

93  
2º



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"AFECCIONES ODONTOLOGICAS  
EN NIÑOS SIN HOGAR"

TESIS QUE PRESENTA: ELIZABETH CERVANTES QUAAS  
PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

ASESOR: DR. LEONOR OCHOA GARCIA



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. ....	8
--------------------	---

### CAPITULO I.- ASPECTOS GENERALES

1.- RESUMEN. ....	10
2.- ANTECEDENTES. ....	10
2.1. Planeamiento del problema. ....	10
2.2. Justificación. ....	11
2.3. Hipótesis. ....	11
3.- OBJETIVOS. ....	11
3.1. Objetivos Generales. ....	11
3.2. Objetivos Específicos. ....	11
4.- ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO. ....	12
4.1. Descripción. ....	12

### CAPITULO II.- DISEÑO DE LA MUESTRA

1.- UNIVERSO Y MUESTRA. ....	13
2.- TAMAÑO DE LA MUESTRA. ....	14
3.- REGISTRO PREVIO. ....	14
4.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN. ....	15
4.1. Ficha de identificación. ....	15
4.2. Ficha dental. ....	16
5.- TABLAS DE PORCENTAJES. ....	18

### CAPITULO III.- HIGIENE

1.- PERSONAL.....	22
1.1. Piel.....	22
1.2. Ropa.....	23
2.- HABITACIÓN.....	25
2.1. Servicios sanitarios.....	25
2.2. Habitación insalubre.....	26
2.3. Saneamiento.....	26
3.- HIGIENE RURAL.....	27
3.1. Medio rural.....	27
3.2. Hábitat rural.....	27
3.3. Insectos y roedores.....	28
3.4. Alimentación.....	28
4.- HIGIENE DENTAL.....	29
4.1. Instrucción en el cepillado dental.....	30
5.- HIGIENE DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS.....	31
5.1. Factores Agravantes.....	32
5.2. Higiene en la primera edad.....	32
6.- HIGIENE MENTAL.....	33
6.1. Higiene mental, familiar e individual.....	33
6.2. Protección social de la salud mental.....	34

### CAPITULO IV.- NUTRICIÓN

1.- NUTRICIÓN PROTEICO - ENERGÉTICA.....	36
2.- HIERRO.....	37

3.- AMIGOS DEL NIÑO. ....	37
4.- NUTRICIÓN Y EL ODONTÓLOGO. ....	38
5.- NUESTROS NIÑOS DE LA CALLE. ....	39
6.- IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN. ....	42
6.1. Nutrición de los dientes. ....	43
6.2. ¿Qué y cuánto comer? ....	43
6.3. Golosinas. ....	44
6.4. Azúcares pegajosos. ....	44

#### CAPITULO V.- SALUD ORAL

1.- CONCEPTOS BÁSICOS. ....	47
1.1. Mediciones de la salud en la comunidad. ....	53
2.- CONSULTA DENTAL. ....	55
3.- PREVENCIÓN. ....	57
4.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ....	59

#### CAPITULO VI.- PLACA DENTAL BACTERIANA

1.- DEFINICIÓN E IMPORTANCIA. ....	62
1.1. Formación de la placa. ....	62
1.2. Película. ....	63
1.3. Colonización inicial. ....	63
1.4. Matriz. ....	64
1.5. Placa madura. ....	64
1.6. Calculo. ....	65
1.7. Efectos de la placa dental. ....	65

2.- CONTROL DE LA P.D.B. ....	65
2.1. Alimentación. ....	65
2.2. Eliminación mecánica. ....	66
2.3. Dispositivos escarificadores ultrasónicos. ....	66
3.- INFECCIONES DE LA BOCA Y TEJIDOS DENTALES. ....	66
3.1. Signos de infección. ....	66
3.2. Caries dental. ....	67
3.2.1. Caries en el hombre. ....	67
3.3. Lesión cariosa establecida. ....	68
3.4. Infección pulpar. ....	69
3.5. Heridas por mordeduras. ....	69
3.6. Abscesos parodontales. ....	70
3.7. Gingivitis. ....	70

#### CAPITULO VII.- ALTERACIONES DENTALES

1.- ESTRUCTURA. ....	71
1.1. Hipoplasia e hipomineralización del esmalte. ....	71
1.2. Sistémica. ....	72
1.3. Fracturas. ....	73
1.4. Hipoplasia resultante de deficiencias nutricionales. ....	73
1.5. Hipoplasia asociada con intoxicación pediátrica crónica con plomo. ....	74
1.6. Hipoplasia causada por infección y trauma. ....	75
2.- ERUPCIÓN RETARDADA. ....	76

3.- PIGMENTACIONES. ....	77
3.1. Esmalte hipomineralizado o veteado. ....	77
3.2. Pigmentación por tetraciclina. ....	77
3.3. Manchas extrínsecas y depósitos sobre los dientes. ....	78
3.3.1. Manchas verdes. ....	78
3.3.2. Manchas anaranjadas. ....	79
3.3.3. Manchas negras. ....	79

#### CAPITULO VIII.- HÁBITOS

1.- HÁBITOS. ....	80
2.- HÁBITOS CON LOS DEDOS PULGAR E ÍNDICE. ....	80
3.- HÁBITOS LABIALES. ....	83
4.- PROYECCIÓN LINGUAL Y HÁBITOS DE RESPIRADOR BUCAL. ....	84
5.- MORDEDURA DE UÑAS. ....	85
6.- BRUXISMO. ....	86

#### CAPITULO IX.- DROGADICCIÓN

1.- DROGADICCIÓN. ....	88
2.- ¿QUE ES LA FARMACODEPENDENCIA? ....	89
3.- FACTORES ETIOLOGICOS EN EL ABUSO DE SUSTANCIAS. ....	92
4.- SUSTANCIAS LEGALES. ....	93
4.1. Tabaco. ....	93
4.2. Alcohol. ....	94
5.- SUSTANCIA ALUCINÓGENAS. ....	95
5.1. Marihuana. ....	95

5.2. Hongos. ....	95
5.3. Inhalantes. ....	95
6.- PREVENCIÓN. ....	96

## CAPITULO X.- EL MENOR EN SITUACIÓN EXTRAORDINARIA

1.- CONTEXTO GEOGRÁFICO, ECONÓMICO Y SOCIAL. ....	98
1.1. Ubicación geográfica de México. ....	98
1.2. Geografía humana. ....	98
1.2.1. Distribución regional de la pobreza. ....	99
1.2.2. Población. ....	100
1.2.3. Grupos étnicos. ....	100
1.3. Situación económica y social. ....	101
1.4. Situación del niño y la madre. ....	103
1.4.1. Mortalidad infantil. ....	103
1.4.2. Mortalidad materna. ....	105
1.5. Situación educacional. ....	105
2.- SITUACIÓN DE LOS NIÑOS TRABAJADORES Y DE LA CALLE. ....	106
2.1. Niños de la calle. ....	109
2.1.1. Características. ....	111
2.2. Niños trabajadores. ....	111
2.2.1. Características. ....	112
2.3. Niños maltratados. ....	112
2.3.1. Características. ....	112
2.4. Niños atendidos en instituciones. ....	112
2.5. Niños en situación de conflicto armado. ....	113

2.6. Niños afectados por desastres naturales. ....	113
2.7. Causas. ....	114
2.8. ¿Quiénes son los niños en situación extraordinaria? .....	115
3.- DERECHO DE LOS NIÑOS. ....	115
3.1. Presentación. ....	115
4.- CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA 1995. ....	134
4.1. Un mundo de diferencia. ....	134
4.2. Marginación. ....	135
4.3. Un lugar central para la infancia. ....	138
CONCLUSIONES. ....	140
BIBLIOGRAFÍA. ....	141
AGRADECIMIENTOS. ....	142

## INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

La problemática en México, así como el reto del mundo, de los niños que viven en la calle experimentando toda clase de peligros incluyendo una pobreza extrema, nos debe interesar a todos.

En la actualidad este tema se ha tomado se puede decir de moda ya que se han realizado reportajes de todo tipo para concientizar a la población pero la realidad es que mejor la ignoramos, sin saber que solo lo acrecentamos.

El problema social-económico conocido como los niños de la calle, ha estado presente en nuestra vida cotidiana de la gran ciudad de México. Sin embargo, su situación existencial no había sido suficientemente conocida por la opinión pública y solo a raíz de su crecimiento desmesurado se empezó a sentir en la sociedad la dimensión del fenómeno, generando preocupación así como programas resolutivos.

Situación similar se presenta respecto a las causas que lo originan; Es la pobreza extrema el origen. ¿O será el maltrato y abuso de que los menores son víctimas en sus propios hogares? O la necesidad por la situación económica que vive el país en la actualidad. Se deberá al fenómeno de paternidad irresponsable o a los hijos no deseados.

Sin duda ésta y otras muchas causas son los detonadores que han condenado a muchos niños a depender de su propia actividad callejera.

El tema Odontológico es uno de los aspectos puestos en segundo plano dentro de las necesidades primordiales de estos niños en los programas de asistencia, a tal grado que dentro de la investigación dio como resultado que no tienen ninguna educación de higiene dentaria y su higiene general deja mucho que desear.

No obstante, la problemática de miles de niños callejeros sigue y pareciera haber rebasado la capacidad de respuesta de las instituciones básicamente por el desconocimiento que estos tienen de la dinámica y magnitud del problema ya que estos niños llegan a la edad adulta con problemas serios en su salud bucal (Actualmente el 90 % de la población baja ha perdido más de dos piezas dentarias al llegar a la edad adulta).

Como se puede observar, se trata de un problema complejo y su resolución definitiva deberá sustentarse en una gran estrategia de prevención que cada uno de nosotros tendremos que poner el granito de arena ya que vivimos en esta sociedad más de una vez hemos sentido lástima por los pequeños que se acercan por una limosna y también acechados por temor cuando se acercan los jóvenes de la calle por todo lo que representan.

**CAPITULO I**  
**"ASPECTOS GENERALES"**

## 1.- RESUMEN

En nuestro país 7 millones de personas viven en la pobreza extrema, dando un resultado a los niños callejeros que pasan jugándose la lástima y arriesgando su salud, en las condiciones antihigiénicas así como adicciones y prostitución cada día que pasa. Vagabundos, limosneros, limpia parabrisas y payasitos son ya parte de la decoración de cada calle y de nuestras vidas.

En el estudio se encontraron resultados totalmente increíbles, como el total desconocimiento de higiene dental esencial (nunca han tenido cepillo dental). El uso de drogas para inhibir el hambre nos dice mucho del tipo de vida y el grado de desnutrición que dan como resultado el gran índice de mortalidad que tienen este sector de la sociedad.

De no poder una solución seguirá acrecentando el círculo vicioso de paternidad irresponsable, alcoholismo y falta de educación, llegando a ser de jóvenes y adultos delincuentes, a amenazando al resto de la sociedad, como se ha sentido en los últimos años y a lo que todos tenemos miedo. Sin pensar que la prevención y educación son la solución.

Las estadísticas cuentan 28 mil niños en México que viven esta situación creciendo en los dos últimos años en un 80 %.

## 2.- ANTECEDENTES

### 2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR:

“ PROBLEMÁTICA DE SALUD DENTAL Y SOCIAL EN NIÑOS DE LA CALLE ”

## 2.2. JUSTIFICACIÓN (originalidad, importancia y beneficio social):

La justificación del estudio, se basa en el problema que se agrava en cada esquina de nuestra ciudad; niños en condiciones de miseria total.

Por el número importante de esta población que sigue creciendo rápidamente, se ha convertido en un problema social, de salud y económico.

Esta situación nos da la oportunidad de saber en que condiciones viven, cuáles son sus necesidades y en que estado de salud oral se encuentran.

Por lo anterior tratamos de encontrar una solución.

## 2.3. HIPÓTESIS:

Por las condiciones de miseria y de mala nutrición en que viven los niños de la calle, su salud dental se verá afectada principalmente por el proceso de 1ª a 2ª dentición.

## 3.- OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVOS GENERALES:

- Realizar un documento con la información y las características de los niños de la calle.
- Establecer el problema social y de salud de ese importante sector de la población.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los problemas de salud dental de los niños de la calle.
- Consecuencias de los problemas en la dentición permanente.
- Establecer las posibles soluciones que podemos encontrar al conocer sus necesidades y características.
- Identificar las diferencias de estos niños, con el resto de la población infantil.

#### 4.- ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

##### 4.1. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA PROPUESTA PARA LA INVESTIGACIÓN:

Grupos sujetos a estudio: NIÑOS CALLEJEROS

GRUPO "A" : 3 - 6 años de edad de ambos sexos

GRUPO "B" : 6 -12 años de edad de ambos sexos

(Descripción)

En la ciudad de México, se tomó como base la realización de este estudio, entrevistando a niños que viven en la calle o que pasan el mayor tiempo del día en ella, corriendo con todos sus peligros y consecuencias en la salud de cada uno de estos niños ya que en los pequeños detalles en niños pueden ser un problema serio cuando éste llegue a adulto; dando un mal ejemplo para su hijo y así sucesivamente.

Hablando con ellos, tratando de ganar su confianza teniendo varias complicaciones (desconfianza y vandalismo).

No todos cooperaban, al igual que sus madres, pero hablándoles entre pregunta y pregunta, encontraba ciertas características palabras claves, observándolos físicamente al igual que su comportamiento llegaba a llenar en su totalidad cada ficha de intensificación.

Los sitios escogidos al azar donde según el Departamento de Asistencia Social, dedicada a los problemas del niño callejero, describe en sus reportes de los llamados puntos de encuentro, donde estos niños se encuentran comúnmente en nuestra ciudad.

**CAPITULO II**  
**"DISEÑO DE LA MUESTRA"**

## 1.- UNIVERSO Y MUESTRA

De la población de nuestro país, que a finales de 1995 se calculó en 85 millones de habitantes, de los cuales 8 millones 500 mil habitan en el D.F.

Con lo cual seguimos siendo la ciudad más poblada del planeta, con todos los problemas que se tienen en las grandes urbes.

La población de niños de la calle en el estudio reciente de la Secretaría de Protección Civil, donde se llegaron a 14 mil individuos aproximadamente en las 16 Delegaciones dentro del D.F., de los cuales 1800 viven en la calle en la más cruda de las pobreza extremas que un individuo puede sobrevivir.

