0	0.0	0.0
	Jefes de Depto. Industrial.	4	100.0	0.0,	0.0

OCUPACION	% DE LAS OCUPACIONES.	ESTABILIDAD EN EL EMPLEO		AFILIACION.
		ESTABLE	VARIABLE	%.
Empleados de -- oficina privado y pública.	4	100.0	0.0	0.0
SUBTOTAL.	28	89.28	10.71	3.57
Comercios semi- establecido, ve- getativos e in- capacitados.	4	25.0	75.0	0.0
TOTAL.	100	66.0	34.0	30.0

Entre la clase obrera se detectó a un importante -  
continente de obreros empleados en la gran industria si --  
guen siendo mayoritarios.

En términos generales el proletariado es mediana--  
mente estable en su empleo y poco afecto a organizaciones-  
laborales de defensa, pues menos de la mitad pertenece a--  
algún sindicato, presentandose en ambos aspectos un orden-  
descendiente en las diferentes fracciones del proletariado,  
desde los obreros de la gran industria, en mejor posición,  
hasta los obreros ocupados en los servicios de reparación  
de la construcción que se encuentran desorganizados y con-  
un alto grado de inestabilidad en su empleo.

Esta escasa organización laboral se prolonga en el caso de la pequeña burguesía y los empleados públicos y privados donde es prácticamente inexistente (sólo 3.57%) aunque se presentan con mayor estabilidad en su trabajo-- que el proletariado.

Resultado global en cuanto a la estabilidad en el empleo para la población económicamente activa de San Miguel Amantla, registrada en la muestra, es del 66% y del 34% de variabilidad, lo que de entender una conformación-- definida, sin grandes cambios, en la composición de clase de los habitantes de esa colonia.

En lo que se refiere al ingreso las percepciones - del Jefe de Familia o del principal responsable económico de esta, en el caso del proletariado, la muestra captó un sector mayoritario (el 63.23%) que sólo gana hasta 1.5 -- veces el salario mínimo con las entradas de dinero pro- - venientes de la incorporación de mas miembros de la fa--- milia al mercado de trabajo.

Esto levemente se modificó para la pequeña burguesía y los empleados donde el 60.7% de éstos percibía hasta 2 veces más el salario mínimo y el ingreso familiar total, con el agregado de las remuneraciones de más contribuyentes, ascendió hasta 3 veces el salario mínimo para el 71. 4% de esta clase social.

Tratándose del paraproletariado su situación económica es más patética, en función de su inserción irregular con el sistema económico; el 75% de éste tenía ingresos menores que el 0.85% del salario mínimo.

Conjuntamente los jefes de familia de San Miguel Amantla, recogidos en la muestra, mostraron que su sector abrumadoramente mayoritario en 1981, el 78% ganaba como máximo 2 veces más el salario mínimo y su ingreso familiar apenas aumentó hasta 3 veces el salario. Comparativamente el ingreso personal promedio de la población económicamente activa en Azcapotzalco en 1980 fue de 2.3 veces el salario mínimo, si se pudieran equiparar ambos datos salvando los ajustes monetarios anuales, el ingreso de la mayoría de los jefes de familia de la colonia resulta inferior al promedio alcanzado al respecto en la Delegación.

En cuanto al nivel de escolaridad de los habitantes de San Miguel Amantla mayores de 15 años, la mayoría de ellos (62.94%) estudió como máximo hasta 4o. y 6o. año de primaria: registrando un 10% de analfabetismo sobre todo entre los padres de familia. Los hijos de los jefes de las familias encuestadas son los que, en lo general, cursan o cursaron los niveles de educación media y media superior; sólo el 11% de éstos han logrado acceder al nivel de estudios profesionales.

En términos de clase social, la pequeña burguesía

y los empleados están en una relativa mejor posición en este sentido, pues son los que tienen al menos porcentaje de analfabetismo y casi la mitad de ellos rebasan en conjunto los estudios primarios; no sucediendo esto en relación con el proletariado pues sólo una tercera parte de éste alcanza una escolarización superior a ese nivel. Es el paraproletariado en el que se encuentra en peor situación con el mayor índice de personas que no saben leer y escribir y su aplastante mayoría (87%), tiene de 4 a 6 años de instrucción escolar como máximo.

Condiciones de la tenencia del suelo la vivienda y los servicios públicos.

En relación a la tenencia del suelo, es difícil hacer evaluación global de la apropiación irregular en la posesión del suelo en la colonia San Miguel Amantla, toda vez que se están descubriendo nuevos casos de ventas ilegales de terrenos. Hasta el momento se sabe con certeza de 350 familias sin propiedad jurídica de los lotes que poseen en el sector, asiento territorial de los colonos e Inquilinos Democráticos; por otra parte, en el extremo opuesto de la colonia, en el barrio de "El Hormiguero", se sabe también de un número igual de familias en situación semejante, pero recién se han dado a conocer públicamente entre los vecinos del área más casos de familias defraudadas por la especulación ilegal de lotes nuevos en dichos barrios. En 1980, el Consejo Directivo de los Colo

nos e Inquilinos Democráticos había estimado conservadoramente, que son 8000 las familias sin títulos de propiedad de sus lotes en todo San Miguel Amantla.

Sin embargo, este problema parece mayor en la actualidad, sin que se tenga manera precisa de cuantificarlo en este momento, sobre todo en el mencionado barrio "El Hormiguero".

Sea cual fuere la magnitud del problema anterior, San Miguel Amantla es una colonia donde predomina mayoritariamente el inquilino en 1970, según el censo realizado en ese año, cuando apenas se estaba formando los barrios o sectores donde se encontraban concentrados los problemas de la tenencia del suelo antes mencionados, las viviendas de alquiler representaban el 77% del total de casas - habitación de dicha colonia.

El incremento promedio de las rentas para ese sector de habitantes de dicha colonia, en los últimos 5 años de 250.04%, según los datos recogidos en la muestra de 1981.

San Miguel Amantla tenía en 1970, 1747 viviendas, de las cuales el 53.7% poseía agua potable entubada dentro del edificio, el 33% fuera de la vivienda y el restante 13% carecía de este servicio. Este último resultado, se acercaba a esa colonia con el índice respectivo de toda la Delegación Azcapotzalco (15.9%), no así en cuanto--

el servicio (52%) que en la Delegación en su conjunto.

En la muestra realizada en 1981, se obtuvo un -- porcentaje semejante al de 11 años atrás, en cuando a las viviendas que carecen tomas domiciliarias de agua, pero - aumentaron las que tienen este servicio fuera del edificio este dato presumiblemente debe ligarse a aumentos no especificados aún, en el número de viviendas de alquiler o vecindades, ya que estas se caracterizan por tener tomas domiciliarias colectivas o en el corredor de la vivienda. En cambio se mejoró la situación referente al drenaje, - aunque todavía existe el 10% de las viviendas sin este -- servicio (cuadro Núm.4).

El hecho de que San Miguel Amantla sea una Colo - nia donde predomine el inquilino, determina que allí se -- encuentran frecuentemente proceso de autoconstrucción en las viviendas: de este modo sólo el 40% de las familias - encuestadas, edificaron sus casas y las demás, alquilan -- viviendas ya construidas cuando las ocuparon.



CUADRO 4. LOS SERVICIOS PUBLICOS EN SAN MIGUEL AMANTLA -  
EN 1981.

AGUA POTABLE	DRENAJE	ENERGIA ELECTRICA.	
FORMAS DE SUMI- NISTRO.	FORMAS DEL SER- VICIO.	%	%
Interior de la vivienda.	Interior de la vivienda.	70	100
Exterior de la vivienda.	Exterior de la vivienda.	20	
Hidrante pú- blico.	Sin drenaje	10	
	TOTAL.	100	
TOTAL.	100.		

La mayoría de las viviendas están construídas -- con tabique o tabicón en muros, aunque sólo es una pequeña minoría la que puede contar con techos hechos de colado, - siendo la lámina de diferentes materiales lo que predomina en dicha parte de las casas (Cuadro 5).

CUADRO 5. MATERIALES CONSTRUCTIVOS DE LAS VIVIENDAS.

PISO	MUROS	TECHO

Material	%	Material	%	Material	%
Concreto	87	Tabique	67	Colado.	32
Mosaico	6	Tabicón	20	Lamina de asbesto.	
Tierra	5	Concreto	8	Lámina Metálica.	10
No Esp.	2	Adobe	3	Lámina de Cartón.	18
TOTAL .	100	Madera.	1	TOTAL:	100
-----		<u>Desechos</u>	<u>1</u>	-----	
-----		TOTAL .	100	-----	
-----		-----			

Una de las demandas fundamentales de los Colonos a Inquilinos Democráticos de San Miguel Amantla es la regularización de la tenencia encontraron datos interesantes; el promedio de metros cuadrados por vivienda consignado en la muestra es de 170 M2. para toda la colonia; este espacio se reduce en el sector de los Colonos Democráticas a 123.6 metros cuadrados, si complementariamente se toma en cuenta que son las familias de dicha colonia (la muestra Capto 6 miembros en promedio), viviendo en 2 ó 3 cuartos como máximo, se comprende la necesidad de lucha a nivel de lo reivindicativo de los Colonos e Inquilinos -- Democráticos por un espacio vital no menor del que ya ocupan, acorde con las necesidades habitacionales de las familias que habitan en San Miguel Amantla, de ahí su oposición al programa de regularización de la tenencia de la tierra, con una lotificación menor o igual a los 70 metros

cuadrados que pretende imponer el Estado en su colonia, -- no solamente por el hecho ilegal de dicha medida, sino -- porque desconoce las condiciones de la vivienda actuales y específicas en las que viven los habitantes de San Miguel Amantla y sus necesidades en el futuro, reforzando -- el programa de regularización hacia el hacinamiento.

## II.- DESARROLLO DEL MOVIMIENTO DE LOS COLONOS E INQUILINOS DEMOCRATICOS DE SAN MIGUEL AMANTLA.

La Asociación Civil de Colonos e Inquilinos Democráticos de San Miguel Amantla (ACCIDSMA), es una pequeña organización de habitantes de esa colonia, compuesto mayoritariamente por colonos marginados todavía por un pequeño sector de arrendatarios; su origen es relativamente reciente, pues fue creado hacia fines de 1978, después de la disolución priísta del lugar. Desde entonces se ha caracterizado su independencia política del Estado pudiendo decirse que es hasta el momento la única organización integrada al aparato de dominación oficial en Azcapotzalco.

Esta independencia política le ha permitido integrarse al movimiento Urbano Popular a través de su pertenencia a la CONAMUP, así como vincularse a otras fuerzas sociales y políticas independientes.

Actualmente la ACCIDSMA se opone a la política urbana del Estado, particularmente, al programa de regularización de la tenencia del suelo que las autoridades de la Delegación de Azcapotzalco está llevando a la práctica en varias colonias populares del área.

Sus demandas fundamentales son: Por una parte -- la regularización de la posesión del suelo en 120 metros-

cuadrados, porque como acabamos de mostrar en el apartado anterior, estos corresponden a sus necesidades mínimas en espacio en función de su tenencia hacia el haciamiento.

La otra demanda fundamental, de carácter político, es el respeto y el reconocimiento a la autonomía de su organización y de sus representantes. En menor medida, la introducción de algunos servicios públicos de que carecen. Como método de lucha para consecución de sus demandas utilizan la movilización de su base social y no de mera gestión burocrática de ésta.

He aquí el desarrollo de su movimiento desde el tiempo de poblamiento del sector que hoy ocupa ACCIDSMA, a principios de los años sesentas hasta octubre de 1981, debido en varios periodos y fases, por la presencia de determinados factores y elementos cualitativos distintivos.

#### ANTECEDENTES.

Esta parte del presente artículo, cubre sucintamente un periodo del movimiento de los Colonos e Inquilinos Democráticos de San Miguel Amantla, que abarca desde el momento del poblamiento del sector, que es la base territorial de la actual Asociación Civil, a principios de los años sesentas, hasta fines de 1978; en este se da cuenta de la aparición y funcionamiento de la organiza---

ción priista de la cual se desprendería la ACCIDSMA y de algunos hechos relevantes que condicionarían el desarrollo futuro de la lucha de los Colonos e Inquilinos Democráticos de San Miguel Amantla.

La Asociación Civil de los Colonos e Inquilinos Democráticos tiene como zona de influencia en la actualidad, a sólo un sector de la Colonia de San Miguel Amantla; este sector se formó a principios de los años sesentas y cubrió las partes norte y noroeste de dicha Colonia.

Hacia 1964 los posibles propietarios del lugar empezaron a promover su ocupación, ofreciendo la promesa verbal de la venta de los terrenos. Aquellas personas -- pusieron como condición para celebrar el convenio de compra-venta, un contrato previo de arrendamiento por un año. De este modo gracias a su trabajo de acondicionamiento -- y de autoconstrucción de sus primeros habitantes, se eligieron las primeras viviendas de esta zona.

De hecho el conjunto de los nuevos habitantes de ese sector de San Miguel Amantla se convirtieron en inquilinos, porque tanto como los que no lo hicieron estuvieron de acuerdo en pagar diversas sumas de dinero por concepto de rentas de los terrenos que ocupaban, por considerar que esto les daba seguridad en la posesión de -- sus lotes. Por 1972, habían logrado ya mediante su pro--

pio trabajo, la introducción de algunos servicios públicos en partes del sector.

En 1974 se producirá un hecho significativo dentro de la lucha de los colonos de San Miguel Amantla a instancias de la entonces Procuraduría de Colonias Populares del D.D.F., se realizaron las primeras pláticas colectivas con los autonombrados propietarios del lugar, con el fin de llegar a negociaciones de compraventa de los terrenos. En estas reuniones los supuestos dueños del sector no presentaron documentos que los acreditaran como los legítimos propietarios de esta zona. Por recomendación al parecer de la propia Procuraduría de Colonias Populares del D.D.F., sus habitantes deciden llegar a la huelga de pagos contra los desidentes dueños, como una forma de presión para obligarlos a que les vendieran los terrenos.

Con esta acción de la huelga de pagos, el total de las 350 familias apuntadas inicialmente como inquilinos en el sector, cambiarían con el transcurso del tiempo su "status" habitacional convirtiéndose en posesionarios del suelo en el que actualmente viven, condición en la apropiación de la tierra que el Estado no les ha reconocido hasta la fecha, a pesar de que quienes han dado valor a los terrenos del lugar han sido los ahora poseedores de los mismos, con su trabajo.

La principal detentadora de terrenos en esa zona de San Miguel Amantla, es la Señora Alejandra Aja de Cáceres, de nacionalidad española, que además de afirmar tener propiedad sobre varias áreas de vivienda, se ostenta como dueña de un terreno baldío de 15.700 metros cuadrados, que se ha convertido en la principal demanda de espacio de los Colonos Democráticos, además del que ya ocupan, que es insuficiente debido a su tenencia hacia el hacinamiento.

Entre tanto, en 1968 se formó una organización vecinal, supuestamente para lograr la definitividad en la posesión de los lotes; esta organización pertenecía al PRI y su Presidenta era la Sra. Natalia Yañez López. Esta persona se había convertido en la representante de los habitantes de sector, estableciendo con ellos, las conocidas relaciones de "padrinazgo" de este tipo de líderes con sus clientelas vecinales. A cambio de la renovada promesa de obtener la propiedad de sus lotes los vecinos le cedían determinadas cantidades de dinero por concepto de cuotas; además esta señora realizaba la práctica de traspasar la posesión de los lotes, por los que le cobraba cantidades mayores de dinero. El papel que cumplía eficazmente esta señora era el de "estimular la participación ciudadana" de los vecinos del sector, movilizándolos para el "acarreo político" y llevándolos a algunos actos de su partido o del gobierno.



A mediados de los años setentas se produce lo que se pudiese calificar como alianza entre los diversos líderes priistas de las colonias populares de Azcapotzalco, incluida la señora Natalia Yañez López, con la finalidad de especular conjuntamente con los terrenos todavía aciosos en San Miguel Amantla y en otras colonias de Azcapotzalco y repartirse el incremento de las cuotas generales por una clientela ampliada.

Sin embargo, la organización priista de San Miguel Amantla entraría finalmente a la disolución en 1980.

A fines de 1978, ante el vacío dejado en la dirección de la organización del sector, por el encarcelamiento de la líder priista, se reestructura esta organización vecinal y se registra como una nueva Asociación Civil el 28 de diciembre de ese año denominándose en sus relaciones externas como el Grupo Democrático de San Miguel Amantla. Este estaba formado por dos grupos diferentes que desarrollarían prácticas políticas distintas y que estaban temporalmente unidos por el interés común de desplazar a la señora Natalia Yañez López y sus aliados priistas de la organización.

Por una parte se encontraba el grupo de jóvenes liderados por el señor Noé Mejía Colín, que trataba de superar el economismo y el aislamiento relativo de su organización, principalmente en su vinculación con otras

organizaciones sociales y políticas; asimismo se preocupaba por elevar la concientización y la educación política de su base social mediante diversas actividades en el Centro Social del Barrio, local propiedad de la Delegación de Azcapotzalco.

Por otra parte estaba integrado el Grupo Democrático, por las familias Alcántara y Moreno, que pretendían reducir la actividad de la Asociación en un proceso de disolución debido al descrédito y desprestigio de la gestión de la Sra. Natalia Yañez López, reforzada por la propagandización de los numerosos fraudes cometidos por esta señora y los demás líderes priistas en Azcapotzalco. La autoridad de esa líder priista al interior del sector, - - había sido socavada por la acción crítica que un grupo de jóvenes venía realizando a su gestión. Complementariamente esta señora había dejado de recibir el apoyo de algunas familias, muy ligadas a la Delegación de Azcapotzalco.. Lo que indicaba que también esta era favorable a su recam<sup>bi</sup>o. Esto se confirmaría en septiembre de 1978, en que es encarcelado por fraude, coyuntura que es aprovechada por aquel grupo de jóvenes que coaligado con los miembros de aquellas familias vinculadas con la Delegación de Azcapotzalco, tomaría la representación de los habitantes del -- sector y reestructurarían su organización, democratizándo la.

#### PERIODO DEL GRUPO DEMOCRATICO.

Este es un periodo que va de fines de 1978 hasta abril de 1980; en el mismo se reestructura su organización vecinal y se dan las condiciones para la participación ampliada de su base social. Durante la gestión del llamado grupo Democrático de San Miguel Amantla se configuran prácticas políticas distintas en su dirección que determinarían finalmente su disolución en 1980.

A fines de 1978, ante el vacío dejado en la dirección de la organización del sector, por el encarcelamiento de la líder priísta, se reestructura esta organización vecinal y se registra como una nueva Asociación Civil el 28 de diciembre de ese año, denominándose en sus relaciones externas como el Grupo Democrático de San Miguel Amantla. Esta estaba formada por dos grupos diferentes que desarrollarían prácticas políticas distintas y que estaban temporalmente unidos por el interés común de desplazar a la señora Natalia Yañez López y sus aliados priístas de la organización.

Por una parte se encontraba el grupo de jóvenes liderados por el señor Noé Mejía Colín, que trataba de superar el economicismo y el aislamiento relativo de la organización, principalmente en su vinculación con otras organizaciones sociales y políticas; asimismo se preocupaba por elevar el nivel de concientización y la educación política de su base social mediante diversas actividades en-

el Centro Social del Barrio, local propiedad de la Delegación de Azcapotzalco.

Por otra parte estaba integrado el Grupo Democrático, por las familias Alcantará y Moreno, que pretendían reducir la actividad de la Asociación Civil a la mera gestión burocrática de sus demandas, y que eran la alternativa más viable para los representantes de la Delegación de Azcapotzalco para la continuidad de Control político de la organización, después del desgaste de los líderes priístas en la zona. Estas familias tenían resuelto su problema habitacional, poseyendo cada una más de 6 lotes, por lo que su participación en el grupo democrático era con el interés de afianzar su posición material privilegiada. Las demandas centrales del sector seguirán siendo la regularización de la tenencia de la tierra y la dotación de servicios públicos faltantes.

Este es un período en que una vez expulsados -- los líderes priístas de la organización y pese a las acciones de amedretamiento de éstos en contra de los vecinos del sector, se democratiza su organización y existe una participación masiva de parte de su base social en la vida cotidiana de la nueva Asociación Civil y en sus diferentes tareas. Masas que con anterioridad sólo habían servido como "costal de papas" para la manipulación priísta, como actividad alienadora de su propio interés hig

tórico, veían ante sí la posibilidad de apropiarse de su actividad colectiva y de participar en su orientación general . Es Creado un consultorio médico popular y se imparten cursos de primaria abierta para adultos y otras actividades en el Centro Social de Barrio.

En su relación con el Estado, el grupo democrático es reconocido como legítimo representante de los intereses de los habitantes del sector, por el nuevo Delegado de Azcapotzalco, Licenciado Sergio Martínez Cárdenas que a principios de 1979 reemplazaría al Licenciado-Tulio Hernández en la Jefatura de esa Dependencia.

El Delegado de Azcapotzalco les reconocerá además el carácter de posesionarios de sus lotes a los habitantes del sector. Reconocimiento que posteriormente será denegado una vez que se constituye como agrupación-políticamente independiente.

La unidad de la endeble alianza entre aquel grupo de jóvenes y las familias Alcántará y Moreno se romperá hacia abril de 1980, cuando los miembros de aquellas familias deciden salirse de la organización y constituirse en la llamada oposición a la actual ACCIDSMA, debido a la agudización de las divergencias materiales y políticas entre ambos grupos de Noé Mejía Colín precisa que luchan porque cada familia del sector adquiera un lote en propiedad, demanda que no se ajustaba a los intereses

materiales de aquellas familias, que poseían más de un lote.

De esta manera después de la salida de las familias Alcántara y Moreno del Grupo Democrático, que eran la principal base de sustentación interna del Estado en el Sector, se procede a elegir a los nuevos representantes de la organización, quedando Noé Mejía Colín como Presidente de la misma y abriéndose una nueva Tapa en su lucha.

#### EL PERIODO ACTUAL: LA ASOCIACION DE LOS COLONOS E INQUILINOS DEMOCRATICOS DE SAN MIGUEL AMANTLA.

Es a partir de marzo de 1980 que los colonos de San Miguel Amantla entran en un proceso de radicalización definiendo su independencia política entre los representantes del Estado en la Delegación Político de Azcapotzalco y deslindándose del grupo que hacía el juego a ésta al interior de la colonia. Es en este periodo que se produce la incorporación de algunos inquilinos a su organización; que se trabaja por la consolidación interna de esta y se desarrolla la vinculación de los Colonos Independientes-San Miguel Amantla con otras organizaciones en lucha, - - principalmente la Coordinadora Nacional del Movimiento -- Urbano Popular (CONAMUP).

Este periodo puede dividirse en dos fases, una,

de marzo a noviembre de 1980, caracterizado por el enfrentamiento con la Delegación de Azcapotzalco, con los pseudo-propiedad y propietarios y con el grupo que se le opone al anterior de la colonia; y la segunda, de noviembre de 1981 (fecha en que concluyó esta investigación en la cual el movimiento entra en la fase de acumulación de fuerzas y consolidación jugando un papel muy importante - su pertenencia activa en la CONAMUP y su relación con -- otras organizaciones.

Después de salida de la organización de las familias Alcántara y Moreno, el Estado pierde su base de sustentación interna en el Sector, ya que estas eran su alternativa de continuidad en el control de la organización después de la quiebra de la dirección priista.

Por ello, cuando los colonos independientes solicitan, en abril 1980, a la Delegación, el reconocimiento de sus recién elegidos representantes ésta se negará rotundamente hacerlo, y no solamente eso, sino que respaldará al grupo en la oposición con la finalidad de dividir a los colonos y propiciará una serie de enfrentamientos represivos contra aquellos por medio de desalojos, amenazas y el apoyo a las demandas de desahucio promovidas por algunos pseudopropietarios y rentistas. Una de sus primeras acciones contra los colonos organizados es el quitarles su Centro Social de Barrio.

Un mes más adelante, en mayo, los colonos independientes deciden participar en las elecciones para nombrar comités de manzana, conforme a la convocatoria del D.D.F. para toda la ciudad, con el fin de tener otra instancia legal de lucha desde donde promover la solución de sus demandas, resultando electos jefes de manzana miembros de la Mesa Directiva entre ellos Noé Mejía Colín, quien es nombrado Presidente de la Asociación de Residentes. Contraviniendo esta elección democrática, la Delegación de Azcapotzalco maniobró para que se eligiera a otra persona con el fin de justificar su desconocimiento a la representatividad de la dirección de los colonos democráticos y su organización independiente del Estado. Sin embargo estos se han encargado de hacer valer su representatividad por otros medios, usando la movilización y el apoyo mayoritario de los colonos.

En junio de ese año se inicia una ofensiva en contra de varios vecinos del sector por parte de los sedicentes propietarios apoyados por el Buffete Jurídico Gratuito creado por la Delegación de Azcapotzalco con la supuesta finalidad de proteger a las personas de escasos recursos.

La ofensiva se ejerce por medio de demandas de desalojo de varios inquilinos, en algunos casos en forma violenta.



Esto motiva una amplia reacción defensiva de los colonos, quienes envían a la Presidencia de la República en comunicado en contra de los desalojos en donde se precisan sus demandas centrales.

1.- Que otorguen lotes de 120 metros cuadrados porque las disposiciones legales al respecto así lo determinan y así lo requiere sus necesidades. Así como por el hecho de que dentro del sector existe el terreno de 15,700 metros cuadrados que permitiría dar salida a esta demanda.

2.- Que el precio de venta de los terrenos sea accesible a su capacidad económica, ya que ellos fueron quienes les han dado valor a estos terrenos (en ese tiempo están en posibilidad de pagar a \$200.00 el metro cuadrado).

3.- Que se les otorguen facilidades de pago. En este punto se pide que el enganche sea como máximo de \$5,000.00 y pagar el resto en un plazo de 5 años.

4.- Que no se apliquen retroactivamente el pago de impuestos, en este caso el pago de impuesto predial, sino a partir de que sean los legítimos dueños de esos terrenos.

5.- Que se condonen las rentas atrasadas, "porque nosotros no tenemos la culpa de que los supuestos propietarios de los terrenos no hayan podido cobrar en la Nacional Financiera las rentas que se depositaron a su favor, quizá por no tener su documentación en regla.

La respuesta de la Delegación sería anunciar que a San Miguel Amantla no se la incluirá dentro del programa-llevado a cabo por la Oficina de Regularización de la Tenencia de la tierra en Azcapotzalco. Sin embargo, a principios de agosto ofrece regularizar lotes con superficies máxima de 90 metros cuadrados y la construcción de andadores de 5 m. ancho para sólo 35 familias ( o sea el 10% del total involucrados en el problema).

Los colonos Democráticos empiezan a discutir la -conveniencia de demandar la expropiación como forma alternativa de la Delegación, la cual además comienza a utilizar la introducción de servicios para intentar debilitarlos ya que mientras a ellos se les niega la introducción del agua domiciliaria "por estar asentados en terrenos no regularizados", el propio delegado Sergio Martínez Cárdenas aprobó la introducción de tomas domiciliarias en los lotes también irregulares, de los colonos de la oposición.

A las relaciones tensas con la Delegación de Azcapotzalco los colonos democráticos sumaban en su contra la acción mediatizadora e incluso violenta de la oposición la cual llega a provocar enfrentamientos durante 1980.

Por otro lado, se da un hecho importante cuando algunos inquilinos de Sector, buscando defenderse del alza de las rentas y las amenazas de desahucio se integran a la organización independiente la cual incluso se rees--

structoró con el nombre de Asociación Civil de Colonos e Inquilinos Democráticos de San Miguel Amantla (ACCIDSMA).

A principios de 1981, la Delegación de Azcapotzalco, inicia su política de sucesivas reducciones a la regularización haciendo una segunda propuesta condicionada a tan sólo 80 metros cuadrados por lote a un costo de \$600.00 con enganche de 10%, cubriendo el resto en 24 mensualidades, con un costo total de \$48,000.00. Esta propuesta fue rechazada por los colonos democráticos el 13 de enero en una audiencia con el Delegado Martínez Cárdenas.