En el estudio presentamos dos grupos:

**GRUPO "A" NIÑOS DE 2 a 6 AÑOS DE EDAD**

**GRUPO "B" NIÑOS DE 7 a 12 AÑOS DE EDAD**

Cada uno de estos grupos conformando de 50 individuos haciendo las entrevistas en los puntos de encuentro, dónde comúnmente se encuentran en nuestra ciudad.

Llegando así a un total de 100 personas entrevistadas para darnos cuenta en qué condiciones viven y qué diversos problemas trae el vivir en esta condición.

## 2.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Como se especificó anteriormente, el tamaño de la muestra fue de 50 individuos por cada grupo como se indicó en el estudio. Estos grupos se determinaron basándonos en el tipo de dentición que se presenta en la niñez por lo cual se estableció que el primer grupo lo conformaría los niños con dentición primaria tomando en segundo grupo su inicio de los pacientes con dentición mixta, que es la transición entre la dentición primaria y la dentición secundaria.

Llegando así a descubrir toda la transición dental hasta la dentición permanente lo cual es el fenómeno principal en la odontopediatría.

GRUPO "A" 50 individuos

GRUPO "B" 50 individuos

TOTAL 100 individuos

## 3.- REGISTRO PREVIO

El registro previo se realizó basándose en una ficha de identificación, en la cual se incluía datos generales, personales, familiares, antecedentes médicos, preguntas sobre higiene, y algunas preguntas de sus principales problemas.

La misma ficha de identificación fue llenada por la observación de las condiciones que presentaba el individuo en el momento de la entrevista con él.

#### 4.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó por medio de las fichas de identificación que se llenaron en los diferentes puntos de encuentro más comunes dónde se puede encontrar a los niños de y en la calle. Cada ficha se catalogó en el grupo correspondiente y se procedió al vaciado de la información por grupos y por tipo de información, sacando en porcentajes dentro de su grupo.

##### 4.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

###### DATOS PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
PUNTO DE ENCUENTRO: \_\_\_\_\_  
ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_  
VIVIENDA: CASA \_\_\_\_\_ INSTITUTO \_\_\_\_\_ REFUGIO \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_  
VIVE CON: \_\_\_\_\_  
ESTUDIO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
TIEMPO EN LA CALLE: HRS \_\_\_\_\_ DÍAS \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_  
MEDIOS DE COMUNICACIÓN: RADIO \_\_\_\_\_ T.V. \_\_\_\_\_ REVISTAS \_\_\_\_\_  
LETREROS \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

###### NUTRICIÓN

DESAYUNO \_\_\_\_\_ COMIDA \_\_\_\_\_ CENA \_\_\_\_\_  
DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

###### HIGIENE

DUCHA: \_\_\_\_\_ POR SEMANA: \_\_\_\_\_ DONDE: \_\_\_\_\_  
CON: \_\_\_\_\_  
HECES: \_\_\_\_\_ ORINA: \_\_\_\_\_

MANOS: \_\_\_\_\_ COMIDA: \_\_\_\_\_ BAÑO: \_\_\_\_\_ ENTREVISTA: \_\_\_\_\_  
 UÑAS: \_\_\_\_\_  
 ROPA: \_\_\_\_\_ CAMBIOS: \_\_\_\_\_  
 DENTAL: \_\_\_\_\_ PASTA: \_\_\_\_\_ CEPILLO: \_\_\_\_\_ AGUA: \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.2. FICHA DENTAL:

GRUPO: \_\_\_\_\_

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

CARIES

RESTAURACIONES

AUSENTES

ESMALTE (TEXTURA)

MOV. DENTAL

TEJ. BANDOS

P D B

SARRO

GINGIVITIS (PARODONCIA)

HALITOSIS

PALADAR

A T M

PISO DE BOCA

LABIOS

LENGUA

CARRILLOS

ENCÍAS

HÁBITOS PERNICIOSOS

SUCCIÓN DE DEDO

RESPIRADOR BUCAL

ONICOFAGIA

MORDER EL LABIO

OTROS

OBSERVACIONES

RESULTADO

5.- TABLAS DE PORCENTAJES

EDADES :	2 - 6 → 50 N = 100 %	7 - 12 → 50 N = 100 %
<b>PUNTOS DE ENCUENTRO:</b>		
Plazas	64 % = 32 N	20 % = 10 N
Cruces	22 % = 11 N	48 % = 24 N
Mercados	8 % = 4 N	12 % = 6 N
Estaciones	6 % = 3 N	20 % = 10 N
<b>ESTATURAS:</b>		
Baja	72 % = 36 N	46 % = 23 N
Media Baja	20 % = 10 N	22 % = 11 N
Normal	8 % = 4 N	32 % = 16 N
<b>PESO:</b>		
Normal	36 % = 18 N	58 % = 29 N
Bajo	64 % = 32 N	42 % = 21 N
<b>VIVIENDA:</b>		
Calle	42 % = 21 N	38 % = 19 N
Vecindad	22 % = 11 N	18 % = 9 N
Refugio	36 % = 18 N	44 % = 22 N
<b>ESTUDIO:</b>		
No	100 % = 50 N	72 % = 36 N
Si	0 % = 0 N	28 % = 14 N
<b>OCUPACIÓN:</b>		
Limosnero	62 % = 31 N	12 % = 6 N
Limpia coches	28 % = 14 N	30 % = 15 N
Vendedor	4 % = 2 N	22 % = 11 N
Payasitos	6 % = 3 N	36 % = 18 N

**TIEMPO EN LA CALLE:**

24 hrs	42 % = 21 N	38 % = 19 N
+ 12 hrs	38 % = 19 N	46 % = 23 N
- 12 hrs	20 % = 10 N	16 % = 8 N

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN:**

T.V.	58 % = 29 N	62 % = 31 N
Radio	30 % = 15 N	58 % = 29 N
Revistas	18 % = 9 N	30 % = 15 N
Letreros	12 % = 6 N	22 % = 11 N

**INFORMACIÓN DE DIENTES:**

Chicles	10 % = 5 N	44 % = 22 N
Pasta dental	28 % = 14 N	60 % = 30 N
Nada	62 % = 31 N	0 % = 0 N

**COMIDAS:**

Desayuno	38 % = 19 N	18 % = 9 N
Comida	56 % = 28 N	58 % = 29 N
Cena	78 % = 39 N	82 % = 41 N
C. Chatarra	100 % = 50 N	100 % = 50 N

**HIGIENE:**

Ducha 3	34 % = 17 N	26 % = 13 N
-2	66 % = 33 N	74 % = 37 N
Manos sucias	100 % = 50 N	100 % = 50 N
Manos comer	18 % = 9 N	28 % = 14 N
Manos baño	8 % = 4 N	14 % = 7 N

**II. DENTAL:**

No	100 % = 50 N	100 % = 50 N
Si	0 % = 0 N	0 % = 0 N

**DROGAS:**

Fumar	10 % = 9 N	96 % = 14 N
Inhalante	0 % = 0 N	56 % = 28 N
Otras	0 % = 0 N	22 % = 11 N
No	90 % = 45 N	4 % = 2 N
Alcohol	6 % = 3 N	82 % = 41 N

**DENTICIÓN:**

Tardía	30 % = 15 N	76 % = 38 N
Normal	70 % = 35 N	24 % = 12 N

**P.D.B. :**

Si	100 % = 50 N	92 % = 46 N
No	0 % = 0 N	8 % = 4 N

**SARRO:**

Si	10 % = 5 N	22 % = 11 N
No	90 % = 45 N	78 % = 39 N

**ENF. PARODONTAL**

Si	14 % = 7 N	78 % = 39 N
No	86 % = 43 N	22 % = 11 N

**HALITOSIS:**

Si	96 % = 48 N	76 % = 38 N
No	4 % = 2 N	24 % = 12 N

**HÁBITOS PERNICIOSOS:**

Succión de dedo	16 % = 8 N	0 % = 0 N
Respirador bucal	96 % = 48 N	82 % = 41 N
Onicofobia	12 % = 6 N	26 % = 13 N
Morder labio	32 % = 16 N	38 % = 19 N
Otros	20 % = 10 N	32 % = 16 N

**CARIES:**

0 - 2	8 % = 4 N	86 % = 43 N
3 - 5	38 % = 19 N	14 % = 7 N
6 - 8 +	54 % = 27 N	0 % = 0 N

**ALTERACIONES DENTARIAS:**

Si	36 % = 18 N	28 % = 14 N
No	64 % = 32 N	72 % = 36 N

**CONSULTA DENTAL:**

Consultorio	0 % = 0 N	0 % = 0 N
Centro de alud	0 % = 0 N	0 % = 0 N
Ninguna	100 % = 50 N	100 % = 50 N

**OBSERVACIONES:**

8 de cada 10 niños son varones.

**CAPITULO III**

**"HIGIENE"**

## 1.- ASEO PERSONAL

### 1.1. LA PIEL:

La piel, por medio de sus glándulas sudoríparas, elimina el sudor que es más abundante en temporadas de calor o después de haber realizado esfuerzo físico. Además, las glándulas sebáceas secretan la grasa, que es una capa protectora indispensable para la integridad del tegumento. Pero la grasa recibe adherencias de sustancias diversas tomadas del exterior así como de un número importante de microorganismos. Entre los más peligrosos se encuentran los procedentes de las cavidades naturales, fosas nasales, faringe y los intestinos, que alojan frecuentemente a los llamados "portadores de gérmenes que si bien llevan algunos inofensivos, por regla general son muy nocivos: estafilococos, estreptococos, neumococos, huevos de oxiuros, edenovirus, bacilos, virus de la poliomielititis y otros más. Estos microorganismos, abundantes en las inmediaciones de los orificios naturales del cuerpo, contaminan las manos por contacto con la región infectada, así la transmisión por vía manual juega un papel muy importante para la difusión de ciertas infecciones enterógenas.

Por eso es necesario practicar regularmente una limpieza general. Diariamente deben lavarse con jabón la cara, los dientes, los órganos genitales y los pies. De hecho se debería tomar un baño cotidiano. Lavarse las manos frecuentemente es muy importante, en particular, antes de comer y después de cada defecación. Las uñas deben estar siempre cortadas y limpias.

El baño caliente es sedante: no debe ser demasiado prolongado, especialmente si se trata de sujetos con tendencia a la congestión o con hipertensión. Las duchas de agua tibia o fría y la ducha escocesa son tonificantes y no presentan ningún peligro para las personas normales.

Los detergentes, que eliminan más que el jabón, la capa lipoprotectora corporal, no se debe utilizar en el aseo personal. Otras sustancias pueden alterar la piel, los abrasivos y los productos alcalinizantes, como el agua de javel. El pH del líquido para lavarse, tiene influencia importante: una solución con pH 10 que arranca más células epidérmicas que el agua destilada la que a su vez arranca más que una solución pH 4.5 (pH natural de la piel). Los agresores del tegumento, pueden desencadenar dermatosis profesionales, al poner la dermis en contacto con productos sensibilizantes. Hay muchos productos que pueden causar dermatosis de sensibilización; como los insecticidas, anticriotóxicos, antisépticos, sales de níquel, aminas aromáticas, etc.

Hay dermatosis profesionales entre los trabajadores de la construcción y de la industria química, pero merecen mención las actividades que realizan los niños de la calle como medio de vivencia, sin tomar en cuenta los riesgos, ya que no tienen mucho de dónde escoger para trabajar.

Lo ideal es que se use protección como guantes, uniformes, protección en rostro; en la mayoría de las industrias subemplean a los menores necesitados, los cuales no gozan de ninguna protección. La exposición a la luz solar genera fotodermis en sujetos predispuestos, sobre todo, cuando se usan fotosensibilizantes como sulfamidas, fenotiazina, sumando la contaminación, que reseca la piel haciéndola más sensible a las quemaduras de sol; irritándola y encontrando a la mayoría de los niños con la piel muy irritada y sucia. A largo plazo, las radiaciones solares favorecen el envejecimiento prematuro de la piel, provocando queratosis seniles y epitelomas basocelulares.

## 1.2. LA ROPA:

El vestido sirve para defender al cuerpo del frío, a veces del calor y de la lluvia. Es la capa de aire aprisionada entre los tejidos lo que protege contra los cambios de temperatura. Es necesario que

Los detergentes, que eliminan más que el jabón, la capa lipoprotectora corporal, no se debe utilizar en el aseo personal. Otras sustancias pueden alterar la piel, los abrasivos y los productos alcalinizantes, como el agua de javel. El pH del líquido para lavarse, tiene influencia importante: una solución con pH 10 que arranca más células epidérmicas que el agua destilada la que a su vez arranca más que una solución pH 4.5 (pH natural de la piel). Los agresores del tegumento, pueden desencadenar dermatosis profesionales, al poner la demis en contacto con productos sensibilizantes. Hay muchos productos que pueden causar dermatosis de sensibilización; como los insecticidas, anticriotógenos, antisépticos, sales de níquel, aminas aromáticas, etc.

Hay dermatosis profesionales entre los trabajadores de la construcción y de la industria química, pero merecen mención las actividades que realizan los niños de la calle como medio de vivencia, sin tomar en cuenta los riesgos, ya que no tienen mucho de dónde escoger para trabajar.

Lo ideal es que se use protección como guantes, uniformes, protección en rostro; en la mayoría de las industrias subemplean a los menores necesitados, los cuales no gozan de ninguna protección. La exposición a la luz solar genera fotodermis en sujetos predispuestos, sobre todo, cuando se usan fotosensibilizantes como sulfamidas, fenotiazina, sumando la contaminación, que reseca la piel haciéndola más sensible a las quemaduras de sol; irritándola y encontrando a la mayoría de los niños con la piel muy irritada y sucia. A largo plazo, las radiaciones solares favorecen el envejecimiento prematuro de la piel, provocando queratosis seniles y epitelomas basocelulares.

## 1.2. LA ROPA:

El vestido sirve para defender al cuerpo del frío, a veces del calor y de la lluvia. Es la capa de aire aprisionada entre los tejidos lo que protege contra los cambios de temperatura. Es necesario que

esta capa pueda renovarse eliminando el sudor. Por eso, los vestidos amplios son higiénicos y los impermeables, nocivos.