Ese mismo mes los colonos insisten en la introducción de servicios públicos. Cuando una comisión vuelve a hablar con el Delegado éste les responde que mientras no haya regularizaciones bajo sus condiciones no habría agua y pide respuesta para su propuesta de regularizar 35 lotes, pero ahora a un precio de \$60,000.00 y con un 20% de enganche.

Como alternativa a la propuesta desventajosa del Delegado, los colonos Democráticos en asamblea extraordinaria deciden el 8 de febrero promover la expropiación -- por causa de utilidad pública de los terrenos que actualmente ocupan en forma irregular, incluyendo además el terreno baldío 15,700 metros cuadrados reclamado por la Sra. Ana de Cáceres.

La Delegación congela toda la relación con San Miguel Amantla hasta principios de marzo en que finalmente les impondrían peores condiciones aún. Por otro lado, se queja ante la prensa de pseudo líderes que intentan alborotar a los vecinos de Azcapotzalco en clara alusión al dirigente del ACCIDSMA, Noé Mejía Colín.

El movimiento de los Colonos Democráticos entre en ese momento en un impase en su relación con el Estado; este tiempo es aprovechado para reforzar el trabajo interno de la organización, darle difusión a su lucha y lograr alianzas con otras organizaciones, tales como los colonos de Ticomán y Vista Hermosa y el Frente Nacional de Abogados Democráticos (FNAD).

Más importante aún, la ACCIDSMA asiste al II Encuentro Nacional de Movimientos Populares de Durango, Dgo. en abril. En este encuentro, continuación del primero, -- realizado en Monterrey, N.L., en mayo de 1980 al que los colonos de San Miguel Amantla también habían asistido, la ACCIDSMA decide participar activamente en la construcción de la Coordinadora Nacional del Movimiento Urbano Popular. Este acontecimiento le dará nuevas perspectivas al movimiento de los colonos e inquilinos de San Miguel Amantla.

Mientras tanto, el Delegado reubica a 8 familias y manifiesta el día de la entrega oficial de estos lotes, que "el que quiera y el que no tiene que someterse a los-

80 metros cuadrados que la Delegación le va a dar". Esta obra llamada oficialmente "Andador Tamaulipas", fue rebautizada más tarde "Vecindad del Desengaño" por los vecinos defraudados por la carencia de los servicios prometidos-- y por los altos costos de construcción. Aún más, 16 de -- mayo, se lleva a cabo la regularización de una antigua -- vecindad otorgando la Delegación lotes de ínfimo tamaño;- 51 y 70 metros cuadrados.

La reducción en 70 metros cuadrados del programa estatal en que esta de regularización de la tenencia, se- ra la propuesta definitiva para el Resto de la zona irre- gular, que hará la Delegación de Azcapotzalco a los colo- nos democráticos.

La Delegación de Azcapotzalco implementaría al mis- mo tiempo, programas semejantes de regularización de la - posesión de suelo, en varias colonias populares de su ju- risdicción: Las Trancas, San Bartolo Cahualtongo, El Ja-- guey y otros, encontrando la oposición de sus habitantes.

Buscando la división de los colonos, Martínez - - Cárdenas utilizó estas acciones de regularización como - muestra de que tarde o temprano los habitantes de San Mi- guel Amantla tendrían que legalizar sus lotes en las con- diciones que él imponía a la oposición y otorgando inclu- so dos lotes a uno de los vecinos que apoyaban a la ACCIDS MA para desmovilizar a los colonos.

Éstos objetivos fueron logrados parcialmente durante un descenso de la participación de los colonos.

Sin embargo, los colonos Democráticos comienzan a discutir la alternativa de la demanda de descripción positiva con asesoría del FNAD. En Junio, formaron una comisión para solicitar nuevamente la introducción de agua -- en algunas viviendas, aunque la Delegación se niega nuevamente a reconocer la representatividad de la ACCIDSMA, -- las insistentes presiones de ésta, logran finalmente su objetivo. En esa ocasión les es reiterada la propuesta de regularización de lotes de 70 metros cuadrados, siendo -- nuevamente discutida y rechazada por el Consejo Directivo de la Asociación.

Ante la decisión de la ACCIDSMA de rechazar la -- continuación y extensión del programa oficial de regularización en el sector, el Delegado Sergio Martínez Cárdenas, hizo agrias declaraciones a la prensa dejando traslucir que el esfuerzo de la Asociación por detener el injusto programa iba encontrando eco en los demás colonos del sector, inclinándose la balanza, no sin dificultades, a favor de ésta.

Los ataques del Delegado, pasaron del terreno declarativo a los hechos, apoyando el aumento de las demandas de desahucio de los propietarios en contra de los -- arrendatarios por medio del Bufete de Asesoría Jurídica.

Gratuita de la Delegación. Por parte de los colonos del sector se comprometieron en asamblea general a defender a los inquilinos en caso de intento de desalojo violento.

Durante el mes de Junio los Colonos Democráticos entraron de lleno en la dinámica de coordinación y movilización acordada en la CONAMUP; representantes de estos asistieron a las reuniones nacionales y regionales de LA CONAMUP, en la marcha del 10 de junio se integraron al contingente de la Coordinadora Nacional.

A través de su relación con el movimiento urbano-popular del Valle de México, la ACCIDSMA sale de su aislamiento y se involucra cada vez más en el proceso de la lucha nacional. De este modo participa en la concentración convocada en el zócalo por la Coordinadora Regional del Valle de México de la CONAMUP, con el fin de presionar al D.D.F. para que resolviera las demandas de las distintas colonias. El contingente de San Miguel Amantla era de 50 colonos. Se formó una comisión de representantes de las diferentes organizaciones asistentes que fué recibida por el Director de Servicios y Obras Públicas del D.D.F., ante quienes denunciaron la política de regularización de la Delegación de Azcapotzalco.

Por medio de su relación con otras organizaciones del D.F. ACCIDSMA comprueba también, que las políticas de regularización antipopulares y la complicidad entre-

autoridades, propietarios y el capital inmobiliario, así como los planes y programas de desarrollo urbano que favorecen la especulación de la tierra son un rasgo común en todas las delegaciones del D.F.

Durante el mes de julio la ACCIDSMA entra en -- una etapa de reanimación. El 23 de julio se realiza por primera vez en San Miguel Amantla y en Azcapotzalco una marcha protagonizada por la CANAMUP. El movimiento urbano-popular desfila por vez primera por las calles de la delegación ante una población exceptica y despolitizada en su mayoría . Esta marcha contó con el apoyo del Sindicato de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana.

Durante las negociaciones con los representantes de la Delegación y después de álgida discusión en la cual esto sólo aceptaban reconocer las demandas canalizadas-- a través de la junta de Vecinos, los colonos lograron -- finalmente el reconocimiento de la ACCIDSMA y de su di-- rección . Ante el rechazo de su programa de regulariza-- ción con 70 metros cuadrados, la Delegación argumento -- que no existían terrenos ociosos disponibles y que el -- terreno de 15.700 metros cuadrados estaba hipotecado, -- por lo que no había más alternativas para los colonos.

A partir de la movilización del 23 de julio, el movimiento más amplio, el de los habitantes pobres y ---



oprimidos de la ciudad, superando la dinámica localista-- de su lucha. Hay un repunte en la asistencia a las Asam-- bleas y a las tareas de organización.

El sábado 22 de agosto, la ACCIDSMA, es la sede-- la IV Reunión de la Coordinadora Regional del Valle de -- México de la CONAMUP, la cual se desarrollo con éxito; -- aunque en la colonia existió un contexto de provocaciones primero y de búsqueda de atracción de los colonos hacia-- el proyecto de regularización oficial después. Las prime-- ras se concretan tanto mediante demolición de parte de -- una vivienda, (en donde el Sr. Enrique Villanueva vivía-- amparado ante una demanda de deshaucio) como a través del semiderrumba de la pared del terreno baldío de 15,700 - - metros cuadrados.

El 25 de agosto, en audiencia ante más de 120 -- jefes de familia convocados con carácter urgente por el - delegado con el propósito de hacerles extensiva la propues-- ta de regularización de su zona, Sergio Martínez los llama por última vez a aceptar la regularización en los 70 me-- tros cuadrados, pide "confianza y sacrificio" y para -- empezar con esto, el desalojo temporal de la zona irregu-- lar por 2 meses; mientras que algunas familias de la oposi-- ción aceptan de inmediato, los colonos democráticos y sus-- asesores jurídicos exigen el contrato de compra-venta para su estudio y se salen dejando prácticamente vacío el salón de audiencias.

El proyecto de compra-venta sería interesante -- analizado en varias reuniones de los colonos, intentando se organizativamente una modalidad inusual de la Asociación Civil, sería necesario impulsar en el futuro: la de su discusión en asambleas por manzana.

Del análisis de dicho documento se desprendieron-- las siguientes observaciones:

1.- En ese proyecto, el Delegado de Azcapotzalco-- en forma personal parece como representante e irrevoca-- ble de los propietarios, lo que puede permitir su injeren-- cia en la colonia, aún después de terminado su periodo - en esa dependencia.

No se da libertad de utilizar la vivienda para -- otro fin que no sea habitacional mientras se paga, perju-- dicando de este modo a los trabajadores independientes-- dueños de pequeños talleres, artesanos y asalariados de-- éstos, así como pequeños comerciantes.

En la Asamblea del 8 de septiembre se resuelve re-- chazar el convenio que propone la Delegación por no satis-- facer sus necesidades habitacionales y se acuerda, así -- mismo rechazar la posible lotificación a más de uno de -- los miembros de las familias Alcantará y Moreno. Conclu-- yendo con la convicción, ilustrativa de las nuevas actitu-- des políticas de los colonos de "no tener miedo al Dele-- gado" y de que en caso de que éste no quiera discutir ---

con sus representantes, no entablar ninguna negociación-- con él.

Después de estos sucesos el movimiento entra en -- un relativo estancamiento al interior . El Delegado, cauto después de la movilización de los colonos, se abstiene por el momento de actuar, como no sea dando pequeñas concesiones secundarias, esperando hacer languidecer las presiones de la organización.

La ACCIDSMA., a su vez entró en un periodo intenso de actividades en la Coordinadora Nacional y en su vinculación externa con otras organizaciones en general.. Después de la reunión realizada en San Miguel Amantla, los colonos participan en marchas de apoyo a otras organizaciones urbanas y en las concentraciones en el zócalo concavadas por la CONAMUP; toman parte en foros y marchas -- contra la represión y en solidaridad con la Revolución Salvadoreña; intercambian experiencias de masas a masas con la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo y participar en asambleas de zona, región y nacionales de la CONAMUP.

Este simple vistaso da cuenta de la intensa actividad desplegados por la ACCIDSMA, dentro del Movimiento-Urbano Popular y su integración decidida a los trabajadores de construcción de la Coordinadora Nacional en sus -- diferentes niveles.

En lo interno, los colonos e inquilinos democráticos de San Miguel Amantla buscan la asesoría técnico-jurídico del Servicio Social de la División de CBI y del Departamento de Derecho de la UNAM Azcapotzalco para la formulación de un Plan Alternativo de Urbanización y de Regularización de la tenencia de la tierra en ese sector de San Miguel Amantla, como un apoyo en la lucha por sus demandas.

#### CONCLUSIONES.

La política Urbana del Estado en Azcapotzalco, principalmente la relacionada con la vivienda popular, se ha caracterizado por imponer autoritariamente un programa de regularización de la tenencia de la tierra y de regeneración urbana parcial, insuficiente y costoso, puesto que no satisface las necesidades habitacionales y sociales de los habitantes de las colonias populares donde se ha implementado. Esta política, de hecho, reproduce y consolida el hacinamiento en el habitat popular del área y favorece la especulación con el precio del suelo y la búsqueda de ganancias para el capital inmobiliario y los casatinentes urbanos. Es de hacerse notar también, la complicidad de las autoridades delegacionales con éstos últimos, en particular, la actuación del Delegado de Azcapotzalco quien actuando como juez y parte, aceptó ser apoderado de varios dueños de terrenos en San Miguel Amantla.

El desarrollo de la lucha de los vecinos de la colonia por sus intereses, provocó primero la ruptura con el PRI y sus líderes locales y más tarde el deslinde con las familias que se apoyaban en la Delegación para permanecer como acaparadores de loresm llegando a plantearse - la necesidad de construir una organización democrática -- e independiente.

La Asociación Civil de Colonos e Inquilinos Democráticos de San Miguel Amantla ha venido luchando desde -- su creación en 1978, contra las formas de dominación política propias de los aparatos de control estatal y contra las prácticas corruptas, los compromisos y compadrazgos - de los líderes oficiales a espaldas de las bases.

Son varios los rasgos que han distinguido su acción de entre el resto de las organizaciones populares en la Delegación:

- 1.- El desarrollo de formas de organizaciones democráticas.
- 2.- El haber encontrado su principal forma de lucha en la movilización de masas.
- 3.- El acompañar a ésta de negociaciones en las cuales se presentan proyectos alternativos claros, con asesoría técnica y legal de grupos universitarios, sindicatos y grupos de apoyo.

4).- El desarrollar la solidaridad entre otras organizaciones urbano populares, principalmente de la CONAMUP a la cual esta integrada para fortalecer tanto la -- lucha a nivel local, como al movimiento urbano popular en su conjunto.

La búsqueda de mayores perspectivas para el avance del movimiento urbano en San Miguel Amantla, presentará varias cuestiones que estarán planteadas seguramente para los colonos través del proceso mismo de lucha, estas son:

La necesidad de lograr una mayor influencia al interior de la colonia, impulsando principalmente la organización del numeroso sector inquilinario.

La necesidad de profundizar las formas actuales de organización dando un mayor impulso a la participación de las bases y a su aprendizaje en la toma colectiva de decisiones distintos niveles, desarrollando prácticas políticas e ideológicas proletarias en el seno de su organización.

La importancia de continuar participando en un proceso más amplio de lucha, ligándose a los intereses del conjunto de las fuerzas populares y en particular del proletariado industrial, debido a la gran presencia de éste en la zona.

### III.- "INFORMACION O CONSEJOS PARA LA COMUNIDAD"

Con la esperanza de ayudarle a usted a entender y solucionar en que ambos nos vemos enfrentados para mantener su salud oral, le ofrecemos un resumen de los hechos más importantes relacionados con la caries dental.

Caries dental es la enfermedad más común que afecta al hombre, más difundida aún que el simple resfrío. A pesar de este hecho, no podemos decir todavía que conocemos totalmente los factores que intervienen en causarla o prevenirla. Debido a que existen algunos factores desconocidos ó no bien comprendidos, es que han surgido algunos conceptos o informaciones erróneas referentes a la caries dental. A continuación le daré una lista de alguno de los errores más comunes que circulan en la boca de los pacientes, con la advertencia de que todos y cada uno de ellos son FALSOS.

- 1.- Si sus padres tenían dientes de mala calidad, los suyos también lo serán.
- 2.- El simple cepillo de los dientes, eliminará definitivamente la caries.
- 3.- El beber leche evita toda caries.
- 4.- Las madres pierden un diente por cada hijo que nace.
- 5.- El dentista inicia la caries porque raspa los-

- dientes cuando hace la limpieza.
- 6.- La alimentación no tiene ningún efecto sobre la caries.
  - 7.- No vale la pena obturar algunos dientes por-- que las obturaciones "siempre se caen".
  - 8.- Algunos dientes son tan blancos que no vale-- la pena arreglarlos.
  - 9.- Algunos dientes se caerán totalmente en pocos días.
  10. - Algunas pastas dentrificas detienen totalmen-- te la caries dental.
  - 11.- Los tratamientos con fluor evitan la caries-- en un 100% de los casos.
  - 12.- La caries comienza dentro del diente y de ahí hacia afuera.

Por supuesto que cualquier otra frase de la odon-- tología puede ser encaminada a hacer meditar a muchos - - pacientes como serían los métodos para el control de hi-- dratos de carbono, por ejemplo:

#### CONTROL DE HIDRATOS DE CARBONO O AZUCARES.

Puesto que los bocados entre comidas poseen las -- fuentes primordiales de exceso de azúcares, y puesto que-- una dieta apropiada consumida en las horas de comida exclu-- ye los azúcares excesivos, es posible tratar un programa-- dietético para la prevención de la caries dental sobre --



bases simples.

1.- Evite los bocaditos entre comidas. No estimule el comer, beber, chupar o mascar en otros momentos -- que no sean regularmente establecidos para las comidas.

2.- No estimule el uso de la leche chocolatada o jugos saporificantes para la leche entera, especialmente en los programas lácteos escolares.

3.- Eliminar la ingestión de cualquier alimento antes de ir a la cama.

4.- Establezca mascar chicle. En tanto que mantenga azúcar, es una fuente potencial de caries.

5.- Evite los postres dulces a menos que sea posible la higiene bucal inmediatamente después de comer.

Las bebidas gaseosas, con sabores artificiales y sin azúcar, pueden satisfacer a los jovencitos sedientos.

Es conveniente que se den circulares a los padres de familia como los ejemplos anteriores. Se les puede agregar frases como estas: "Estaré agradecido si permanece callado mientras trabajo con su niño", "No engañe al niño con falsedades", "Permanecer en la sala de recepción en su mayor colaboración".

Parece a simple vista que el surgir estas frases nos ensañemos contra los padres, pero la idea no es tal.-

es solamente poner al descubierto sus normas perjudiciales en nuestros consultorios. Ellos, aunque sean sus padres, muchas veces alteran la paciencia del niño, pero no lo comprenden.

#### SUGERENCIA DE PLATICAS EN EL CONSULTORIO.

Las pláticas de educación dental, nos damos cuenta que son necesarias, al analizar el tiempo que perdemos en cada paciente al presentarle su plan de tratamiento.

La solución ideal a este problema sería, pasar al paciente a la sala educativa antes de que vea al odontólogo, pero desgraciadamente esta solución nos da otro problema.

En México, no tenemos personas capacitadas para dar educación dental. Nosotros debemos de enseñar a la higienista o alguna persona que se dedique exclusivamente a esto, si queremos que la educación dental se imparta diariamente.

Otra forma, es dar la educación dental el mismo Odontólogo, un día a la semana a una hora determinada y a un número suficiente de pacientes, para aprovechar al máximo nuestro propósito.

Los temas que se exponen a los pacientes deben estar bien planeados. Los cuales se pueden desarrollar con-

forme a una guía hecha a expreso y relacionar las ideas con películas dispositivas o casos naturales que vayan -- objetivizando las ideas. La razón es importante para -- hacer estas pláticas audiovisuales: La mayoría de nues -- tros pacientes. son completamente ajenos a los términos -- tratamientos, técnicas y demás estados odontológicos que -- es necesario hacer palpar nuestras ideas para que las com -- prendan y las memoricen ya sea para el futuro o para trans -- mitirlas a familias o amigos.

Al exponer las pláticas educativas es importante -- separar los niños de los adultos. De esta forma nos pode -- mos colocar a la altura del entendimiento de los niños -- sin aburrir a los adultos o viceversa.

Temas de interés que se pueden tomar en cuenta en -- un programa de educación y prevención dental.

Temas para pláticas de educación a padres de fami -- lia:

- 1.- Cronología de la dentición.
- 2.- Caries dental y sus consecuencias.
- 3.- Cómo prevenir la caries dental.
- 4.- Enfermedad parodontal y como prevenirla.
- 5.- Vista panorámica sobre que es la odontología.

Temas para pláticas de educación a niños.

- a).- Hidratos de carbono.

- b).- Fluor.
- c).- Técnica de cepillado.
- d).- Porque debemos asistir al consultorio -- dental frecuentemente.
- e).- Presentación en general del consultorio- preguntas y respuestas.

El odontólogo en su programa de educación y - prevención dental, puede llevarlo a cabo cada ocho días ó de acuerdo como el Odontólogo prefiere llevar su ciclo.

Sugerencia de temas a tratar en cada plática, respectivamente.

Para niños:

- 1.- Caries y técnica de cepillado.
- 2.- ¿ Qué hace el cirujano Dentista?. Presentación del consultorio.
- 3.- Cómo prevenir la caries dental.

Para Madres:

- 1.- Esbozar una idea acerca de las pláticas.
- 2.- Una guía para nuestras pláticas.
- 3.- Rebatir falsas ideas. Dudas que quieran - aclarar.
- 4.- ¿Cuál es la importancia de cuidar el molar de los 6 años?.

Antes de impartir las pláticas es importante formar un ambiente donde exista confianza, presentado uno con otro y uno mismo presentarse como amigo.

1- En el tema Caries y técnica de cepillado para niños, el objetivo es: el que aprendan el significado de caries, de esta manera si un niño entiende bien la enfermedad que sufren los dientes por falta de aseo, ese niño no necesita la constante exigencia de su madre para cuyo tema es "Que hace el Cirujano Dentista". Presentación del Consultorio.

Para que los pacientes comprendan el cometido del Cirujano Dentista, se le puede recordar la enfermedad más común que invade a los dientes: La caries, hacerles ver que una vez que la caries se presenta en los dientes, solamente por medio de un aparato especial se puede eliminar. La persona indicada para quitar la caries es el Cirujano Dentista.

Además, ésta persona es quien descubre caries "escondida" y aunque no molestan, en ocasiones son necesarias eliminarlas, por lo que deben frecuentar al Odontólogo, para que les evite molestias posteriores, y prevengan otras enfermedades como pueden ser las parodontopatías, etc.

Para presentar el consultorio, primero se puede explicar en forma somera, como se va removiendo la dentina cariosa, mencionando los instrumentos y aparatos que se usan como cucharilla, espejo, fresas, lampara, pinza, de curación, etc. Y por último cómo se obturan los órganos cuando han quedado limpios de caries.

Una vez en el consultorio se les puede mostrar objetivamente los instrumentos y aparatos que se encuentran a la vista, se pueden hacer funcionar la pieza de mano para que se familiaricen.

#### 11.- Una guía para nuestras pláticas.

En una segunda plática, se les puede dar una guía de los temas por tratar que pueden ser los siguientes:

- 1.- El diente sano y sus tejidos de sosten.
- 2.- Cómo comienza y avanza la caries.
- 3.- Enfermedad periodontal.
- 4.- Cuando falta un diente.
- 5.- Mal oclusión.
- 6.- Porque son necesarios los exámenes con rayos X.
- 7.- Restauraciones típicas de las superficies dentales.
- 8.- Así es cómo las restauraciones dentales mejorarán las apariencias.
- 9.- Procedimientos preventivos en el consultorio-

Odontológicos.

10.- Indicaciones para proteger la salud de --  
dientes y encías.

Algunos consejos a los padres de Familia, que se pueden dar en forma masiva, por otros medios o individualmente.

1.- Aconsejar a los padres de familia, no manifiestan sus propios temores frente al niño . Para aquellos padres que temen ellos mismos el tratamiento dental, es preciso hacerles notar que la anestesia moderna, nuestro mejor conocimiento del manejo del niño y la superación de la técnica operatoria, determina que ningún niño tiene que temer al tratamiento dental.

2.- Aconsejar al padre que nunca amenace al niño con la odontología como castigo.

3.- Aconsejar a los padres lleven a sus hijos cuando estos se encuentren en algún tratamiento dental para que se familiaricen. El odontologo por otro lado, deberá enseñarle el consultorio y hacerse amigo del pequeño.

4.- Explicar al padre que un desplique visible de valor en cuestiones dentales, les dará coraje al niño, existe una correlación entre los temores paternos y los del niño.

5.- Aconsejar que el medio hogareño conveniente y la importancia de las actividades modernas nos dá como resultado un buen paciente dental.

6.- Recalcar a los padres el valor de un cuidado dental regular, no sólo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, sino por la formación de buenos pacientes.

7.- Aconsejar que nunca se debe sobornar a los niños con el Odontólogo.

8.- Se instruirá a los padres para no avergonzarse o ridiculizar a sus hijos para dominar su temor al tratamiento dental.

9.- El padre debe prevenir ó remedir todas las impresiones perjudiciales odontológicas fuera de la casa.

10.- El padre no debe asegurar el niño qué hará o que no hará el Odontólogo. Nunca debe prometer que el dentista no les hará nada, pues el mentir sólo lleva a decepciones y desconfianza.

11.- Varios días antes de la cita, el padre deberá saber que tendrá que llevar en forma como casual a decirle al niño que ha sido invitado a visitar al dentista.



12.- El padre deberá confiar al niño al cuidado-- del dentista una vez que ha llegado al consultorio y no-- debe entrar a la sala de tratamiento a menos que así se-- lo solicite el Odontólogo.

Es necesario que el Cirujano Dentista, se preocupe por educar a la gente, ya que de nada servirá que la - Odontología siga obteniendo adelantos, sin ellos no los - conocen y no le dan el valor que realmente tienen.

#### IV.- GRAFICAS DE PORCENTAJES DE ENFERMEDADES BUCALES EN- LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL AMANTLA.

A continuación exponemos las siguientes gráficas con respecto a los problemas de caries y enfermedad periodontal, así como cantidad de dientes que han sido obturados, cantidad de dientes que han sido extraídos por diferentes causas, malposiciones dentarias.

Este estudio se llevó a cabo en la comunidad de -- San Miguel Amantla, Municipio de Azcapotzalco.

La población estudiada es la comprendida en las -- siguientes edades:

Niños ambos sexos de 5 a 10 años de edad.

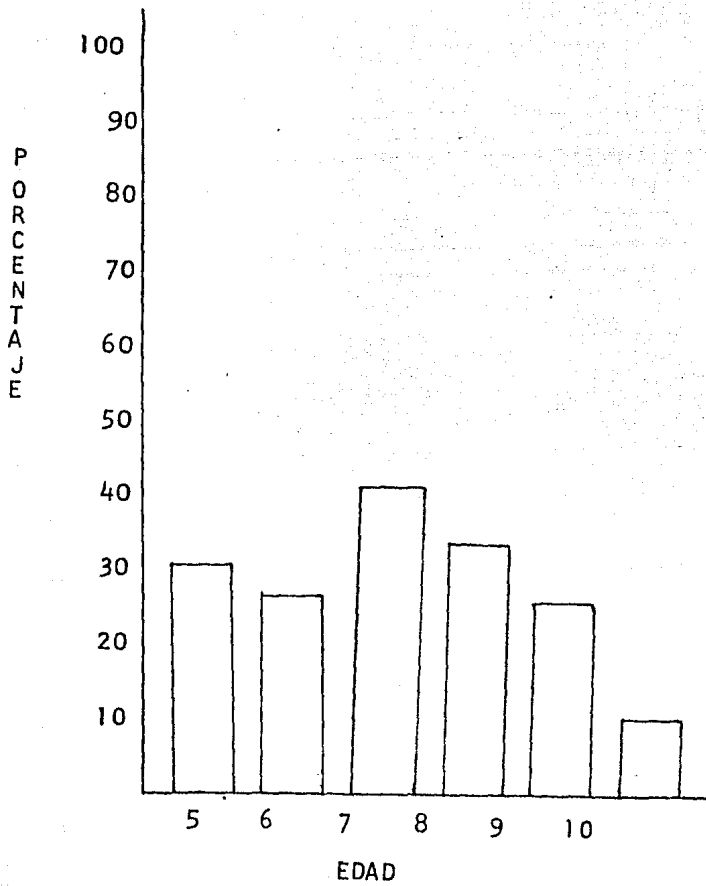
Adolescentes ambos sexos de 11 a 16 años de edad.