Los vestidos son con frecuencia, malos conductores de calor, la franela, la tela de lana y las pieles, son los mejores aislantes. Si se mojan, pierden parte de sus posibilidades aislantes, pero menos que otras telas. Al contrario, la tela defiende mejor el calor que la lana, sobre todo si es de color claro.

El cambio de ropa, así como su limpieza es parte de la higiene del individuo, ya que esta se impregna de sudor y excreciones del mismo cuerpo, uniéndole las inclemencias climatológicas que en nuestra ciudad son un gran portador de enfermedades importantes. El estudio a revelado datos que a cualquier persona conmueve, ya que estos, nuestros niños de la calle en ocasiones sólo tienen lo puesto o un cambio de vestido, lo cual nos transporta en su realidad de pobreza extrema, y por lo tanto provoca brotes de infecciones tanto respiratorias como gastrointestinales, llevándoles a su condición de desnutrición lo que se reflejará en su salud y trastornos posteriores.

Lo que hemos mencionado simplemente es una cadena en la cual se encuentran estos pobres niños que adoman nuestra ciudad donde vivimos, cada calle, en cada ciudad en el mundo se ha podido encontrar en algún momento una carita pidiendo ayuda, para salir de la cadena o círculo en que consiste su vida y si futuro el cual todos sabemos o nos imaginamos, y no queremos pensar, ya que nos invade un sentimiento de angustia.

En el mejor de los casos la educación y el querer mejorar, han solucionado en cierta manera esta situación, ya que dentro de este grupo de la sociedad y en sus condiciones se pueden preocupar por su higiene dando un paso gigantesco para su bienestar.

## 2.- HABITACIÓN

### 2.1. SERVICIOS SANITARIOS:

Lo ideal es que en la habitación salubre debe estar dotada de agua potable, lo cual en nuestra ciudad es todo un problema muy conocido; además de tener una sala de baño con lavabo y regadera.

El W.C. es indispensable en cada casa habitación. Los higienistas no aceptan las fosas fijas. Se toleran las fosas sépticas sobre todo en el campo. Se recomienda el sistema de drenaje subterráneo, pero esto no es posible si no hay una red que termina en una planta de purificación

Yo los invitaría a dar una visita a las colonias que rodean las grandes ciudades, y hablando en especial de lo que vivimos, pero no queremos ver y mucho menos recordar, la situación en que encontramos los drenajes saliendo hacia las calles o a ríos cercanos, lo cual no tiene ningún control, infectando agua, aire, alimentos, etc. Es sorprendente que en medio de la ciudad, los más indefensos no tienen idea de el mal provocado por su ignorancia, ya que revelaron en las encuestas que pueden hacer sus necesidades mientras están laborando en las calles y las realizan en prados, parques, terrenos baldíos o estacionamientos. Dando un granito de arena de ayuda para focos contaminantes, en donde es el hábitat de todos y sin saberlo es para todos el aire y agua que nos rodea. Muchas veces estos niños viven en refugios sin la menor idea de lo que es salubridad e higiene para su bienestar.

Los reglamentos sanitarios en toda sociedad incluidos en los de urbanismo, data en Francia el 15 de febrero de 1902, tienen que ver con el abastecimiento de agua potable, la eliminación de basura y de aguas negras, el mantenimiento de las construcciones destinadas a habitación y el acondicionamiento de locales públicos. Pero en muchos casos no se cumple con ello. ¿Será que no queremos cumplirlo ya que nos costaría dinero? (a corto plazo y a largo nuestra salud) o tal vez sea nuestro "hay se va".....

## 2.2. HABITACIÓN INSALUBRE:

Una habitación es insalubre cuando en sí misma, o por las condiciones en que se encuentra, constituye un peligro para la salud de quienes la habitan o de los vecinos.

Por otra parte el vecindario puede ser insalubre: construcciones demasiado elevadas que privan de sol a las circundantes, establecimiento que deben operar cerca de casas habitación, contaminación de un pozo por aguas negras, etc..

Entre las causas de insalubridad, las que más se señalan son: HUMEDAD, asociada habitualmente a la falta de ventilación, sol y calefacción. La humedad puede ser de origen telúrico, por defecto de construcción; en esos casos, es posible curar los muros con sifones. Para reducir la humedad atmosférica (lluvia) es preciso proteger las fachadas expuestas a los vientos dominantes y reparar las techumbres. La falta de limpieza de los ocupantes genera insalubridad, pero desde hace tiempo, la causa más importante de insalubridad es el hacinamiento. La sobrepoblación existe tanto en las ciudades o pueblos. Si se acumulan varias causas de insalubridad, la habitación se convierte en cuchitril: cuando se agrupan, formando islotes de insalubridad.

## 2.3. SANEAMIENTO:

Desde hace mucho tiempo, se sabe que hay una relación estrecha entre habitación inadecuada y enfermedades infecciosas, trastornos mentales y enfermedades crónicas. La O.M.S. ha recomendado que los servicios de sanidad intervengan en el desarrollo del hábitat. En los E.U. el ingeniero de sanidad colabora estrechamente con el arquitecto.

El único remedio para los islotes de insalubridad, es una demolición, con la subsiguiente edificación de habitaciones salubres. Se puede aplicar también en la localización de los refugios de los niños de y en la calle para trasladarlos a lugares donde se les trate como seres necesitados y no como delincuentes para así protegerlos y ayudarlos a vivir dignamente en un ambiente saludable.

### 3 - HIGIENE RURAL

#### 3.1. MEDIO RURAL:

Gracias a la forma más natural de vida que prevalece en el campo, se tuvo éste durante mucho tiempo condiciones sanitarias mejores que en la ciudad; pero actualmente, el proceso se ha invertido. Debido a su menor productividad, la gente que vive en el campo por regla general, tiene una alimentación inferior, salarios más bajos, menos escolaridad, menor atención médica, vestido y vivienda de menor calidad. Los desarrollados industrialmente han registrado una gran migración del campo hacia la ciudad. Si la mortalidad es mayor en el campo que en la ciudad, se debe a que la población campesina es de más edad y además, la fecundidad en el campo supera a la de la ciudad.

#### 3.2. HÁBITAT RURAL:

En muchas regiones, la vivienda rural es un verdadero cuchitril. La causa de insalubridad en el campo es, como en la ciudad la sobrepoblación, añadiéndose la falta de mantenimiento, las dificultades para el suministro de agua potable, la evacuación de aguas negras y basura, la acumulación de materiales que se pudren y la proximidad de animales.

Es necesario mejorar las condiciones de vivienda del campo, construyendo nuevas habitaciones salubres y modernizando campos agrícolas: establos salubres y limpios, separado de locales según utilización.

La basura, generalmente se acumula antes de utilizarla en la agricultura. Es posible disminuir sus efectos nocivos, así como lo ordena el reglamento sanitario, los montones son menores de 2000 m<sup>3</sup>, y se les cubre regularmente con una capa de tierra de 10 cm de espesor.

Cuando se drenan las aguas sucias hacia los arroyos o canales, se provocan muchos problemas: es importante hacer drenajes en el campo, como lo es en la ciudad. Está prohibido esparcir estiércol a menos de 200 m de cualquier vivienda, en terrenos donde se cultivan frutas y legumbres que crecen al ras de la tierra, y que están destinadas a consumirse crudas.

Las aguas negras de preferencia deben drenarse a una fosa séptica que tenga un dispositivo de purificación. Las instalaciones de este tipo deben seguir las indicaciones para mantener el control, evitando así contaminaciones peligrosas.

### 3.3. INSECTOS Y ROEDORES:

Para luchar contra las moscas, se deben adaptar las fosas del estercolero, o vaciarlo con mucha frecuencia. El drenaje de aguas estancadas y terrenos pantanosos, disminuye el número de mosquitos. Los insecticidas de larga duración que permanecen en forma de polverización adheridos a las paredes, son también muy útiles. Los roedores son frecuentes en el campo como en las ciudades. Para eliminarlos, se indican varios procedimientos.

### 3.4. ALIMENTACIÓN:

Desde hace veinte años, la alimentación de los campesinos ha mejorado de tal manera, que casi ya no tiene diferencia con las ciudades: hay más variedad de alimentos y se dispone de ellos en forma suficiente, hay que seguir haciendo esfuerzos, porque el raquitismo sigue siendo más frecuente en el campo que en la ciudad, debido a la mala alimentación y a condiciones higiénicas insuficientes. Las caries dentales son muy numerosas y generalmente no se atienden.

#### 4.- HIGIENE DENTAL

En los sectores de la sociedad donde la educación higiénica no ha llegado, el problema dental se intensifica, por la falta de aseo bucal general, ya que no le tienen la debida importancia a esta parte del cuerpo. Es triste encontrar a jóvenes con pérdidas dentarias importantes lo cual dará posteriormente adultos edentulos prematuros.

Por lo general todos sabemos de los utensilios para la elaboración de limpieza dental, lo cual el principal es el cepillo de dientes que con una técnica apropiada se eliminan los excedentes de alimento evitando su acumulación. En niños y adolescentes por igual, es necesario vigilar el proceso de la dentición. En general, las afecciones dentales no son atendidas como procede, a pesar de la grave repercusión que esto tiene en la salud. Los padecimientos maxilodentales y peridontales son muy frecuentes. La prueba más notable es la elevada incidencia de caries. Por otro lado, la proporción de dientes atendidos es muy reducida.

La frecuencia de caries aumenta con el consumo de hidratos de carbono y disminuye a la par de éste; los azucares refinados son los mayores causantes de caries.

El diagnóstico precoz de afecciones dentales, dos veces al año para niños, es importante para la higiene dental. Esto forma parte del control m dental. Esto forma parte del control médico, pero para que sea eficaz, debe realizarlo un cirujano dentista, que se puede auxiliar de una asistente calificada, que se ocupará de continuar el control posteriormente.

Se debería mejorar considerablemente la higiene dental, en tantas ocasiones deficientes, con una educación adecuada.

La profilaxis de caries está en relación con las causas de su aparición, que son locales, falta de higiene bucal; y generales, consumo de alimentos glúcidos. Es recomendable después de cada alimento, lavarse los dientes, usando polvo alcalino. Pero sobre todo, es necesario equilibrar el régimen alimenticio: no se debe terminar la comida con postre de mermelada o pasteles. El postre habitual debe ser una fruta. Se deben prohibir estrictamente caramelos y dulces entre comidas. Es necesario además, hacer la limpieza periódica de la dentadura. En muchas ciudades de E.U. o Rusia, se adiciona flúor al agua, a razón de 1 mg/l. Este procedimiento supuestamente reduce la frecuencia de caries dental, pero como lo hace notar Pr. Dechaume, su aplicación produce falsa seguridad.

Por lo regular se acepta que los ácidos producidos en la placa dental durante la degradación bacteriana de los carbohidratos de la dieta inician la caries. De esto se desprende que dos métodos importantes para prevenirla, deben ser el control de los carbohidratos de la dieta y la eliminación de la placa del diente. Educar a los pacientes sobre estos métodos debe ser un objetivo importante de todo dentista y, en verdad, el de la profesión odontológica la instrucción del público en general. Para ser eficaces, los métodos usados en la educación sobre la salud dental, deben planearse y efectuarse con habilidad. El objetivo no sólo debe ser la instrucción sino también la persuasión; el buen éxito depende en gran parte de la sinceridad e interés mostrados por los miembros del equipo odontológico.

#### 4.1. INSTRUCCIÓN EN EL CEPILLADO DENTAL:

Aunque más de 50% de los niños dicen cepillarse los dientes al menos dos veces al día, la mayoría presenta desechos sobre los mismos indicando que el cepillado dental se realiza por lo regular ineficazmente, pero para el estudio de los niños de la calle encontramos respuestas aún más preocupantes, ya que la mayoría de los entrevistados no han tenido cepillo dental y si lo tenían ha sido el único de su vida (3-5 años) y nunca han visitado algún dentista para educarse en la higiene y como realizarla.

Al enseñar a los niños cómo cepillarse los dientes, la meta debe ser instruirlos y alentarlos a quitar por completo los desechos y la placa de todas las superficies dentales accesibles. No es sencillo dominar una técnica eficaz de cepillado dental, y algunos niños no poseen destreza manual para tener buen éxito. Este es el caso en particular con los pequeños menores de edad entre cinco o seis años. Además del dentista, tiene un papel importante los padres, y sin ellos es difícil mantener de cerca la educación a cualquier niño.

#### 5.- HIGIENE DE NIÑOS PEQUEÑOS

El niño es, en cierto sentido, un problema moderno. Fue necesario que las civilizaciones se dieran cuenta de que son mortales, que los países estuvieran conscientes de los problemas demográficos, para que se pudiera promover la atención infantil.

Para las civilizaciones primitivas, el nacimiento de muchos niños y la muerte prematura de gran parte de ellos se consideraba fenómenos naturales, mientras que ahora, la muerte de un joven, niño, o recién nacido, nos parece una catástrofe antinatural.

Las causas de mortalidad infantil se dividen en tres grandes grupos: riesgo congénito, alimentario e infeccioso. A las causas congénitas se les llama frecuentemente endógenas, a las otras exógenas.

- El riesgo alimentario, toxicosis o atresias, amenaza a los infantes alimentados con leches no maternas.

- El riesgo de infección, está directamente relacionado con la higiene familiar. Todas las infecciones, en especial las de vías respiratorias, son una amenaza para el lactante con pocas defensas; esto es por los pocos anticuerpos heredados de su madre, y que para el sexto mes de vida, prácticamente han desaparecido.

Estos dos riesgos han disminuido el 90% en los últimos 30 años, y el congénito sólo el 52%.

### 5.1. FACTORES AGRAVANTES:

Muchos factores generales, económicos y educativos, influyen en la mortalidad infantil, como también sucede con otro tipo de males sociales, que en términos prácticos se traducen en la insuficiente preparación materna para su papel, con relación a su hijo.

### 5.2. HIGIENE EN LA PRIMERA EDAD:

La higiene en la primera edad, o puericultura, según el término inventado por A. Caron en 1860, no solo tiene por objetivo evitar la mortalidad infantil, sino que también busca mejorar las condiciones de salud, desarrollo físico y mental del lactante.