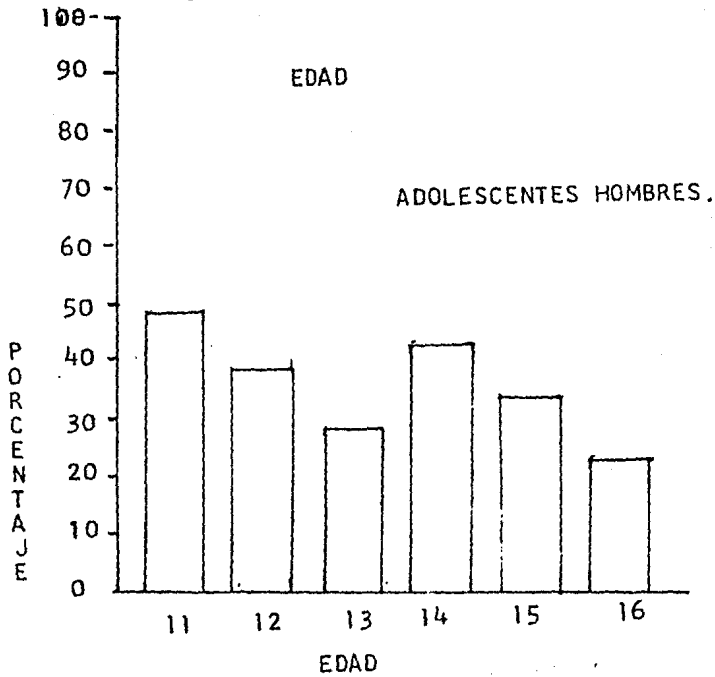
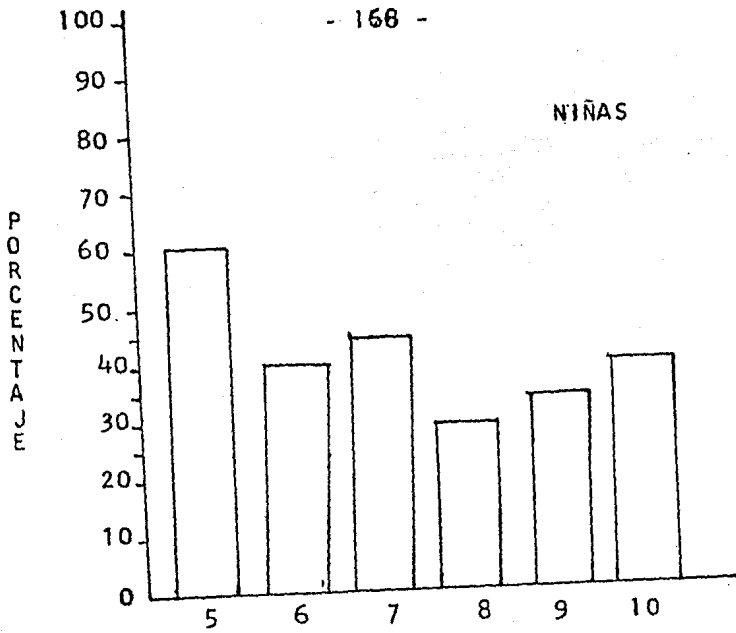
Adultos ambos sexos de 17 años en adelante.

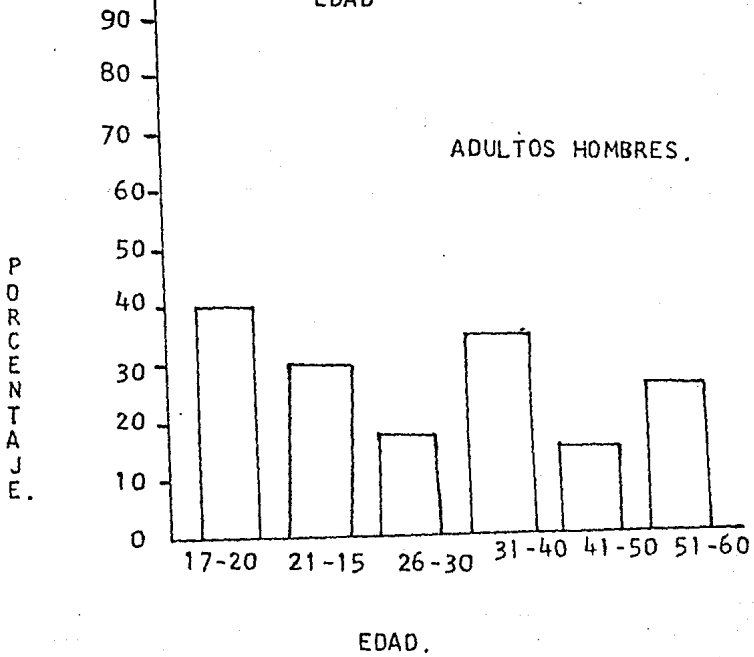
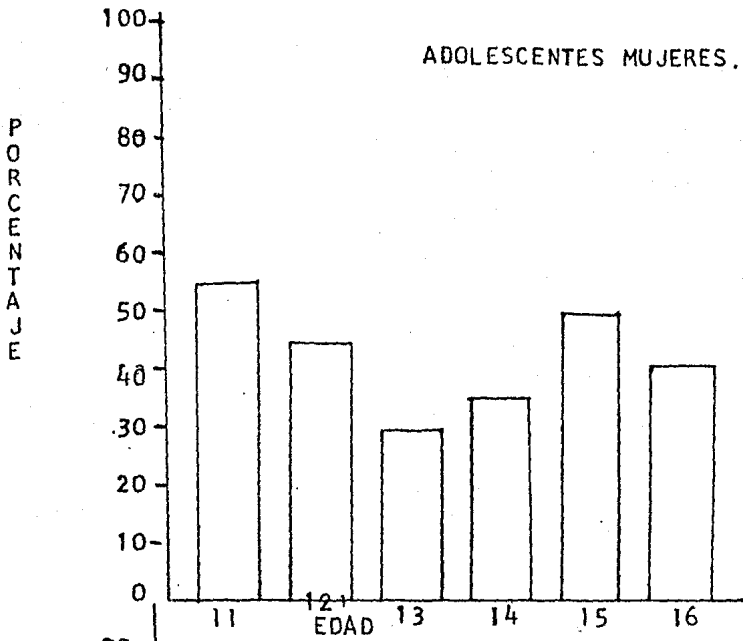
Para determinar el grado de afección de dicha población este se representa por medio de gráficas que es -- el del porcentaje de la población por edad.

PORCENTAJE DE CARIES.

NIÑOS.

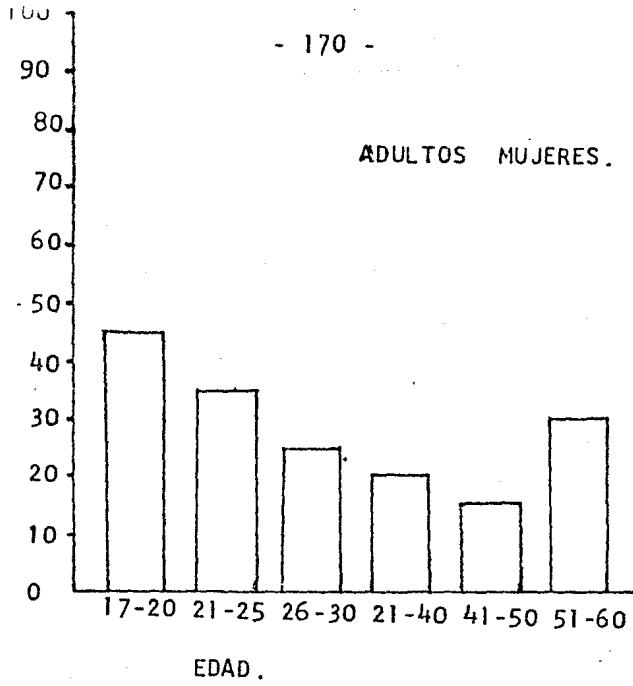


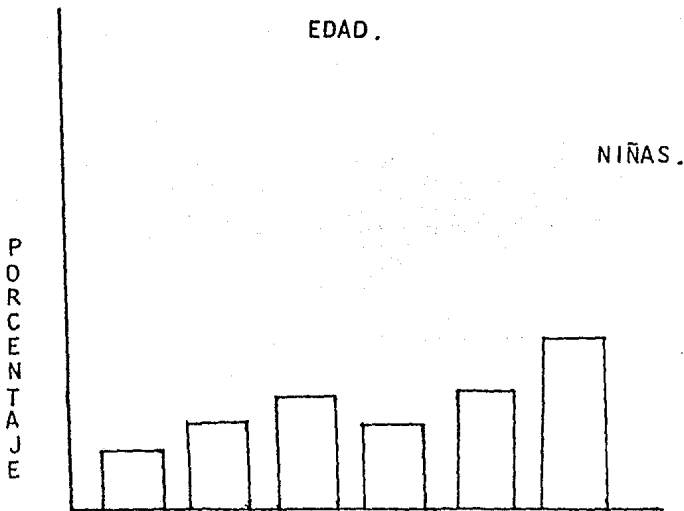
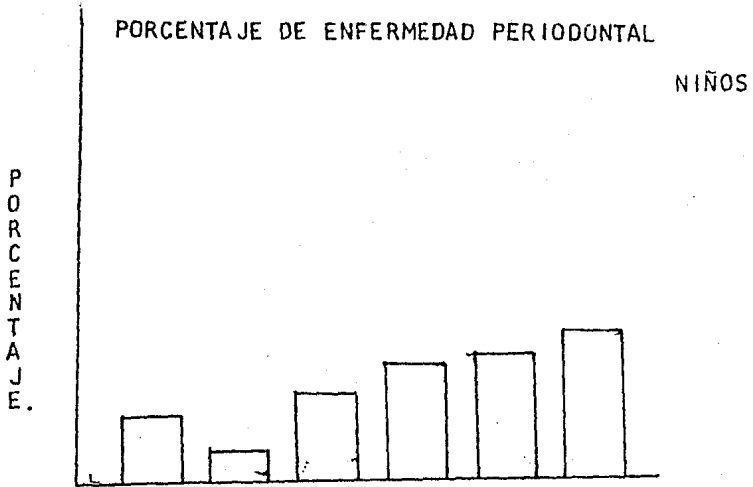




ADULTOS MUJERES.

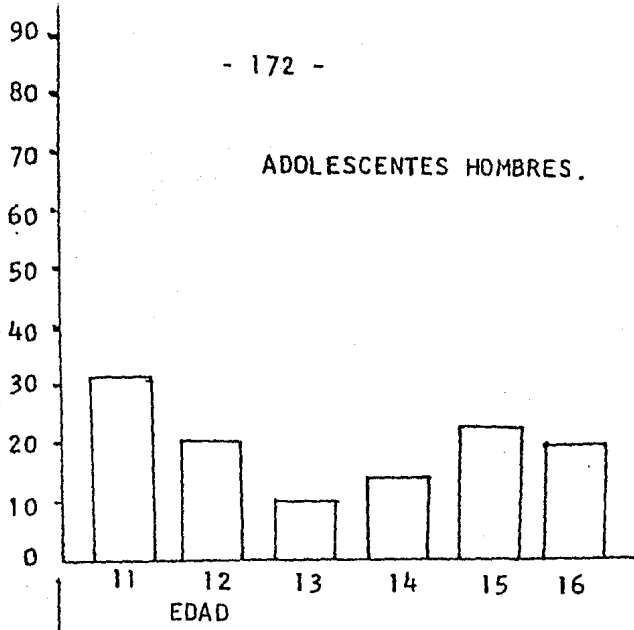
P  
O  
R  
C  
E  
N  
T  
A  
J  
E.



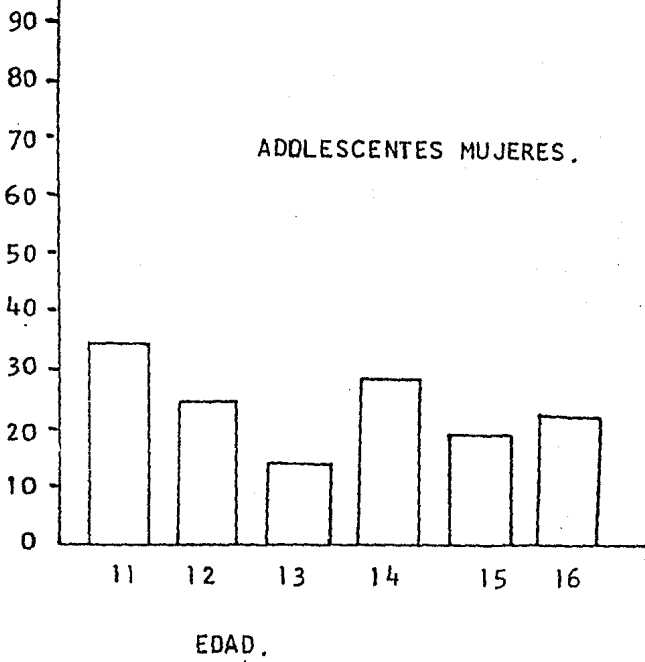


EDAD.

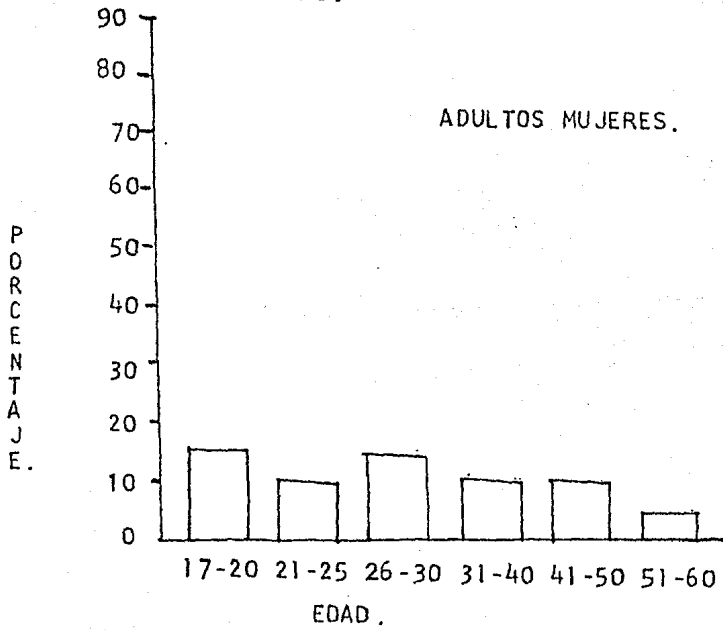
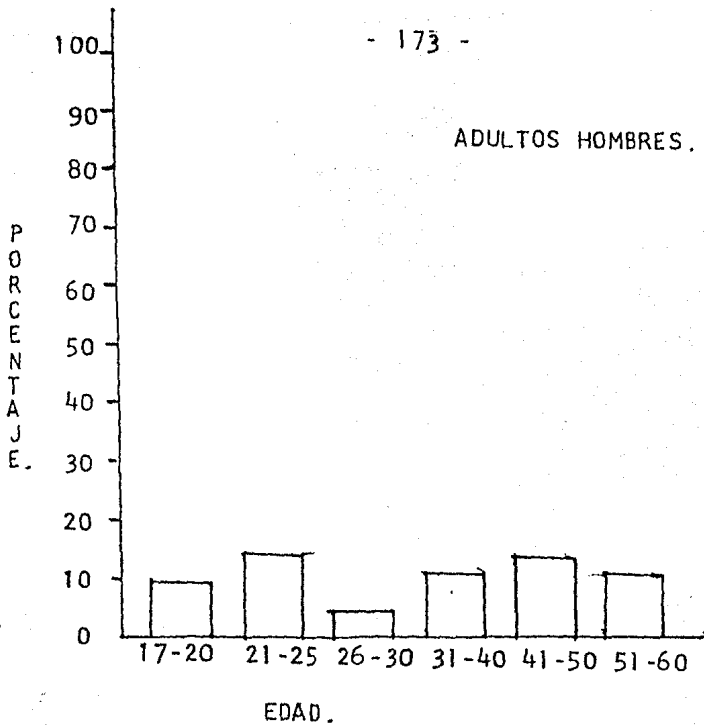
PORCENTAJE.



PORCENTAJE.

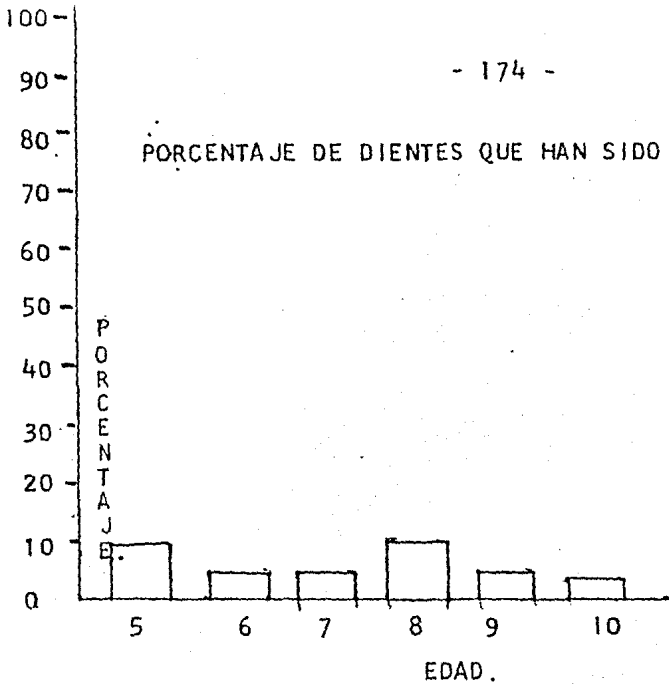




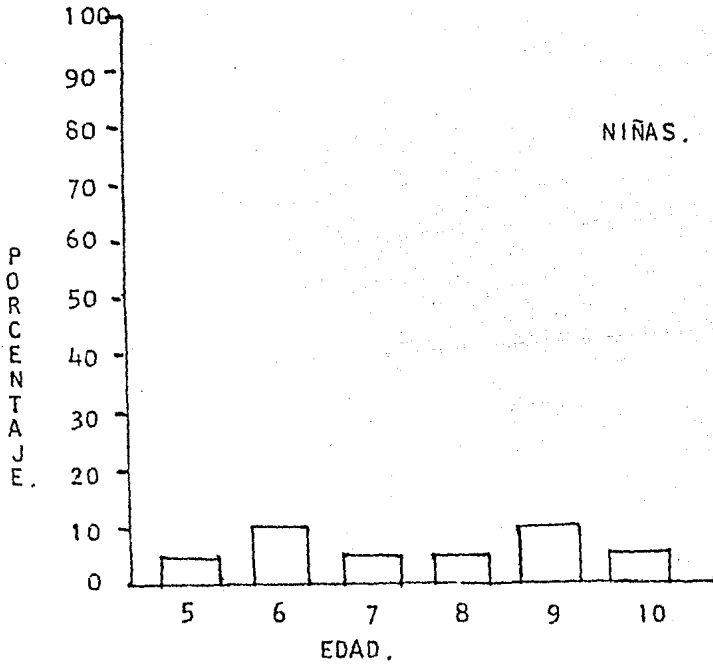


PORCENTAJE DE DIENTES QUE HAN SIDO OBTURADOS.

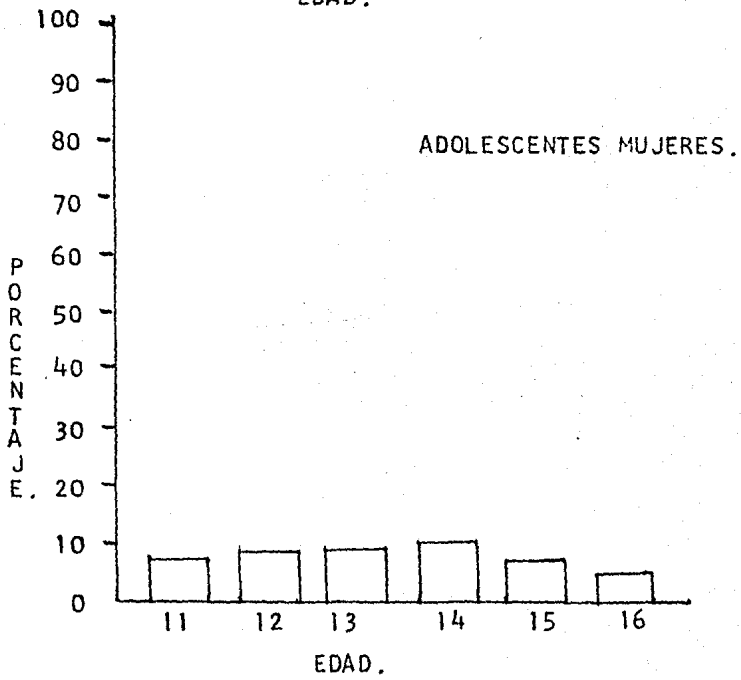
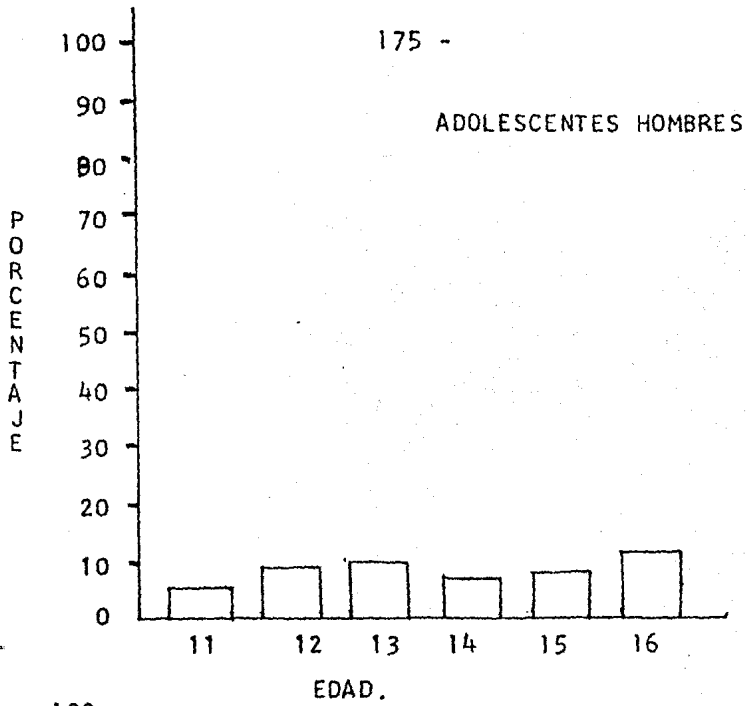
NIÑOS.

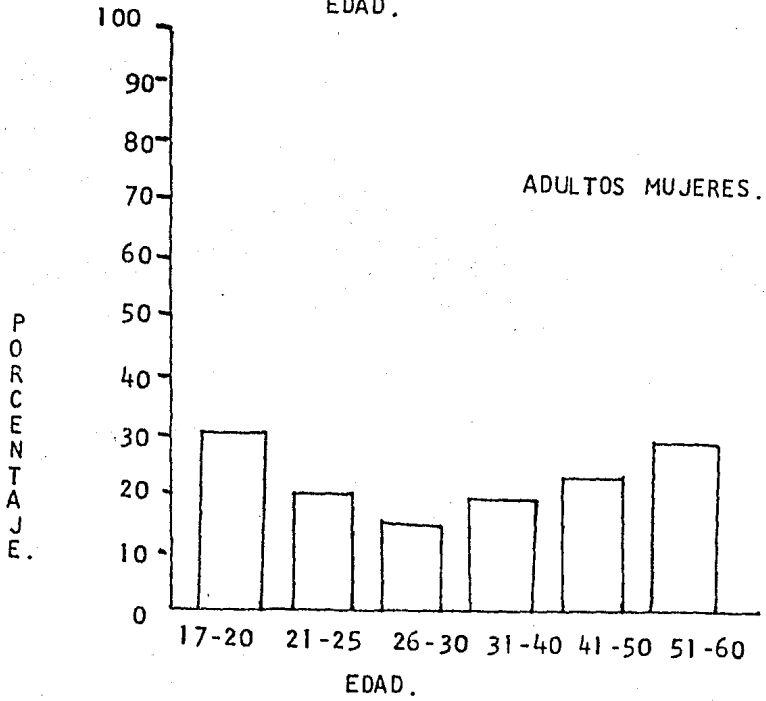
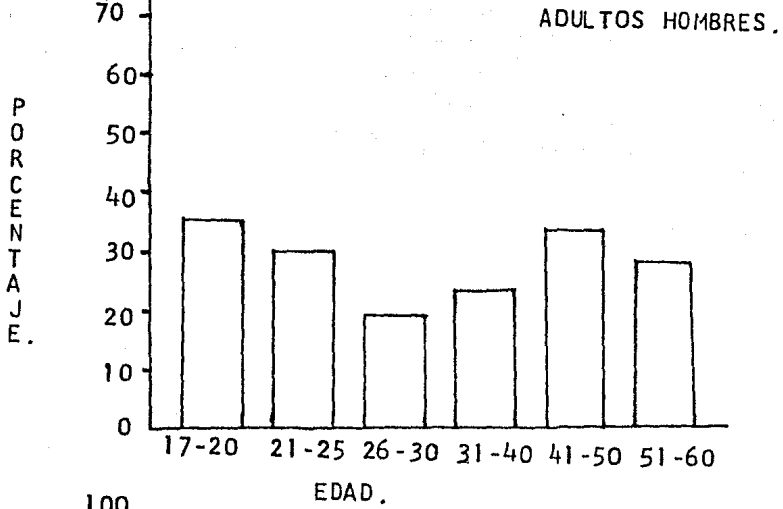


NIÑAS.

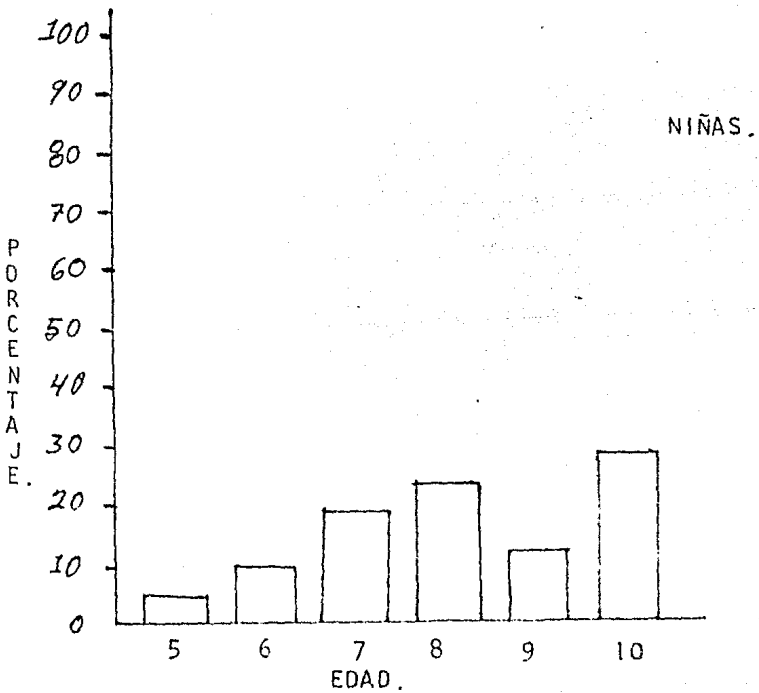
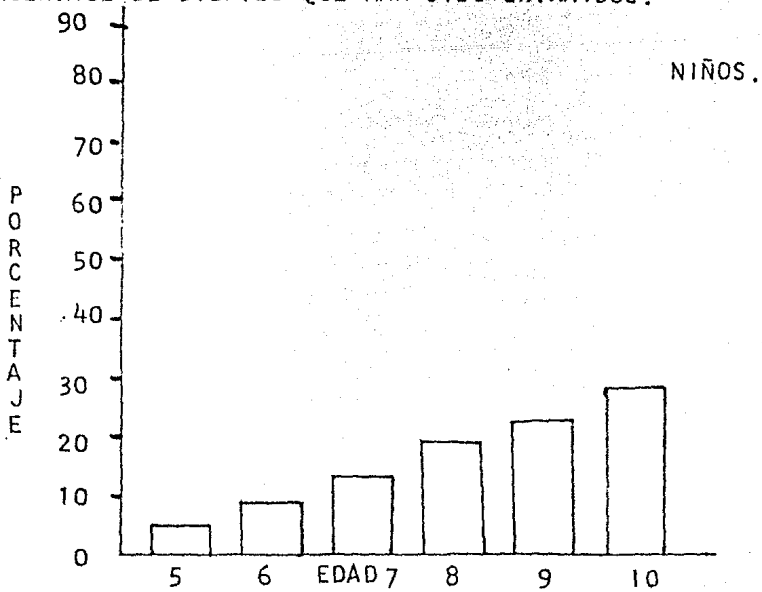