El infante debe tener su propia habitación, bien ventilada, con sol y meticulosamente limpia. La temperatura debe mantenerse a 18 °C. Su vestido debe consistir en una camiseta de tela, una camisa de algodón y una chambrita de lana; ahora se sustituyen los pañales de tela con pañales desechables; el calzón de hule se debe evitar.

Durante la lactancia, la madre debe evitar ingerir ciertos medicamentos que disminuyen la producción de leche. Otros medicamentos son dañinos para el bebé como los analgésicos y antibióticos. El bebé necesita atenciones constantes, que sólo la madre puede darle; la ternura materna desarrolla en él sus facultades de percepción y favorece su desarrollo físico y psicológico. Es de suma importancia al igual que la alimentación, la ayuda médica, la cual asistirá a la madre en los cuidados necesarios, ya que sin ellos la vida de los pequeños tomará rumbo no satisfactorio.

## 6.- HIGIENE MENTAL.

La expresión "salud mental" fue usada por primera vez en 1843 por William Sweetser. Para que esta nueva disciplina tuviera posibilidades de desarrollarse como la higiene física; fue necesario el avance de la psicología y la siquiatria.

El espíritu necesita tantos cuidados y atenciones como el cuerpo. Entre más joven, más frágil; y entre más raquíticamente se le alimenta durante su desarrollo, más deficiente será. Las múltiples enfermedades que le atacan son tan graves como las somáticas.

Actualmente, la higiene mental rebasa la etapa de simple prevención de enfermedades síquicas. La Organización Mundial de la Salud la define como "la capacidad desarrollada de poder establecer relaciones armoniosas con los semejantes".

Para determinar mejor este concepto con fines de prevención, se señalan tres conceptos fundamentales que manifiestan la salud mental: conocimiento y aceptación de sí mismo, (sentido crítico) percepción correcta del medio ambiente (sentido común) y capacidad de integrarse (madurez), que le permiten al individuo enfrentarse de la mejor manera a las necesidades (trabajo, familia) y dificultades de la existencia, a periodos de crisis (pubertad, muerte, conflictos afectivos, etc.) y al esfuerzo permanente de adaptación que exige la vida cotidiana.

### 6.1. HIGIENE MENTAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL:

Inseparable de la educación, la higiene infantil es indispensable para que el adulto goce de salud mental. Durante los dos o tres primeros años de vida, el niño necesita del afecto materno continuo.

Después, en ocasiones con detrimento de sí mismo, necesitará adaptarse al medio familiar. Las perturbaciones psicológicas que pueden suscitarse en esta etapa, se deben a graves fallas en la educación familiar, preferencia, frustraciones, brutalidad, malos ejemplos. Muchos de los conflictos afectivos son provocados por equivocaciones que surgen en el ambiente familiar, las que a veces se resuelven mediante la intervención atinada y directa de personas con un amplio criterio, en especial, el médico familiar. Si el niño no encuentra en su ambiente los recursos psicológicos que le son necesarios, conviene llevarlo no a un psiquiatra o psicólogo, sino a un médico especializado.

El adulto al igual que los niños, el síquismo ejerce una influencia significativa sobre el organismo. Los sentimientos violentos, emocionales, ansiedad o tristeza, tienen el mismo efecto tóxico. El objetivo de la higiene mental es darle serenidad al adulto. El altruismo alimenta el optimismo, factor importante para la salud.

#### 6.2. PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL:

La protección social de la salud mental, básicamente curativa, es apenas incipiente en el aspecto preventivo. Se comienza a distinguir, como en los dominios de la medicina preventiva, la prevención primaria para contrarrestar los factores de perturbación mental; la secundaria para el diagnóstico y tratamiento precoz, y terciaria o curativa.

La protección de la salud mental exige alcanzar un umbral colectivo mínimo de satisfacción de las necesidades psicológicas elementales: recursos suficientes, aprecio el trabajo, desempeñado mejoramiento de la vivienda, adaptación del trabajo de la madre a las necesidades familiares, equilibrio y seguridad familiar, organización de la educación escolar y de la formación profesional, preocupación por la gerontología social.

La delincuencia juvenil es un problema social tan grave que amerita legislación especial. El niño delincuente, considerado no responsable, es presentado al tribunal, no para ser castigado sino para ser ayudado y vigilado. En ciertos tribunales, existe uno especial para menores, con uno o varios jueces tutelares. Después se le remite a su hogar o se le deja bajo libertad vigilada o en un centro de readaptación, dotado de una verdadera organización de psicoterapia.

**CAPITULO IV**

**“NUTRICIÓN”**

## 1.- NUTRICIÓN PROTÉICO-ENERGÉTICA

El Mundo tiene grabada una impactante imagen de la desnutrición. La imagen de un niño con ojos desmesurados grandes para su rostro, un niño con la piel grisácea y deshidratada, tensa sobre una frágil caja torácica, demasiado débil para levantar su tazón vacío a la espera de recibir los alimentos donados por los países de ultramar. Esta imagen, que nos contempla desde los boletines de noticias o anuncios destinados a recaudar fondos, ha quedado grabada a fuego en nuestra consciencia colectiva, como un estigma que proclama el fracaso de la civilización.

Sin embargo, existe otro tipo de desnutrición no visible a los ojos de los progenitores o a los agentes de salud. Se trata de la desnutrición del niño que vemos sentado a la sombra, con la mirada apagada, sin energía ni siquiera para espantar las moscas. del niño que raras veces se une a los juegos, que permanece con la mirada perdida.

En efecto una nutrición deficiente en los primeros años de vida, no sólo se traduce en una baja resistencia a las enfermedades o en huesos que jamás serán fuertes o en una vista menos aguda o un oído menos sensible. También altera el milagroso proceso de emigración de las neuronas a las correspondientes zonas del cerebro para empezar a formar los miles de millones de sutiles sinapsis que hacen posible el aprendizaje continuado durante toda la vida. Se trata de la desnutrición proteínica-energética (DPE), que afecta a un enorme número de menores de 5 años en el mundo en desarrollo. Su causa no es la carencia de ningún nutriente específico, sino la compleja interacción entre una dieta deficiente y las frecuentes enfermedades. Y es un tipo de desnutrición que ataca los cimientos del desarrollo, tanto de las personas como de los países. Como se ha señalado la Organización Mundial de la Salud: El bienestar nutricional de la población es un requisito previo para el desarrollo de las sociedades..... Los esfuerzos de los gobiernos para acelerar el desarrollo económico no lograrán

resultados significantes a largo plazo mientras no se garantice el crecimiento y desarrollo infantil óptimo para la mayoría.

## 2- HIERRO

En 1990 cuatro de cada diez mujeres del mundo en desarrollo sufrían un malestar concreto que se manifestaba en forma de fatiga y un deterioro general de su estado de salud. Más de la mitad de las mujeres embarazadas estaban afectadas y debían arrastrar los difíciles meses anteriores al parto sin apenas energías suficientes para hacer frente a su larga y pesada carga cotidiana de trabajo, escasamente conscientes de su mayor riesgo de mortalidad en el parto o del igualmente mayor riesgo de bajo peso al nacer y merma en el desarrollo a que estaban expuestos sus hijos.

## 3- AMIGOS DEL NIÑO

En 1990 murieron más de un millón de menores de un año que habrían sobrevivido de haberles alimentado exclusivamente con leche materna durante sus seis primeros meses de vida. La muerte de estos niños desnutridos y debilitados estuvo precedida en la mayoría de los casos por los últimos dolorosos estertores de una infección respiratoria aguda o por la rápida y angustiada pérdida de los fluidos vitales debido a una enfermedad diarreica.

La mayoría de estos niños murieron porque se les alimentó con sucedáneos de la leche materna. Sus padres, a menudo pobres, analfabetos y con una vivienda desprovista de condiciones higiénicas, decidieron utilizar un preparado de leche en polvo por una diversidad de motivos, incluida la necesidad de que la madre saliese a trabajar fuera de casa, confiando a otras personas la alimentación de su bebé.

Muchos también se dejaron convencer por la publicidad y por el ejemplo y los consejos desacertados de los hospitales y centros de maternidad.

Los preparados comerciales para lactantes son un sucedáneo caro y de inferior calidad que la leche materna. Con frecuencia se diluyen en exceso para ahorrar dinero, a veces con agua insalubre, antes de administrarlos al niño con biberones y tetinas no esterilizados. La lactancia materna exclusiva constituye, en cambio, una forma de alimentación completa, higiénica y de costo inapreciable. También protege al lactante contra las enfermedades comunes y retrasa la reanudación de la ovulación, así evita un embarazo demasiado próximo al anterior. Un millón de muertes anuales son el saldo de esta diferencia.

#### 4.- NUTRICIÓN Y EL ODONTÓLOGO

La premisa básica sobre la que se construye cualquier ejercicio odontológico orientado hacia la prevención requiere que el paciente sea considerado como una persona total, y no simplemente como una colección de dientes que resultan estar conectados a un cuerpo. Son pocas las dudas que pueden existir con respecto al papel fundamental que desempeña una nutrición adecuada en el logro y el mantenimiento de una salud óptima. La etiología de numerosas enfermedades comunes a nuestra sociedad contemporánea ha estado, por lo menos en parte, ligada a factores nutricionales. Estas enfermedades incluyen entre otras, caries dental, infartos, isquémias, hipertensión y varias enfermedades no infecciosas del tracto intestinal.

Lamentablemente, lo que actualmente constituye una buena nutrición sigue siendo un misterio impenetrable para muchos individuos. Hay un elemento de verdad en esta información que esta siendo

diseminada para aquí y para allá por los promotores de alimentos para la salud, los consumidores y la industria de la alimentación, los programas de T.V., la administración para alimentos y drogas, etc. Hay pocas dudas de que el confundido consumidor concluye que los contradictorios consejos y avisos nutricionales simplemente tienden a anularse entre sí, y decide que no puede ser muy importante lo que uno coma, de manera que voy a comer lo que me gusta o pueda, lamentablemente, nada podría estar más lejos de la verdad, ya que en realidad lo que importa es, que se come.

Paradójicamente, la enseñanza de la nutrición y sus principios en la gran mayoría de nuestras escuelas odontológicas sigue siendo relegada. En cambio, el mayor énfasis reside en tratamientos de los distintos estados patológicos después que se producen, presentando poca atención al papel de la nutrición en la prevención de las enfermedades.

No obstante, es un hecho que el tratamiento nutricional es actualmente una parte integrante del tratamiento de muchas enfermedades degenerativas crónicas del hombre.

El odontólogo debe tener una firme comprensión sobre qué constituye una nutrición óptima. Además debe tratar de promover excelentes hábitos dietéticos en sus pacientes.

#### 5.- NUESTROS NIÑOS DE LA CALLE

En el caso de los menores que pasan la mayoría del tiempo en la calle, sufriendo una situación extraordinaria en todos los aspectos hablando específicamente de la nutrición.

Las deficiencias nutricionales resultan particularmente graves en menores de 5 años. La actual coyuntura económica del país ha agravado el estado secular de mala nutrición de grupos y regiones pobres.

Una causa importante de la desnutrición infantil es la disminución, en la práctica de la lactancia materna y su temprana sustitución o suplementos con fórmulas lácteas y otros alimentos. La creciente incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, unida a la falta de un adecuado apoyo social para el cuidado de los hijos, agrava el problema.

Estudios especializados coinciden en señalar que un niño menor de seis meses alimentado con biberón en una comunidad pobre, al enfermarse tiene el triple de probabilidades de morir que un niño alimentado con leche materna. Adicionalmente, prevalecen niveles elevados de desnutrición materna, que como es sabido, vulneran la propia salud y desarrollo del niño.

En el estudio de campo realizado con los niños que vemos constantemente en la calle, se dividió a estos en dos grupos: el grupo "A" (0-6 años y el "B" (7-12 años) fundados en la detención de los niños.

#### GRUPO "A"

Se habla que el desayuno es el alimento más importante del día y de todas las características que deben tener cada una de las comidas. Pero la realidad no es así en este sector de la población al que nos referimos, ya que los resultados dieron la imagen de la cruel realidad en que viven: Teniendo un 38 % de los que toman desayuno, sin tomar en cuenta que la mayoría de estos, no cumplen con los requisitos nutricionales, consistiendo la mayoría de las veces en café o medio vaso de leche (en los casos privilegiados) y una pieza de pan.

La comida tiene como resultado en 56 % y lo que concierne a la cena un 78 %, tal vez esto no sea una cifra alarmante, pero si el tipo de comida ya que están sustituyendo la carne por las pastas y la

leche por agua, pan y tortillas se convierten en la base de todas sus comidas, pero es triste el encontrarse una niña que te pide el refresco que estas tomando, y de lo que comes en ese momento.

Para que los niños lleven una alimentación se les tiene que vigilar, lo cual no se lleva a cabo por el tiempo que pasan estos en la calle, dando la oportunidad de consumir la comida chatarra que logran comprar con las limosnas que piden durante el día. Esto sin tomar en cuenta a los pequeños que mendigan en la calle y que comen lo que la madre llega a conseguir con la frase "para un taco" que para todos no nos es ajena.

#### GRUPO "B"

En este grupo encontramos de los que hacen el desayuno solo el 18 % de los niños entrevistados, consistiendo éste en café y pan, lo cual nos da una idea de la situación. Siguiendo tenemos un 58 % lo que respecta a la comida, la cual no llena ni la mínima exigencia nutricional para cada niño. Consistiendo esta comida principalmente de un guisado en los casos más aptos y de tortillas, pero encontramos que la gran mayoría realiza esta comida en la calle, lo cual esta formada en un 80 % de comida a la que llamamos chatarra.

En la cena sube el porcentaje a 82 % ya que es cuando regresan a sus viviendas y es la única comida que están presentes los padres en la mayoría de los casos, consistiendo esta en un guisado o sopa de pasta, pan o tortilla, bebidas como refrescos o aguas de sabor.

Esto se relaciona con los resultados de Estatura y Peso que también recopilamos, lo cual se encontró un porcentaje de 72 % de baja estatura en el grupo "A" y un 46 % en el grupo "B", resultado que dio según medidas estándares de la población en general de México, según su edad realizados por las Instituciones de salud del Gobierno como el IMSS, en investigaciones de los últimos años.