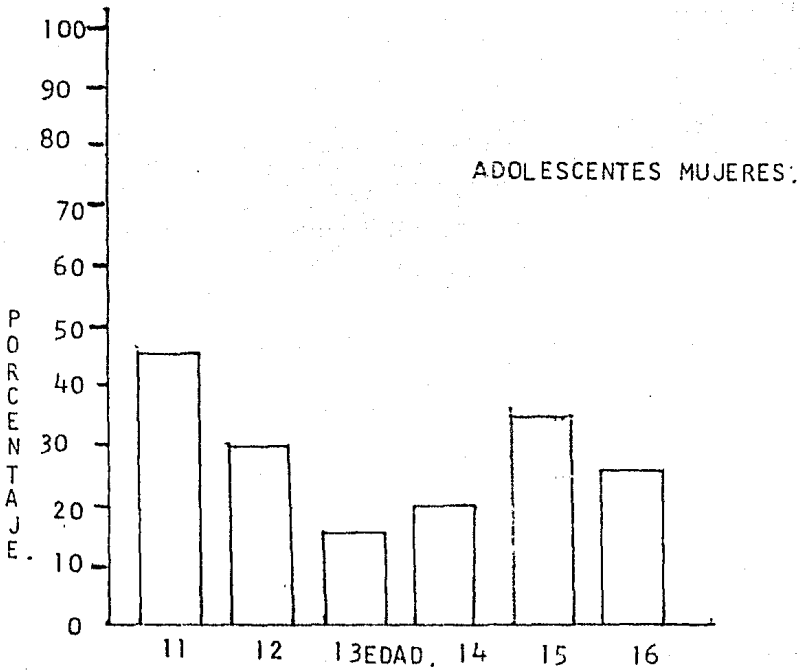
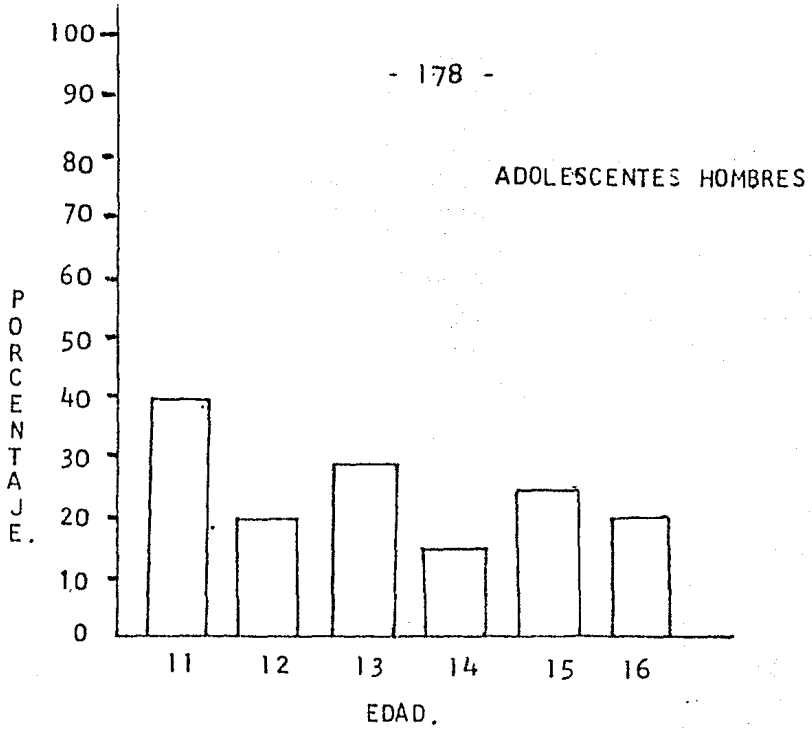
175 -

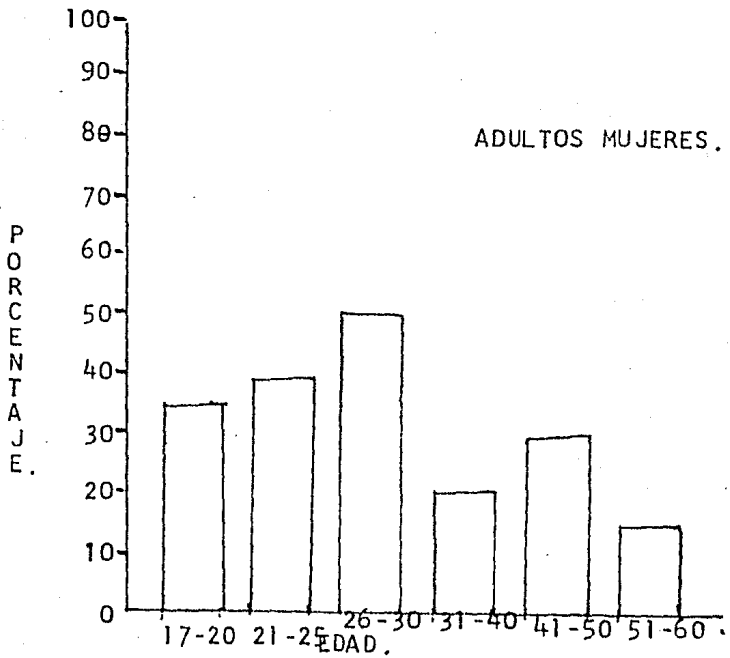
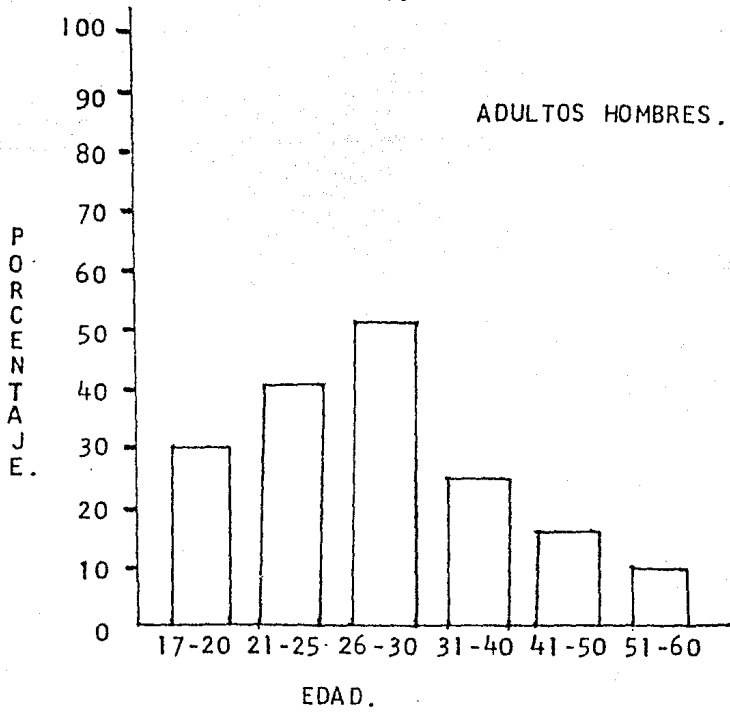


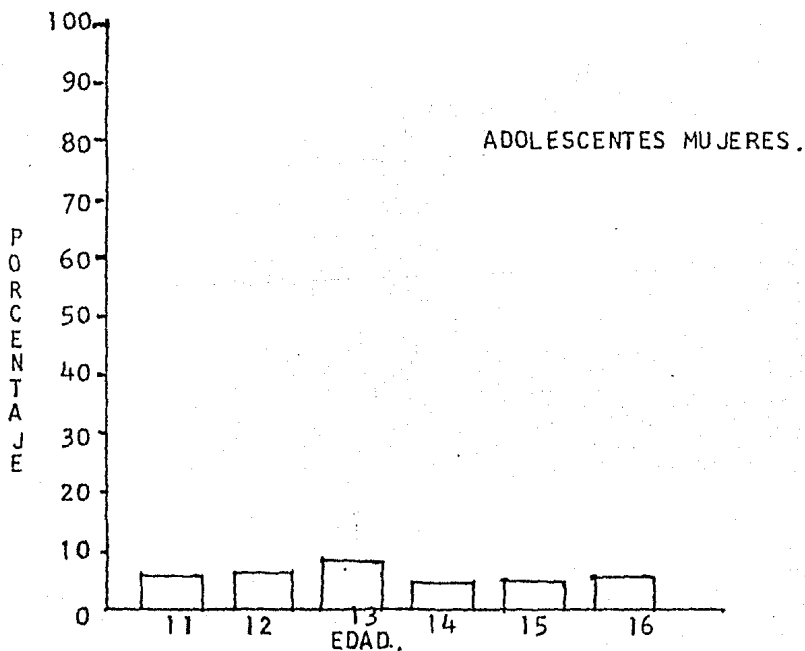
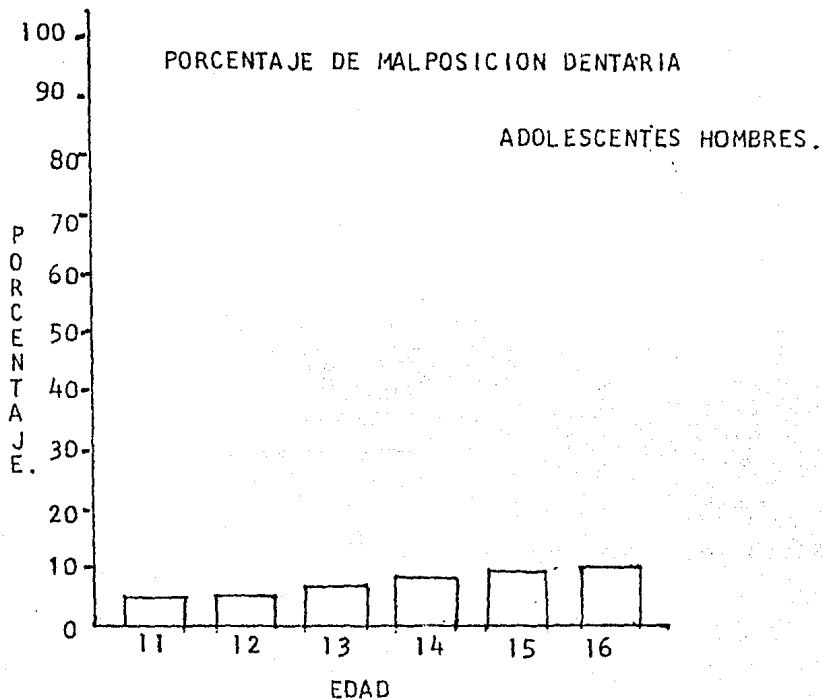


PORCENTAJE DE DIENTES QUE HAN SIDO EXTRAIDOS.

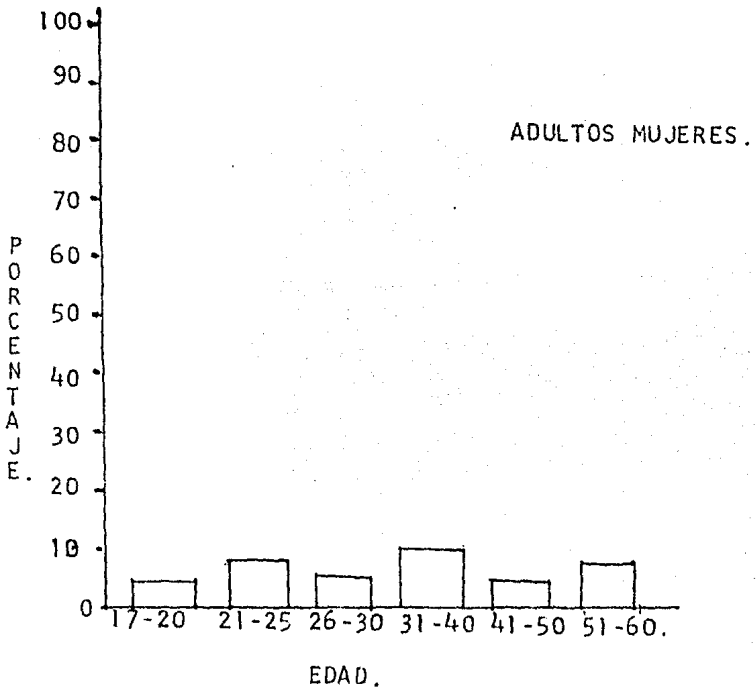
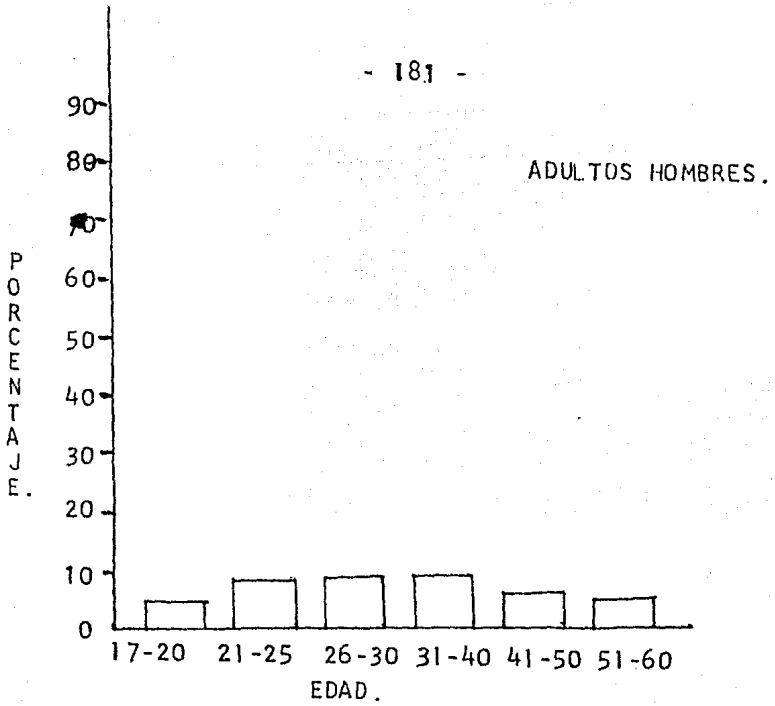












Muestra de Historia Clínica, realizada en la Escuela Pri-  
maria.

FICHA CLINICA.

Para el Padre o Tutor.  
Sección 1.  
(Debe llenarse por el padre o tutor.)  
Para el Dentista  
Sección 2.

Nombre del alumno(a)..... Escuela.  
.....Grado.....Edad.....Fecha.....