De los cuales también nos aportaron datos de peso encontrando en el grupo "A" un 36 % de peso normal y un 64 % de niños con peso bajo del nivel normal. A lo que se refiere al grupo "B" se encontró

un 58 % con peso normal y un 42 % con resultado de peso por debajo de los niveles normales. todo analizándolo según se Edad - Estatura y Peso del individuo el día de su entrevista que se realizó para el estudio presente.

#### 6.- IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN HUMANA

Para cada ser humano es de vital importancia que nuestro organismo pueda funcionar normalmente, los alimentos ingeridos deben contener una cantidad suficiente y equilibrada de nutrimentos (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales), y además otros elementos que, aunque no son considerados como nutrientes son necesarios para el buen funcionamiento tales como la fibra. Especialmente para los niños y adolescentes, la nutrición es una rama que permaneció olvidada a lo largo de varias épocas; aún actualmente, sus conceptos son en ocasiones rechazados por mensajes negativos de propaganda que aparecen en las revistas, televisión o radio, y que nos muestra un panorama equivocado del valor nutritivo de los alimentos.

A pesar de que algunos cirujanos dentistas incluyen el consejo nutricional entre sus programas de prevención de caries, la mayoría de los odontólogos se concentran únicamente a estudiar los cambios de patrones en cuanto a higiene bucal en vez de cambios en patrones dietéticos. Esto se debe a la carencia, por parte de los dentistas, de que es demasiada carga para un paciente, por un lado, cambiar sus hábitos de higiene y, por el otro, transformar sus hábitos dietéticos en beneficio de sus dientes.

## 6.1. NUTRICIÓN DE LOS DIENTES:

Los avances actuales de la ciencia demuestran que una dieta adecuada es importante para la salud de los dientes así como la salud en general. Al ser la caries dental una enfermedad multifactorial; no existe una sola causa que la provoque.

El viejo adagio de "Usted es lo que come, pero..... puede aún tener caries dental" se aplica en ocasiones donde los dientes más fuertes y mejor formados desarrollan lesiones cariosas igual que aquellos que están verdes, si los primeros se encuentran en un ambiente que propicie la caries dental, o sea una boca en la que:

- \* Se ingieren muchos alimentos azucarados, blandos, altos en carbohidratos y que quedan atrapados en los dientes.
- \* Existe una placa bacteriana extensa debido a una mala higiene bucal.
- \* Los dientes no están protegidos con fluoruro.
- \* La formación de placa dental no se controla diariamente.
- \* Los dientes son cepillados de una forma irregular, inconstante y sin supervisión.

Como se puede observar, la buena nutrición contribuye a la buena salud general; pero la dieta por sí sola no garantiza que usted tenga dientes sanos y fuertes, aunque contribuye diariamente en la salud de estos.

## 6.2. ¿QUÉ Y CUÁNTO COMER?:

El cuándo, cuánto y qué tan frecuente comes, son factores que el individuo puede controlar, pero lo que se busca hacer, es la selección y decisión más adecuada que ayude a la salud.

El efecto de los alimentos tiene que ver con el contenido de los mismos, su consistencia y la frecuencia de su ingestión. Por lo que el cambio del patrón dietético deberá dirigirse más hacia cuándo lo come, en

vez de lo que come. Lo cual no incluye la sustitución de alimentos nutricionales por comida chatarra. Los alimentos con carbohidratos o azúcares refinados junto con las bacterias de la placa dentobacteriana, provocan la formación de un ácido el cual empezará a activarse en un promedio de veinte minutos después de haberse ingerido estos alimentos. Si se limitan al número de ingestiones alimenticias diarias a tres comidas, significa que sus dientes estarán sujetos al efecto del ácido en un promedio de sesenta minutos al día. Imagínese cómo aumenta ese tiempo si usted ingiere golosinas o alimentos entre comidas; sus dientes estarán expuestos al ataque del ácido por varias horas diarias, multiplicándose enormemente el tiempo en los casos donde realizan la higiene bucal una vez al día y las atrocidades en los que nunca han tenido en sus manos un cepillo dental, ni la educación para usarlo.

#### 6.3. GOLOSINAS:

Existen golosinas llamadas pegajosas (chiclosos) que son altamente fermentables y que facilitan el desarrollo de la caries dental por lo que si éstas son ingeridas, es muy importante enfatizar la importancia del cepillado dental inmediato a su ingestión.

#### 6.4. AZUCARES PEGAJOSOS:

La leche a la cual se le agrega saborizante como chocolate o fresa, leche condensada, la cocoa, los refrescos, las salsas dulces, las bebidas azucaradas, el pan blanco, pasteles, galletas, pastas mermeladas, helados, fruta seca, dulces, bombones, chicles azucarados, cereales endulzados y pasitas, están considerados como los azúcares más dañinos en cuanto a la salud dental se refiere.

De aquí la importancia de empezar a una edad temprana con una regla que los hijos puedan entender: Si es dulce y pegajoso es malo para los dientes. Si su hijo necesita comérselo sugiérale que se cepille los dientes inmediatamente después, ya que el alimento que se queda atrapado en los dientes e el que contribuye a la formación de la caries dental.

El mejor consejo nutricional para todos los individuos que no pueden cepillarse por estar en la calle o por alguna otra razón, es procurar hacerse enjuagatorios con agua corriente o ingerir una fruta. Esta medida se realiza con objeto de remover lo más posible del azúcar residual de las golosinas que se alojan en las fisuras o fosetas de los dientes molares. Lo cual no sustituye de ninguna manera el cepillado para una higiene completa bucal.

Se puede decir que entre las golosinas nutritivas y que nos favorecen grandemente a evitar la caries dental se encuentran por mencionar algunas, las frutas frescas, pepinos, trozos de queso, algunos vegetales crudos, frescos y listos como apio, jícama, zanahoria, coco, etc.

Si los padres eligen inteligentemente un alimento, enseñarán a sus hijos a hacer lo mismo, al igual que sus hábitos de higiene. Entre más temprano en la vida de los hijos se empieza, será mejor; ya que una vez que los niños asimilen los comerciales de televisión relacionados con todas las golosinas, se verán involucrados en la necesidad de comer lo que éstas nocivas campañas les aconsejan.

La mayoría de los anuncios incluyen alimentos saturados de azúcar refinada con alto contenido de carbohidratos, así como los fumosos refrescos con azúcar. Tanto unos como otros abundan en las tiendas y supermercados.

En la entrevista efectuada a los niños de la calle que se tomaron para el estudio, se les preguntó, cuál era el anuncio comercial que recordaban; y las respuestas se encontraban entre refrescos y comida chatarra. Otra pregunta efectuada a los niños, era que: dijeran algún comercial que les hiciera pensar en algo relacionado con dientes; dando resultado de marcas de CHICLES y CIGARROS. Siendo lo más lógico pensar en la pasta o cepillas dentales, descubrimos el manejo publicitario tan dañino para estos niños que en si no tienen una educación empezando por su hogar, tienen la problemática de los mensajes que les dan nuestros medios de comunicación.

Es importante recordar que en cada etapa de la infancia, son importantes desde el punto de vista nutritivo, que los niños ingieren golosinas en un periodo en el cual sus vidas tienen un rápido crecimiento físico y corporal, y sus bocas representan una zona de alta susceptibilidad a la caries dental. Las malas elecciones alimenticias conducirán a malos hábitos, difíciles de erradicar en etapas posteriores de la vida del individuo.

CAPITULO V  
"SALUD ORAL"

## 1.- CONCEPTOS BÁSICOS

Parecería ocioso entretenernos en precisar una definición de salud ya que, aparentemente, todos creemos tener una idea más o menos general acerca de este término. Sin embargo, al analizar los distintos alcances del concepto, se manifiestan diferencias importantes en contenido y significado.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) formuló en 1946 la siguiente declaración, que abarca tres dimensiones. "La salud es el concepto bienestar físico, mental y social; y no solo la ausencia de enfermedad." A pesar de sus innegables aciertos, esta definición ha sido más criticada que aceptada, ya que al hacer hincapié en un completo bienestar físico, mental y social, coloca a la medicina en una situación difícil, al pretender que puede lograr metas prácticamente inalcanzables. La propia O.M.S. ha dejado de lado esta postura utópica, y en la estrategia de su proyecto "salud para todos en el año 2000" señala como objetivo: "que los habitantes del mundo tengan el nivel de salud suficiente para trabajar y participar activamente en la comunidad donde viven".

Con respecto a la definición anterior, todos están de acuerdo en que el bienestar ha sido y es el indicador más objetivo y utilizado para medir la salud. Respecto al bienestar mental, si bien es cierto que desempeña un papel cada vez más relevante en el campo médico, nos topamos con la dificultad de precisar, en algunas ocasiones, los límites entre lo normal y lo patológico de la emociones, las conductas y la interacción social de un individuo.

Muchos por ejemplo, ponen en duda la posibilidad de que actualmente en el mundo enajenado de algunas ciudades "civilizadas", pueda alguien mantener un "completo bienestar mental" y, sin

embargo, no podría considerarse a todos sus habitantes, estrictamente hablando, como enfermos mentales.

En relación a la connotación social expresada en la definición de la O.M.S. se acepta que el ser nace, se desarrolla, se relaciona, etc.; en un contexto social, pero a éste lo consideramos más como un determinado de la salud que como un parámetro de la misma.

Howard Hoyerman afirma insistentemente que en el concepto de salud tendría que incluirse también el bienestar espiritual y sostiene que "al pasar por alto la naturaleza espiritual del hombre, estamos haciendo una caricatura del mismo, un ser humano deshumanizado." Según este autor el proceso de salud esta presente cuando se reúnen tres factores:

- 1) Sentimiento subjetivo de bienestar en todos los órdenes.
- 2) Capacidad para adaptarse a los estados cambiantes del entorno.
- 3) Posibilidad de hacer uso pleno del potencial que posee.

Para René Dubos, la esencia de la salud es "el éxito de un organismo en responder, adaptándose, a las modificaciones del medio ambiente". Dubos considera que los cambios en el medio son siempre amenaza para el bienestar del individuo.

Otro distinguido investigador, Halbert Dunn, sin adelantar una definición estricta de salud, enuncia cinco factores que en su opinión, debe tomarse en cuenta al tratar de precisar el concepto de salud:

- TOTALIDAD. El individuo es un todo indivisible que se compone de cuerpo, mente y espíritu, colocado en un entorno en constante cambio y con frecuencia hostil.
- UNICIDAD. Todos los hombres son únicos y diferentes en su individualidad.

- ENERGÍA. Al igual que cualquier forma de vida, el organismo humano es una manifestación de energía organizada y ordenada.
- MUNDO INTERIOR Y EXTERIOR. Cada persona conceptualiza, percibe e intuye de modo diferentes su ambiente interior y exterior, integrándolos para que sea la base de la confianza en sí mismo.
- INTEGRACIÓN. Todo individuo debe contribuir, de acuerdo a sus capacidades y energía, al bien público.

Podríamos mencionar sobre este mismo tema infinidad de conceptos e ideas, pero sería alargar demasiado al capítulo. Para simplificar nos referiremos a "equilibrio dinámico" para indicar que en el proceso de conservar la salud, el organismo humano, ante los continuos ataques del medio, desencadena sistemas activos de defensa, mientras estos mecanismos logren neutralizar la agresión sin menoscabo de la actividad orgánica, permaneceremos dentro de los límites de integridad anatómica y funcional que también implica, desde luego, fenómenos de tolerancia y compensación. Podríamos imaginar un símil: un malabarista que camina sobre un alambre y tiene que moverse continuamente de lugar para conservar el centro, pero si sus movimientos compensatorios rebasan ciertos límites, pierde el equilibrio y cae. Así el hombre, ante la agresión de agentes vivos e inertes, reales o imaginarios, puede responder eficazmente dentro de ciertos parámetros para conservar la salud, más allá de ellos, sus mecanismos de defensa desencadenan reacciones que conducen al inicio de una enfermedad.

Al mencionar en la definición propuesta que la salud debe considerarse dentro de la individualidad de cada organismo, deseamos subrayar el hecho de que este proceso, la salud es diferente y personal. Por ejemplo si pensamos en un atleta de veinte años y un adulto de setenta, aunque disfrutan los dos de estar sanos, no podemos decir que ambos disfrutan del mismo nivel de salud. La

estatura, peso, conformación, metabolismo, actitudes, comportamiento, etc., varían en cada individuo, pero mientras se conserve dentro de ciertos márgenes, la persona se considera sana.

El medio ambiente es también particular para cada organismo, por lo que sus mecanismos de adaptación deben responder a esa situación. Condiciones socio - económicas, laborales, geográficas, influirán de modo diferente en cada uno y el organismo debe ser capaz de responder a esas variables personales.

La individualidad en las funciones psicológicas es posiblemente más marcada, pues se ve influida notablemente por patrones culturales, de educación, creencias, entorno social, etc.

Los determinantes de la salud o sea los factores que van a influir en un mayor nivel de salud tanto en el individuo como en la comunidad son, según el modelo clásico de M. Lalonde los siguientes:

- 1) El medio ambiente.
- 2) El estilo de vida.
- 3) La biología individual.
- 4) Las políticas de salud.

#### I DETERMINANTES AMBIENTALES.

Climatológicos ( temperatura, humedad, altura), Contaminantes (químicos, físicos, biológicos, psíquicos), Factores Sociales.

#### II HÁBITOS DE VIDA.

Cultura, nivel socio - económico, educación, conocimiento, conductas y convicciones sobre salud, hábitos nutricionales. Higiene personal.

### III FACTORES INDIVIDUALES.

Genéticos, hereditarios, edad.

### IV POLÍTICAS NACIONALES.

Salud, leyes, reglamentos, inversión en recursos humanos y materiales, seguridad social, disponibilidad de servicios médicos.

El paso entre salud y el proceso de enfermedad no se presenta de manera repentina e imprevista, sino que paulatinamente van acumulándose ciertas condiciones que el organismo no es capaz de compensar, le es imposible eliminar o no se puede adaptar y por lo tanto, tiene que ejercer una lucha desigual que conlleva necesariamente a una modificación en su estructura y/o funcionamiento constituyéndose así el proceso patológico.