La salud, el bienestar, el comportamiento y el aspecto personal de un individuo pueden verse seriamente afectados si descuida la higiene dental. --- Aconsejamos que su hijo(a) consulte con su dentista y sea examinado por éste (incluso rayos X) y le preste la atención necesaria. La asistencia dental precoz y frecuente protege y salva los dientes y a la larga ahorra dinero. Marque con una X las casillas correspondientes y rellene los espacios en blanco:

- 1.-Mi hijo(a) es asistido por el Dr.....  
..... su próxima cita es el.
- 2.-El tratamiento dental de mi hijo(a) termino.....
- 3.-No puedo sufragar el tratamiento dental de mi hijo(a) por ahora.

Firma.....

Dirección.....

Teléfono.....

Por favor, corte esta ficha y devuelvala al profesor antes de una semana.

Entregue esta ficha a su dentista por favor.....

Nombre del alumno.....  
Escuela.....Grado.....

Dr. Por favor señale las casillas adecuadas y encargue al alumno(a) la devolución de esta ficha a su profesor (a).

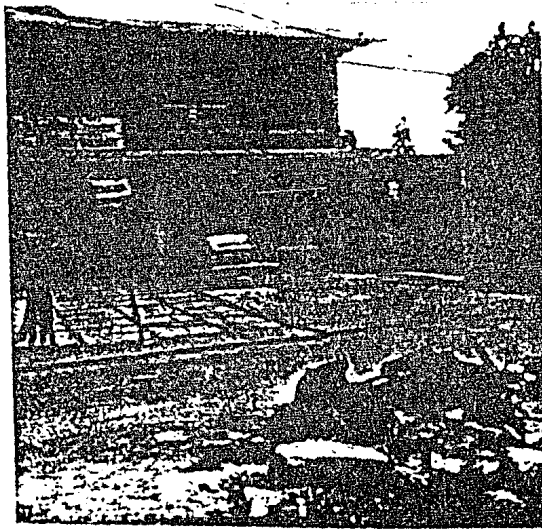
- 1.-He examinado la boca de este alumno y creo que no necesita atención dental actualmente.
- 2.-He examinando la boca de este alumno(a) y creo que necesita atención dental.
- 3.-Este alumno esta en tratamiento dental.
- 4.- Han terminado el tratamiento dental que este alumno necesitaba.

V.- RECURSOS CON QUE CUENTA LA COMUNIDAD PARA SU ATENCION DENTAL.

ESCUELAS.

A pesar de que San Miguel Amantla, es una de las comunidades más antiguas de la Delegación Azcapotzalco, cuenta con muy pocos planteles educativos, como son: Una escuela secundaria, dos escuelas primarias y un jardín de niños.

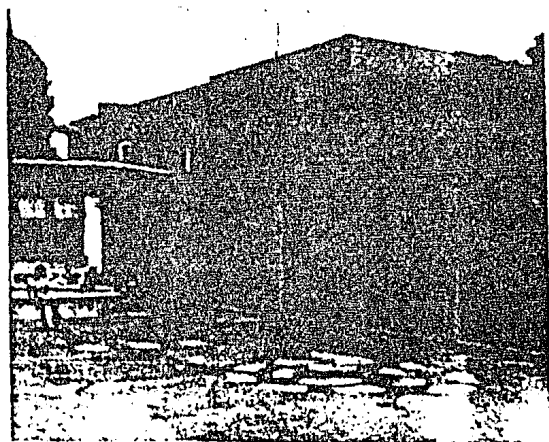
En seguida presentamos una fachada fotográfica, así como nombres y dirección de ubicación de cada escuela antes mencionada.



Escuela Primaria "Francisco Javier Mina"  
Ubicada en la Calle Morelos, San Miguel  
Amantla.



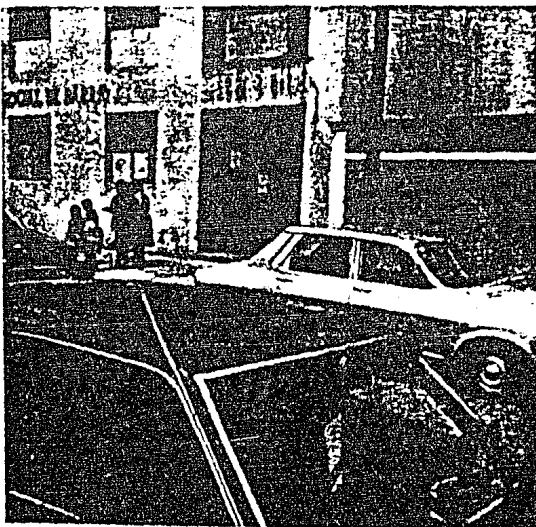
Escuela Primaria Petroleros Mexicanos. Ubicada en la -  
Calle Maluco, San Miguel Amantla.



Escuela Jardín de Niños Amantecatí.  
Ubicada en la Calle Democracias, San Miguel  
Amantla.

INSTITUCIONES DE GOBIERNO.

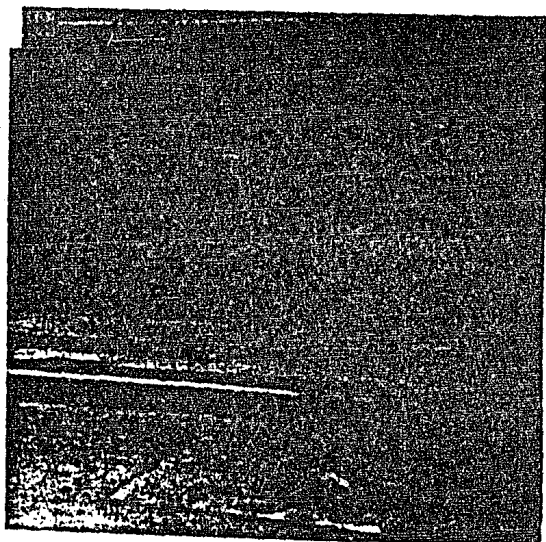
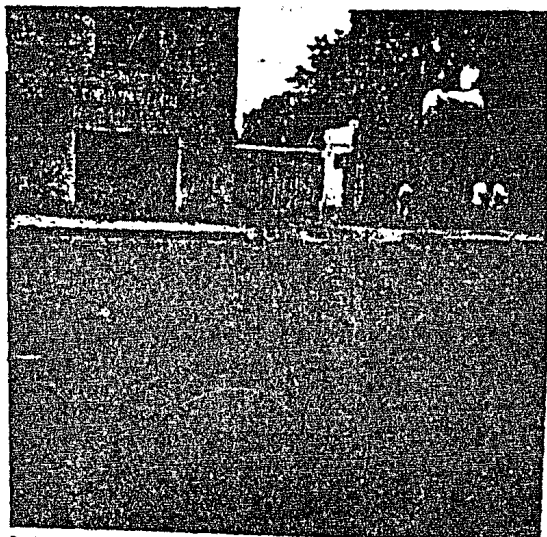
En San Miguel Amantla solo cuenta con una SSA,  
o llamada también Centro Social de Barrio.



Centro Social de Barrio.

Ubicado en la Calle Democracias.

SERVICIO DENTAL PARTICULAR.



ESCUELA SECUNDARIA DEL DEPARTAMENTO

DEL DISTRITO FEDERAL.

Ubicada en la Calle Nextengo, San Miguel Amantla.

VI.- CONCLUSIONES.

Por medio de esta encuesta epidemiológica se pudo comprobar que dentro de las enfermedades periodontales y caries, tiene gran influencia el nivel socio-económico y cultural ya que en "San Miguel Amantla" sus habitantes -- son de clase media baja, la gente no presta importancia -- a su aparato estomatognático, puesto que es evidente que -- existan innumerables factores de mayor "importancia" que -- el cuidar el aseo de su boca.

Como se dijo anteriormente, esto es debido a la -- poca o nula educación que esta clase de gente recibe prin -- cipalmente del Odontólogo Profesionista, por lo tanto se -- considera de gran importancia se tomen medidas inmediatas -- tanto como restablecer como prevenir el alto grado de en -- fermedad, estas medidas podrian efectuarse por medio de -- un Servicio Social en donde realmente se necesite, pro -- porcionando no sólo atención dental gratuita sino ofre -- ciendo pláticas de orientación a diferentes niveles en -- los cuales se traten temas como técnicas de cepillado, la -- importancia y necesidad de profilaxis periodicas, alimen -- tación y dentro de éste proporcionar una dieta balanceada -- con disminución de la ingesta de carbohidratos, puesto que -- se ha comprobado que constituyen un factor etiológico muy -- importante.

A N E X O S .



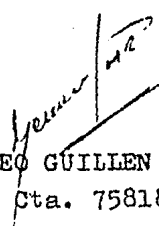
México, D.F., a 1 de Agosto de 1983.


LIC. SOCORRO MARTINEZ DE LA VEGA

Por medio de la presente los pasantes de Odontología ISIDRO PADILLA VILLAFUERTE Y ROMEO GUILLEN MENDEZ, nos dirigimos a ud. de la manera más atenta pidiendole nos sea otorgado un permiso pa ra llevar a cabo una encuesta que consiste en una investigación e pidemiológica y observar el índice existente de enfermedades buco dentales en los habitantes de la colonia San Miguel Amantla.

Le anticipamos nuestros más cumplidos agradecimientos por la atención que sirva prestarle a nuestra petición.

A T E N T A M E N T E

  
ROMEO GUILLEN MENDEZ  
No. Cta. 7581816-4

  
ISIDRO PADILLA VILLAFUERTE  
No. Cta. 7225558-0



DEPARTAMENTO  
DEL  
STRITO FEDERAL

FORMA C-2

DEPENDENCIA	DELEGACION AZCAPOTZALCO
CENTROS DE DESARROLLO COMUNITARIO.	
SECCION	"JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ"
MESA	
NUMERO DE OFICIO	
EXPEDIENTE	

ASUNTO: M E M O R A N D U M .

Azcapotzalco, D.F., 4 de Agosto de 1983.

C. EMMA BLANCO AREVALO  
COORDINADORA DEL CENTRO DE  
DESARROLLO COMUNITARIO.  
"SAN MIGUEL AMANTLA".  
P R E S E N T E .

Por medio de este conducto, me permito -  
informar a usted que los C.C. ISIDRO PADILLA VILLAFUENTE Y ROMEO GUILLEN  
MENDEZ, pasantes de la carrera de Odontología de la Escuela Nacional de  
Estudios Profesionales "Iztacala", con número de cuenta 7225558-0 y - -  
7581816-4, respectivamente, efectuarán una investigación de campo en la  
colonia San Miguel Amantla, que consiste en detectar, a través de una -  
serie de encuestas, el índice de enfermedades bucodentales que pueda --  
existir en esa zona. Para ello, ruego a usted se sirva apoyar en la me  
dida de sus posibilidades- a ambos estudiantes, brindándoles la orienta  
ción que de usted requieran.

Sin más por el momento, aprovecho la oportu  
nidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E  
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.  
EL JEFE DE LA OFICINA DE LOS CENTROS  
DE DESARROLLO COMUNITARIO.

  
LIC. SOCORRO MARTINEZ DE LA VEGA.

- c.c.p.- El Lic. Juan Carlos Mendoza, Jefe de la Unidad de Servicios -  
Sociales.
- c.c.p.- El C. Isidro Padilla Villafuerte, para su conocimiento.
- c.c.p.- El C. Romeo Guillén Méndez, para su conocimiento.
- c.c.p.- El Archivo.



DEPARTAMENTO  
DEL  
DISTRITO FEDERAL

FORMA 01

DEPENDENCIA	DELEGACION AZCAPOTZALCO.
UNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES	
SECCION	OFICINA DE CENTROS DE DESARROLLO COMUNITARIO.
MEZA	
NUMERO DE OFICIO	017-84
EXPEDIENTE	

ASUNTO: SE INFORMA FIN DE LA INVESTIGACION DE CAMPO EFECTUADA POR LOS C.C. ISIDRO PADILLA VILLAFUERTE Y ROMERO GUILLEN MENDEZ.

Azacapotzalco, D.F., a 26 de Enero de 1984

C.D. EDUARDO STEIN GEMORA  
COORDINADOR DE ODONTOLOGIA  
EN EP IZTACALA - UNAM  
P R E S E N T E .

Por este conducto, me permito informar a usted que los C.C. ISIDRO PADILLA VILLAFUERTE Y ROMERO GUILLEN MENDEZ -pasantes de la carrera de Odontología, con número de cuenta 7225558-0 y 7581816-4, respectivamente- durante el período comprendido entre Agosto y Noviembre del año próximo pasado, realizaron una investigación consistió en detectar, mediante varias encuestas, el índice de enfermedades bucodentales existentes en esa zona.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E  
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REFLECCION.  
EL JEFE DE LA OFICINA DE CENTROS  
DE DESARROLLO COMUNITARIO.

  
LIC. SOCORRO MARTINEZ DE LA VEGA

- c.c.p.- El Lic. Juan Carlos Mendoza, Jefe de la Unidad de Servicios Sociales.
- c.c.p.- El Lic. Isidro Oropeza Segoviano, Coordinador Administrativo.
- c.c.p.- El C. Isidro Padilla Villafuerte, para su conocimiento.
- c.c.p.- El C. Romero Guillén Méndez, para su conocimiento.
- c.c.p.- El Archivo.

SMD'V/cgsp\*

Al contestar este oficio cite los datos suministrados en el encabezado superior derecho.

## B I B L I O G R A F I A .

1.- Morpís, Alvin L.

Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General.

El Ateneo , Buenos Aires.

2.- Grispan, David.

Enfermedades de la Boca.

Mundi, 1970, Buenos Aires.

3.- Chávez, Mario M.

Odontología Sanitaria.

4.- Joseph C. Mülle.

Odontología Preventiva.

Editorial Mundi, Buenos Aires.

5.- O, Orrest, Shon.

Odontología Preventiva.

Editorial El Manual Moderno.

1973 pp. 130.

6.- Méndez, Rivas José.

Aspectos Económicos en Odontología.

Buenos Aires.

3a. Edición, 1969.

7.- Ocampo, Alvarez Arturo.

Principios de Odontología Sanitaria.

Bogota, Colombia.

Ed. Antares, 1958.

8.- S. Willoughby Stephen.

Probabilidad y Estadística.

Poesal 1969.

México, D.F.