Entre un estado de salud ideal, un grado mínimo de desequilibrio, una condición de incapacidad parcial, un estado de vida meramente vegetativo y la muerte existen varios grados de salud y diferentes estados de enfermedad.

El conjunto de fenómenos que se suceden al pasar de una condición de salud a un proceso de enfermedad y la evolución de éste, se denomina "historia natural de la enfermedad", en la que podemos diferenciar las siguientes etapas:

1) Etapas Prepatogénica. Esta etapa se puede dividir en dos fases, durante la primera el individuo pasa de un estado de salud absoluta, difícil de conservar, a una situación de pre-enfermedad; En esta fase, llamada prepatogénesis inespecífica, se dan condiciones generales que predisponen a parecer cualquier tipo de enfermedad. Tales condiciones son por ejemplo: mal nutrición, cambios climatológicos, higiene

insuficiente, entorno laboral inadecuado, presiones psicológicas, etc. Ante situaciones como las mencionadas, el organismo puede, mediante sus mecanismos de defensa, adaptarse al cambio del entorno y conservar cierto grado de salud, pero forzosamente su capacidad defensiva se ve menuda de alguna manera.

En la segunda fase, llamada prepatogénesis específica, el organismo se ve agredido por agentes patógenos que tienen la capacidad (si no son neutralizados) de causar una enfermedad determinada y dan lugar a la siguiente etapa de la historia natural de la enfermedad.

2) Etapa clínica. En ésta podemos diferenciar también dos fases: a) precoz y b) avanzada. En la primera aparecen síntomas clínicos ya sean objetivos o subjetivos, establecer un pronóstico e intervenir, en caso necesario, con la terapéutica adecuada (médica y/o quirúrgica) para restablecer el equilibrio y por ende la salud. En la fase avanzada, la enfermedad ha seguido su curso y la capacidad funcional de un organismo, de un sistema o del individuo se ve comprometida, por lo que el riesgo de otras complicaciones se incrementa.

3) Etapa Terminal. A partir de este momento el organismo tiene tres posibilidades:

- a) Restablecerse paulatinamente de manera total e íntegra el equilibrio anatómico y funcional, reincorporando al individuo al proceso de salud.
- b) Restituir parcialmente la armonía, al permanecer definitivamente algunas alteraciones en forma y/o función (secuelas) que no permitirán el pleno desarrollo del potencial individual, en diferentes grados.
- c) Cesar toda actividad defensiva y el individuo muere.

Es importante conocer la historia natural de los diferentes padecimientos que en nuestro caso es el de las alteraciones bucales. Se pueden aplicar barreras o procedimientos preventivos en cada una de sus fases para impedir de acuerdo a las circunstancias, la aparición del proceso patológico o detener su desarrollo.

#### 1.1. MEDICIÓN DE LA SALUD EN UNA COMUNIDAD:

Con el objetivo de evaluar las necesidades de salud en un grupo humano, (escuela, comunidad, población, etc.) jerarquizar sus problemáticas médicas, evaluar la efectividad de los programas sanitarios, dar un enfoque adecuado a la enseñanza de las ciencias de la salud, etc., ha sido necesario diseñar procedimientos suficientemente objetivos en el nivel operacional, para medir el estado de salud mediante técnicas estadísticas llamadas "índices".

Existen algunos índices tradicionales que de modo regular se utilizan para valorar condiciones generales de salud; entre los más frecuentes están:

Índice o tasa bruta de mortalidad. Se obtiene dividiendo el número total de fallecimientos que se presentan en una población o país en el lapso de un año, entre el número total de habitantes a mitad del año; el resultado se multiplica por 1000, para realizar comparaciones con una base fija de población.

Tasa de mortalidad infantil. Es el número de muertes que se presentan en niños menores de un año de edad, durante doce meses, dividido entre el número de nacidos vivos en ese mismo lapso. Se expresa multiplicado por un factor de 1000 ó 10000.

Tasa de mortalidad específica. Número de muertes por una sola causa (por ejemplo: accidentes, enfermedades, desnutrición, etc.) ocurrida durante un año, dividido entre el número de habitantes a mitad de ese mismo año.

Índices de mortalidad. Expresan la cuantificación de una enfermedad determinada en un año, según su prevalencia o incidencia.

Índice de prevalencia. Número de casos existentes de una enfermedad específica en una fecha determinada, dividido entre el número de habitantes de esa fecha.

Índice de incidencia. Número de casos nuevos de una misma enfermedad, durante un año dividido entre el número de habitantes en riesgo de padecer esa enfermedad; se expresa generalmente por 1000.

Índice de esperanza de vida. Este índice es de los más utilizados como indicador de salud de un país. Para calcularlo se toma el promedio de edad máxima que vive una población determinada. El índice se expresa tomando en cuenta los diferentes grupos de edad para calcular el promedio de años de vida restante de estos mismos grupos, por ejemplo: si la edad promedio máxima de una población es de setenta y cinco, y en el grupo de edad de veinte años será cincuenta y cinco.

Estos índices se utilizan como indicadores de las condiciones generales o específicas de salud de una región y van en concordancia, la mayoría de las veces, con índices de desarrollo económico.

En regiones subdesarrolladas donde prevalecen condiciones de pobreza, la esperanza de vida al nacer, por ejemplo, no rebasa los cincuenta años; en cambio en países altamente industrializados, este indicador está por arriba de los setenta años.

Los índices de mortalidad específica se modifican también ostensiblemente según las diferentes condiciones socio - económicas.

## 2.- CONSULTA DENTAL

En nuestro país se utilizan esfuerzos de organización de la comunidad para promover un mejor uso, disponibilidad y organización de recursos para la salud mediante la educación de residentes de la comunidad, los que proporcionan cuidados de la salud al resto de la población, quienes hacen programas sobre la salud de la comunidad.

El uso de medios de difusión para campañas de salud dental y salud en general, son muy comunes encontrarlas en los medios de comunicación tales como T.V., Radio, etc. Uniéndose en cierta manera las campañas de publicidad de algunas marcas de cepillos y pastas dentales, proporcionando información sobre el uso, la importancia del cuidado y atención de la salud dental basada en la higiene. la cual en los niños de y en la calle que son los que intervienen en este estudio, no llega la información, como le llegaría al resto de la población, como la importancia de su uso para su beneficio posterior. Esto se deberá a la falta de recursos o educación de los padres que no inculcan o transmiten esta información o educación a sus hijos, bases importantes en su vida en general, no solo en la higiene.

Dentro de la comunidad, el servicio de atención para la salud dental, se tiene cotizada alta para el sustento familiar en general, en el caso de los niños de y en la calle, al igual que muchos individuos que viven en una situación de pobreza extrema, no están a su alcance ni los centros de salud, uniéndole la falta de educación desde el hogar, sobre la prevención haciendo uso de la higiene que se ha dado ya por varias generaciones. Nos estamos presentando ante una problemática compleja así como grande en magnitud para nuestra sociedad.

Hoy en día para atacar muchos problemas cotidianos que tenemos presentes en la consulta dental, no serían tan complejos o los índices serían más favorables si en lugar de que en el mismo consultorio se trabaje principalmente reconstruyendo y reponiendo piezas perdidas por deficiencia o

falta de prevención en fases anteriores, para devolver la salud y funcionalidad de aparato estomatognático.

Se cambiará a una mentalidad básicamente preventiva en todos los niveles de tratamiento en general, para las comunidades, disminuyendo la problemática de los sectores más necesitados, basándose en la EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y CONTROL DE LA HIGIENE BÁSICA, en todo individuo.

Los resultados del estudio que nos concierne, proporcionan datos alarmantes para nuestra profesión ya que los posibles resultados a futuro, nos trasladan a una realidad difícil de superar por su complejidad.

Estos datos, de los 2 grupos tanto "A" y "B" cuentan con 50 individuos, ninguno tenía o usaba cepillo dental, ni sabían de la importancia de su uso para la higiene dental; su aspecto daba el resultado de su deficiente conocimiento de la higiene personal en general.

Es difícil de creer que en nuestros tiempos hay gente que sobrevive en esas condiciones.

Los datos del estudio referentes a la información que reciben estos niños sobre algo referente que les recordara los dientes mediante los medios de comunicación a su alcance fu:

En el grupo "A" información de CHICLES 10%, PASTA DENTAL 28% y un 62% no dieron referencia (en este grupo incluyen niños de 2 a 6 años de edad).

Del grupo "B", los resultados son CHICLES 40%, PASTA DENTAL 60% (este grupo incluye niños de 7 a 12 años de edad).

Esta información la reciben de los diferentes medios de comunicación como T.V., Radio, Revistas y Letreros.

De los porcentajes de los resultados encontramos que son las pastas dentales, pero en segundo término ya que esta condicionada a un factor que llama más la atención que en sí la pasta y su uso, nos referimos al porcentaje del football, la presencia de Hugo Sánchez, es el real motivo de que se recuerda el producto dental pero indirectamente, lo cual es triste la realidad de la información que se recibe y vive nuestra sociedad.

### 3.- PREVENCIÓN

En la actualidad, gracias a la múltiple y seria investigación realizada, se conoce con exactitud la etiología de las enfermedades dentales más frecuentes, por lo que ya existe posibilidad de eliminar sus causas para prevenirlas. Actualmente el acervo de conocimientos sobre este tema es de tal magnitud, que dio origen continuamente nuevos conceptos, procedimientos y técnicas, resultados del especial interés otorgado a la investigación en este campo.

En el sentido más amplio del término, la odontología preventiva abarca tres diferentes niveles:

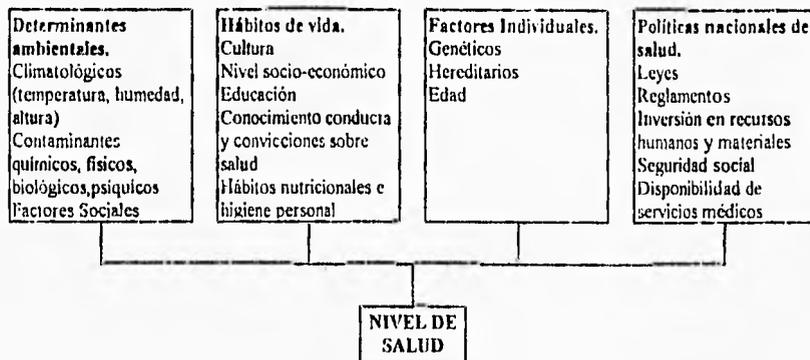
**PREVENCIÓN PRIMARIA:** Comprende todas aquellas medidas encaminadas a evitar la aparición de la enfermedad por uno o más de los siguientes procedimientos:

- a) eliminando los agentes causales
- b) incrementando significativamente las defensas orgánicas
- c) confiriendo inmunidades o resistencia a un organismo susceptible.

En algunos casos, también se consideran dentro de la prevención primaria, aquellas técnicas y métodos orientados a revertir, en su etapa temprana, el inicio de un proceso patológico.

**PREVENCIÓN SECUNDARIA:** Incluyen aquellos métodos que tienden a prevenir el desarrollo de la enfermedad y a restaurar la función normal de un organismo, lo que incluye las prácticas de diagnóstico oportuno y la aplicación del tratamiento eficaz.

**PREVENCIÓN TERCIARIA:** Cuando no es posible evitar la aparición de la enfermedad mediante la prevención primaria, y los medios de prevención secundaria no han sido eficaces para evitar su avance, debemos aplicar hasta donde sea conveniente medidas tendientes a reparar el daño sufrido y rehabilitar al individuo para que se reincorpore a sus actividades normales, y prevenir así su incapacidad permanente, ya sea total o parcial. Este conjunto de medidas integran los procedimientos de prevención terciaria. Si recordamos las etapas de la historia natural de la enfermedad podemos correlacionarlas con los diferentes niveles de prevención, de acuerdo al siguiente esquema.



#### 4.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Lejos están los días en que el cuidado de la salud correspondía solamente al personal médico; en la actualidad, el paciente debe asumir su corresponsabilidad y participar activamente en prevenir la enfermedad, no solo evitando los factores de riesgo, sino también propiciando las condiciones y comportamientos favorables a su bienestar. En este capítulo presentamos de manera esquemática y muy general, algunos conceptos que nos ayuden a fomentar en el individuo esta conducta responsable para conservar la salud bucal.

La prevención de los padecimientos dentales es considerada por algunos autores como objetivo de la educación para la salud bucal. No solo tiene bases médicas sino también psicológicas y pedagógicas que le permiten al profesional comprender cómo las características socioculturales y el nivel de conocimientos de cada persona o grupo, van a modelar sus creencias, sus actitudes y sus hábitos de salud. Por ello, cada mensaje educativo tendrá que estructurarse de acuerdo a las características mencionadas.

Tengamos presente que el solo hecho de comunicar un nuevo concepto no significa que un individuo vaya a modificar su comportamiento; una persona puede saber perfectamente los efectos dañinos del exceso del alcohol y sin embargo persistir en el consumo exagerado del mismo. En la mayoría de los casos el profesional domina las técnicas preventivas, pero desconoce el camino para llegar a convencer a su paciente y motivarlo a cuidar activamente de su salud. Este reto de lograr un cambio de actitud para que cada persona colabore ampliamente en prevenir la enfermedad, no es de ninguna manera sencillo, pero puede lograrse si se conocen los principios básicos de la psicología educativa y algunas técnicas de enseñanza, pero en el caso de los pacientes en que se encuentran sin educación y en una situación de pobreza extrema es aún más complejo el modo de lograr un resultado.

De acuerdo a la taxonomía de BLOOM, el aprendizaje de un nuevo concepto pasa por las siguientes etapas:

- a) Conocimiento
- b) Comprensión
- c) Aplicación
- d) Análisis
- e) Síntesis
- f) Evaluación

En la mayoría de los casos, como odontólogos nos limitamos a que el paciente conozca y, si acaso, comprenda algunas medidas de prevención, pero difícilmente lo llevamos a los niveles de análisis y evaluación para que modifique sus valores relativos a la salud dental y cambie algunos de sus hábitos.

Uno de los mensajes en que hacen más hincapié las campañas de odontología preventiva es la necesidad de consultar frecuente y periódicamente al cirujano dentista y, a pesar de ello, la mayoría de las citas en el consultorio siguen siendo para el alivio de dolor o de otro estado patológico ya establecido y, sólo como excepción, se solicitan para revisión periódica y prevención. El problema radica en que éste y otros mensajes similares, no se estructuran de manera que logren modificar las creencias que gran parte de la población tiene todavía sobre el odontólogo, tales como: experiencias negativas especialmente de dolor en el consultorio, brusquedad o poca finura en el trato personal del profesionista o asistente, temor especialmente a las inyecciones y a las fresas, reincidencia frecuente de caries en dientes ya tratados, inconformidad con prótesis ya sea en lo funcional o en la estética, su evaluación de la profesión odontológica, etc.

Otro de los mensajes muy utilizados y también con pobres resultados, es el relativo a restringir la ingestión frecuente de alimentos y bebidas azucaradas. Al no acompañarse este consejo con hechos que expliquen y convenzan del mecanismo cariogénico de los azúcares, el mensaje de salud se ve neutralizado por la publicidad, y por el contexto sociocultural de identificar lo agradable con lo dulce.

La enseñanza debe desarrollarse de modo que el nuevo conocimiento despierte suficiente interés para que nos anime a actuar en determinada dirección y con la frecuencia suficiente para desarrollar un hábito; en otras palabras, lograr la motivación del individuo.

**CAPITULO VI**  
**"PLACA DENTAL BACTERIANA"**

## 1.- DEFINICIÓN E IMPORTANCIA

Sin higiene bucal, se forma un depósito en la superficie del diente. Este se le denomina placa dental y está constituido por bacterias, los productos extracelulares de las mismas y glucoproteínas. Las capas más profundas de esta matriz se adhieren a la película adquirida que cubre el diente, en tanto que las capas más fuertes de la placa dental. Esta capa exterior o materia alba, formada de bacterias, células escamosas y detritus de alimentos, es fácilmente removida con agua a presión, no así la masa principal del depósito. La placa dental da una apariencia mate a la superficie del esmalte del diente, que de otro modo sería brillante; se identifica mejor después del uso de un colorante revelador como la eritromicina, que tiñe la placa de rojo.

La placa dental se acumula en las áreas de estancamiento como el margen gingival, espacios interproximales y fisuras oclusales. La placa dental adherida por largo tiempo puede calcificar y formar cálculos, en particular en las glándulas salivales principales, sobre todo en estas áreas bucales de los molares superiores y en las caras linguales de los incisivos inferiores.

### 1.1. FORMACIÓN DE LA PLACA:

Se forma por falta de higiene bucal. En circunstancias normales la placa es una entidad dinámica, que en forma constante es frotada por un cepillado o los alimentos y que se desarrolla en las áreas de estacionamiento. La explicación siguiente describe la formación de la placa dental supragingival; variaciones de este proceso ocurre en áreas especiales como el surco gingival, fisura oclusal y espacio interproximal.

### 1.2. PELÍCULA:

La película adquirida consiste en glucoproteínas derivadas de la saliva. Estas se absorben con rapidez en cualquier superficie dental limpia de la boca. De acuerdo a una teoría aceptada la enzima neuraminidasa es producida por cierto número de microorganismos bucales, incluyendo al *Bacteroides melanogenicus* y *oralis*, y también fusobacterias. La neuraminidasa escinde las moléculas del ácido siálico de las glucoproteínas, alterando la configuración de éstas, las cuales entonces precipitan y son absorbidas por la superficie del esmalte.

### 1.3. COLONIZACIÓN INICIAL:

La placa dental se forma primero en defectos pequeños o fosetas de la superficie esmaltada y a continuación se aparece por la superficie lisa. Las bacterias se asocian con la película glucoprotéica adquirida casi en forma inmediata, los primeros microorganismos que se adhieren son *Streptococcus sanguis*, otros estreptococos y los cocos gramnegativos (*Neisseria* y *Branhamella*). La mayoría de estas bacterias derivan de la flora salival que baña el diente.

Después de un desarrollo de 24 horas, la flora consiste de estreptococos por cierto número de otros géneros, también están presentes, como *Neisseria*, *Branhamella*, *Veillonella*, *Corynebacterium*, *Actinomyces*, *Lactobacillus* y *Rothia*. Entre los anaerobios, la primera en aparecer es la especie *Veillonella*, seguida por los actinomicetos facultativos y el anaerobio *Actinomyces israeli*. Conforme la placa envejece, aumenta el número de anaerobios y después de siete días puede detectarse fusobacterias y *Bacteroides*. Los potenciales iniciales de oxidación - reducción de la placa dental puede ser de +200 mV, para el séptimo día han bajado a -110 mV o menos. La placa se hace más filamentososa y la cantidad de estreptococos, *Neisseria*, *Branhamella* y *Rothia* disminuye en términos relativos.

#### 1.4. MATRIZ:

La placa dental no sólo está formada por bacterias, sino también de una matriz orgánica compuesta por glucoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares derivados de las bacterias. Estos polisacáridos (glucano y levano) son elaborados por varias especies de los estreptococos bucales. *Neisseria*, *Rothia* y algunos actinomicetos. Otro material en la matriz de la placa incluye enzimas bacterianas extracelulares y productos difusibles de desechos del metabolismo bacteriano.

#### 1.5. PLACA MADURA:

Un hecho importante acerca de la placa dental madura es la gran variación en su composición. Una sucesión de microorganismos se adhiere a la placa dental o es embebida en la matriz de la placa. El desarrollo de las innumerables interacciones microbianas; los microorganismos producen factores que incrementan o inhiben la sucesión de otras especies en la placa.

Al aumentar el número de filamentos en la placa dental, invaden las capas más profundas, dándole la apariencia de un empanizado cuando se observa en microfotografía electrónica por transmisión.

El número de estreptococos se estabiliza en el quinto o séptimo día y conforme se incrementa la cantidad de placa global de microorganismos en la placa, desciende la proporción relativa de los cocos colonizadores iniciales.

Las espiroquetas sólo se localizan en la porción más madura de la placa por su sensibilidad al oxígeno y sus particulares requerimientos nutricionales. Ellas predominan en el extremo apical de la placa en desarrollo, donde el borde gingival protege a la placa de las fuerzas de desalojo y se ha establecido uno por abajo. Al envejecer la placa, las capas más profundas quedan privadas de oxígeno y nutrientes. Los productos de desecho del metabolismo se acumulan y hay una reducción gradual en la cantidad de microscopio electrónico, pues muestran la presencia de espacios vacíos y bacterias muertas.

#### 1.6. CALCULO:

El cálculo se forma por la calcificación de la placa dental supra y subgingival. Como los depósitos de fosfato de calcio con frecuencia están en manchas, la dureza varía. La placa dental puede cubrir la capa formada de cálculo y calcifica a su vez, formando una cubierta más gruesa de cálculo. La saliva es una solución sobresaturada de calcio y fosfato; se han propuesto varios mecanismos para la calcificación, incluyendo cambios locales de pH y la "siembra" de cristales de partículas pequeñas. El bacilo grampositivo puede desempeñar un papel importante. El cálculo contiene una extensa variedad de microorganismos; se han cultivado 22 especies de muestra trituradas de cálculo. Predominan *Streptococcus sanguis* y *mitior*, y actinomicetos; además, son muy comunes las fusobacterias, *Bacteroides melaminogenicus*, *Leptotrichia buccalis* y *Neisseria*. También se ha aislado de muchas muestras de cálculo la especie *Selenomonas* en cantidades relativamente grandes.

#### 1.7. EFECTOS DE LA PLACA DENTAL:

La placa dental interviene en la etiología de la caries dental; además, la enfermedad periodontal y los estreptococos *sanguis* y *mutans* encontrados en la misma han sido implicados en numerosos casos de endocarditis bacteriana.

## 2.- CONTROL DE LA P.D.B.

#### 2.1. ALIMENTACIÓN:

Una buena parte del desarrollo actual de la odontología preventiva se apoya en el control de la placa dental, pues con esto se piensa limitar los casos de caries dental y enfermedad periodontal. El requisito inicial es el control dietético. La placa aumenta en forma considerable en presencia de carbohidratos en la alimentación y tiene un efecto muy importante sobre el volumen de la placa.

## 2.2. ELIMINACIÓN MECÁNICA:

La educación en la higiene bucal se dirige a la eliminación física de la placa dental, los palillos afilados interdetales y otros dispositivos. Revelar la presencia de la placa dental con colorantes como la eritromicina ayuda a descubrir las zonas afectadas.

## 2.3. DISPOSITIVOS ESCARIFICADORES ULTRASÓNICOS:

Estos remueven la placa en forma mecánica y proporcionan una acción tónica debido al agua a presión. Al mismo tiempo que desaloja placa y cálculo, la vibración ultrasónica puede disgregar las bacterias de la placa subgingival.

## 3.- INFECCIONES DE LA BOCA Y TEJIDOS BUCALES

La caries dental y la enfermedad periodontal son los padecimientos bucales más comunes en los cuales los microorganismos tienen una parte importante. Muchas otras infecciones se encuentran en la boca y tejidos asociados y pueden ser causadas por bacterias, virus y hongos. También pueden desarrollarse infecciones postoperatorias y otras relacionadas con la cirugía bucal.

### 3.1. SIGNOS DE INFECCIÓN:

Estos incluyen ulceración de las mucosas, inflamación, secreciones sinusales, manchas rojas o blancas sobre las mucosas (fistulas) e induración del tejido blando. Los síntomas incluyen dolor, en particular al deglutir y puede haber elevación de la temperatura corporal, malestar y linfadenopatía.

Cierto número de infecciones, sobre todo las causadas por virus, pueden ser generalizadas pero presentan también manifestaciones bucales. Si bien algunas infecciones están restringidas a sitios

determinados en la boca, numerosos microorganismos pueden causar lesiones en las mucosas de cualquier sitio.

### 3.2. CARIES DENTAL:

#### 3.2.1. CARIES EN EL HOMBRE.

Es tentador extrapolar al hombre los hallazgos de los experimentos con animales gnotobióticos. Los estudios en seres humanos son bastante más complejos por la presencia de una flora microbiana normal mixta. Muchos estudios extensos han demostrado un incremento en la cantidad de *Streptococcus mutans* en sujetos con caries activa. Esto puede reflejar un papel patógeno verdadero del microorganismo o demostrar que el mismo se multiplica con rapidez en la lesión una vez que ésta se ha iniciado. Se han intentado. Esto sugiere que otros microorganismos, solo o en combinación, inician la lesión y que el ácido producido por el *Streptococcus mutans* mantiene la alteración y la extiende.

Una dificultad mayor para el estudio de cualquier caries humana consiste en la detección temprana de la lesión. Cuando una lesión es visible con los rayos X ya es lo suficientemente grande para que hayan ocurrido varias sucesiones microbianas desde su inicio. si sucede que el esmalte dental es descalcificado parcialmente y a continuación recalcificado en forma constante, como algunos investigadores sugieren, entonces, la caries podría ser iniciada cuando la descalcificación es demasiado grande para que ocurra cualquier recalcificación total subsecuente. Más adelante, los cambios microbianos pueden ocurrir en este sitio alterado y más retentivo, conduciendo a la formación de una lesión cariosa definitiva.

En los estudios en seres humanos la asociación de *Streptococcus sanguis* y *mitis* con las caries ha sido postulada con base en su producción de ácido, su tolerancia a la acidez y su presencia en la placa dental, además de una extrapolación algo arbitraria, de los estudios en animales. Los lactobacilos están presentes en la placa dental sólo en cantidades pequeñas y por esta razón su papel etiológico en la iniciación de la caries es dudoso. Sin embargo, es posible que los lactobacilos desempeñen un papel importante en la destrucción ácida de la dentina en la lesión establecida. *Actinomyces viscosus* / *naeslundii* se ha aislado en gran número de las lesiones cariosas de la superficie radicular y de la placa gingival en el cuello del diente, en el hombre. Se sabe que inicia la caries de la superficie radicular en ratas y muy bien puede hacer lo mismo en el ser humano. La presencia de gran cantidad de *Actinomyces* en la placa proximal, a menudo denominado al *Streptococcus mutans*, ha incrementado la sospecha de que estos microorganismos son cariógenos en el hombre.

### 3.3. LESIÓN CARIOSA ESTABLECIDA:

Desde los estudios pioneros de Miller, se ha demostrado la presencia de numerosos tipos de bacterias en los túbulos dentinarios de la lesión cariosa avanzada. Protegidos de la fuerza que los desalojan es fácil apreciar que aun microorganismos no adherentes pueden contribuir a la destrucción de la dentina. La acción proteolítica también puede intervenir en este tejido que está menos calcificado que el esmalte. Por lo general los estudios se han realizado en dientes extraídos tomando las muestras desde la cámara pulpar hacia las áreas exteriores de la lesión, evitando de este modo, la contaminación con microorganismos bucales. La flora de la lesión activa es con frecuencia compleja y simple contiene más de un género. Aún en las primeras microfotografías de Miller en 1890 se demostró esto. Los lactobacilos y los estreptococos son los microorganismos predominantes en la mayor parte de los estudios, pero los escasos trabajos que usaron buenas técnicas anaerobias también se ha informado acerca de bacilos y filamentos grampositivos como *Bifidobacterium*, *Propionibacterium*, *Eubacterium*, *Actinomyces* y *Arachnia*.

#### 3.4. INFECCIÓN PULPAR:

Conforme la lesión cariosa avanza, la pulpa se inflama, ya sea como resultado de la invasión directa de bacterias o por efecto de sus productos difusibles. Esta respuesta inflamatoria, denominada pulpitis, da como resultado necrosis pulpar. El aumento en la presión por la formación de pus en la pulpa impulsa a los microorganismos hacia el ápice de la raíz donde se establezca una lesión periapical. Esta osteitis periapical puede extenderse hasta que el periosteo del alvéolo es afectado, produciendo la inflamación característica de un absceso dental. Si se deja sin tratar, el absceso descargará pus hacia la boca o a través de la piel de la cara. En raras ocasiones la pus se abre paso a lo largo de los planos faciales.

Casi todos los primeros estudios de abscesos dentales e infecciones pulpares se hicieron con muestras de pus recogidas de los drenajes a través de la piel o las mucosas. Los estudios recientes, mediante el uso de aspirados de pus y técnicas anaeróbicas mejoradas, han dado una visión completamente diferente de la flora del absceso dental. Los primeros estudios establecieron al grupo de los estreptococos viridians como el más común. Se mencionaron unas cuantas especies de otros anaerobios y el único miembro anaerobio encontrado comúnmente fue Veilonella. En la actualidad se ha demostrado que la mayoría de los abscesos dentales contiene una mezcla de microorganismos, donde predominan los anaerobios, como cocos, Actinomyces, Bacteroides melaninogenicus y gingivales y la especie Veilonella.

#### 3.5. HERIDAS POR MORDEDURA:

En este tipo de heridas puede producirse infección de la boca. Aunque las mordeduras humanas, a menudo son triviales y tan sólo requieren lavarse, una herida más penetrante implantará bacterias de la placa dental en lo profundo de los tejidos y puede resultar una infección bastante grave. Estreptococos, cocos anaerobios y la especie Bacteroides son los agentes patógenos más comunes. Las

**CAPITULO VII**  
**"ALTERACIONES DENTARIAS"**

mordeduras de animales pueden implantar otros microorganismos, por ejemplo, *Pasteurella multocida* el cual puede causar una violenta respuesta inflamatoria. Con frecuencia los microorganismos son aislados en cultivo virtualmente puro. Los perros pueden desarrollar enfermedad periodontal crónica y sus mordeduras también pueden implantar anaerobios.

### 3.6. ABSCESO PERIODONTAL:

Existen pocas investigaciones de la microflora de los abscesos periodontales. Para evitar la contaminación de las muestras deberá utilizarse un instrumento de cultivo con vaina protectora y son esenciales medios reductores para el transporte junto con una metodología relevantes. Predominan los bacilos anaerobios gramnegativo, en particular *Bacteroides gingivalis*, pero existen informes de una extensa gama de especies. En las muestras tomadas de la región más apical del absceso, también se encuentran grandes cantidades de cocos anaerobios, estreptococos facultativos y *Actinomyces*. Quizá sea significativo que el *Bacteroides gingivalis* no se aísla con frecuencia del surco gingival sano ni de la bolsa recién establecida. Es muy posible que la actividad proteolítica de este microorganismo contribuya a su potencial patógeno.

### 3.7. GINGIVITIS:

Al parecer la inflamación de las encías es causada por las bacterias y sus productos en la placa dental adyacente al borde gingival. Hay una respuesta inflamatoria aguda con dilatación de los capilares y exudado de líquido que contiene inmunoglobulinas, complemento y leucocitos polimorfonucleares. La eliminación de la placa produce la resolución de la gingivitis.

Ningún microorganismo en particular ha sido implicado en la gingivitis, es algo más que una reacción a la masa total de microorganismos y sus productos de desecho. Los actinomicetos y anaerobios. Algunos estudios en animales han mostrado que la monoinfección con *Actinomyces viscosus* / *naeslundii* puede causar gingivitis.

## 1.- ESTRUCTURA

Los tejidos dentales se sabe que se forman en dos fases: primero se deposita la matriz orgánica y luego se mineraliza. La alteración de cualquiera de estas etapas puede provocar anomalías en la estructura dental, particularmente importantes en el caso del esmalte.

Un trastorno en la acumulación de la matriz crea hipoplasia, caracterizada por esmalte de espesor irregular o deficiente en su estructura; los defectos pueden ir de pequeñas fosetas o surcos en la superficie del esmalte hasta un defecto excesivo.

La alteración en la segunda fase del desarrollo origina hipomineralización; aunque el esmalte posee espesor normal, parte de él por lo menos, presenta mineralización imperfecta.

### 1.1. HIPOPLASIA E HIPOMINERALIZACIÓN DEL ESMALTE

Los dientes permanentes en desarrollo pueden dañarse por traumatismos o infecciones relacionados con sus predecesores. Con esto nos referimos a efectos locales.

La intrusión o el desplazamiento excesivo de un incisivo primario como resultado de un golpe puede afectar el desarrollo del incisivo permanente. Aumentan las posibilidades para que el esmalte del diente permanente sea hipoplásico conforme más pequeño es el niño al momento de la lesión. Si la hipomineralización y no la hipoplasia es más común, muchas veces como manchas blancas o pardas sobre la superficie vestibular.

Dentro del estudio me encontré a un niño de la calle que me llamó la atención en particular, ya que presentaba este tipo de afección en los dientes anteriores inferiores (centrales y laterales) y en el cuadrante superior los incisivos centrales reportando severas agresiones y cicatrices en diferentes puntos de cara y cuerpo, haciendo las preguntas al respecto encontré con múltiples enfrentamientos con mismos niños de la calle, pero lo mas sorprendente de la información fue los datos de miembros de la

policía, los tratan sin consideración llegando a un maltrato excesivo, lo cual en sus anécdotas son realmente crueles.

El tratamiento vinculado con la extracción de un molar primario puede dañar al premolar en desarrollo, especialmente si el niño es menor de cuatro o cinco años de edad cuando el desarrollo del premolar todavía se encuentra en una etapa temprana.

Del mismo modo, el tipo de daño que puede causar la infección de un diente primario depende de la fase del desarrollo del sucesor permanente.

## 1.2. SISTÉMICA:

La información de la dentición primaria comienza in útero. Hasta el nacimiento, la dentición está protegida contra todas las alteraciones sistémicas con excepción de las más graves; en consecuencias microscópicas entre el esmalte prenatal y postnatal y en ocasiones la diferencia queda lo suficientemente marcada para poder verla clínicamente como "líneas neonatales" a través de las coronas de los dientes que se desarrollaban al nacer. La línea neonatal bien marcada, o el esmalte postnatal defectuosos, se relaciona con alteraciones sistémicas al nacimiento o durante el desarrollo postnatal.

Pindborg (1982) revisó los muchos elementos sistémicos que pueden alterar a los dientes en desarrollo; incluyen factores transmitidos genéticamente (los que originan amelogénesis imperfecta) errores congénitos del metabolismo (fenilcetonuria), alteraciones neonatales (nacimiento prematuro, hipocalcemia, anemia hemolítica), endocrinopatías (hipoparatiroidismo), nefropatías (síndrome nefrótico), enfermedades digestivas, padecimiento hepático y excesivas ingestiones de fluoruros. Muchas veces se considera a las infecciones virales comunes como causa de hipoplasia del esmalte, pero sólo hay pruebas de apoyo en cuanto al síndrome de la rubéola.

Colaborando esta información con la del estudio de la Secretaría de Protección Civil, realizado a finales de 1995, se obtuvo que de los 14 mil menores en y de la calle en el D.F., las enfermedades más comunes fueron en primer lugar las que afectan al sistema RESPIRATORIO, siguiéndole las enfermedades GASTROINTESTINALES y en tercer puesto las enfermedades o afecciones de la piel. Dato también importante y que difiere de los anteriores estudios similares en años anteriores es que de los 14 mil individuos que forman este sector de la sociedad, la mayoría son menores de 12 años de edad.

### 1.3. FRACTURAS:

El estudio dio como resultado un número de niños que presentaban fracturas dentarias principalmente en cúspides de piezas posteriores y de caninos, ya que por falta de educación usan estas piezas dentarias como utensilios para destapar un refresco. Sólo un 5% de todos los niños incluidos, presentaban esta característica de fractura por traumatismo.

Las fracturas encontradas en la clase I y II que corresponde a:

CLASE I. Fractura del esmalte. En las fracturas pequeñas que comprenden poco o nada de dentina.

CLASE II. Fractura extensa de la corona que comprende la dentina pero no la pulpa.

### 1.4. HIPOPLASIA RESULTANTE DE DEFICIENCIAS NUTRICIONALES:

Se han emprendido numerosas investigaciones clínicas para determinar la relación entre defectos hipoplásicos del esmalte y alteraciones sistémicas. Se dio poca importancia a las fiebres exantemáticas, pero los estados con deficiencias de vitaminas A, C y D, calcio y fósforo, muchas veces pueden relacionarse con la aparición de hipoplasia del esmalte.

Sarnat y Schour observaron que en un grupo de 60 niños con historias médicas adecuadas, los dos tercios de los trastornos hipoplásicos ocurrían durante la infancia (desde el nacimiento hasta el primer año de vida). Aproximadamente un tercio de las hipoplasias del esmalte se hallaban en la porción dental formada durante la primera infancia (13 a 34 meses). Menos del 2% de los defectos adamantinos hallados se originaron en la infancia tardía (35 a 80 meses).

Sheldon, Bibby y Bales buscaron determinar si los defectos del esmalte se relacionaban con los males sistémicos. Examinaron secciones de 95 dientes de 34 pacientes con historias médicas detalladas. En más del 70% de los individuos hallaron una correlación positiva entre el momento de formación de una banda de esmalte defectuoso y la existencia de cierta anomalía sistémica. En cambio, los efectos ocurrieron solamente en el 23% de los pacientes sin historia de enfermedades sistémicas que podrían haber ocasionado defectos del esmalte. No se hallaron modificaciones en el esmalte en el 6% de los pacientes con historia de enfermedades sistémicas. Las deficiencias de vit. A, C y D, calcio y fósforo eran las causas más frecuentes de formación defectuosa del esmalte.

Aparentemente en algunos niños, un leve estado de carencia o un estado sistémico son síntomas clínicos, puede interferir con la actividad ameloblástica y producir un defecto permanente en el esmalte en desarrollo.

#### 1.5. HIPOPLASIA ASOCIADA CON INTOXICACIÓN PEDIÁTRICA CRÓNICA CON PLOMO: (SATURNISMO)

Es indudable que muchos casos leves ocurren sin que sean detectados. En nuestra ciudad se han encontrado situaciones propensas a casos de intoxicaciones por plomo, y más en individuos expuestos a largas jornadas de contaminantes en las calles, el lugar de trabajo y hábitat de la mayoría de los niños de y en la calle.

En un estudio realizado en California del Sur por Lawson y Stout, sugirió que los odontólogos que traten niños con esas hipoplasias no explicables deben considerar las exposiciones previas a intoxicación con plomo como parte de la evaluación, en especial si el niño proviene de un estrato económico bajo.

Pearl y Roland señalaron que el feto de la madre intoxicada con plomo puede ser afectado porque el plomo atraviesa fácilmente la placenta durante el embarazo. Observaron retardos significativos en el desarrollo y la erupción de los dientes temporarios de los hijos de las madres intoxicadas por el plomo

También notaron malasia (ingesta de objetos inusuales para satisfacer una perversión del apetito) en niños de 1 a 6 años de edad y también en sus madres. Una de las madres admitió haber comido yeso de las paredes durante varios meses de su embarazo. Dato que fue difícil de investigar en el estudio de los niños de y en la calle debido a las mentiras y falta de confianza.

#### 1.6. HIPOPLASIA CAUSADAS POR INFECCIÓN Y TRAUMA LOCAL:

La hipoplasia del esmalte resulta de un estado deficitario o de una condición sistémica se puede evidenciar en todos los dientes que en ese momento pasan por la formación de la matriz y de la calcificación. La hipoplasia seguirá patrones definidos. Los dientes permanentes, en forma individual, podrán tener con cierta frecuencia áreas hipoplásicas o hipocalcificadas en la corona como resultado de una infección o trauma.

Por ejemplo, un proceso inflamatorio periapical de los dientes temporales se extiende hacia los gérmenes de los permanentes correspondientes y los afectan durante su estado de erupción prefuncional. La infección no estimula la formación de una pared fibrosa difusa alrededor de los gérmenes de los sucesores, afectando la importante capa protectora del esmalte joven, el epitelio del esmalte adherido.

Bauer halló que en algunos casos el epitelio adherido del esmalte era destruido y el esmalte expuesto al edema inflamatorio y el tejido de granulación. El tejido de granulación posteriormente erosionaba el esmalte y depositaba una sustancia metaplásica bien calcificada, parecida al cemento, sobre la superficie de la excavación profunda.

Un traumatismo sobre un diente anterior temporario, que provoca desplazamiento hacia apical, puede interferir con la formación de la matriz y con la calcificación del permanente subyacente. El trauma o la consiguiente infección a menudo producen defectos en la superficie vestibular. La conservación de piezas temporarias infectadas, aunque sean asintomáticas es injustificable. Las consecuencias pueden ser el desarrollo de defectos hipoplásicos en los permanentes, su apartamiento de la vía normal de erupción a causa de la presión del exudado inflamatorio o aún la muerte del diente en formación.

## 2.- ERUPCIÓN RETARDADA

En el retraso de la erupción de los dientes, la información sobre el desarrollo dental presentada en el cuadro siguiente oculta el hecho de que hay considerables variaciones entre los niños. Aunque el retraso en la erupción dental puede vincularse con un padecimiento específico (síndrome de DOWN), casi todos los casos de retraso evidente se ubican en realidad en los límites normales, pero en el caso de los niños de la calle hay que tomar en cuenta la desnutrición aunado a los problemas de enfermedades constantes que presentan, lo cual influye en todo desarrollo físico y mental (incluyendo dentalmente dentro del punto de vista físico).

La erupción retrasada localizada es más usual en la dentición permanente que la primaria; al igual a los datos que se obtuvieron en la encuesta de este estudio desde la dentición tardía se presentó en un 30% en el grupo "A", y en el grupo "B" un 76% de los niños que conformaron este grupo.

### 3- PIGMENTACIONES

Los dientes pueden cambiar de color por una variedad de pigmentaciones intrínsecas. Las tetraciclinas administradas durante el desarrollo dental son una causa bien conocida y proceden alteración cromática que va del amarillo naranja claro hasta el gris pardusco oscuro. El cambio de color pardo o blanco se vincula con el esmalte hipomineralizado, consecuencia de alteraciones locales o sistémicas durante el desarrollo dental. Tal variación cromática se relaciona con el esmalte veteadado originado por la ingestión excesiva de fluoruro, pero de esto es raro encontrar casos en la ciudad de México.

#### 3.1. ESMALTE HIPOMINERALIZADO O VETEADO:

El cambio de color blanco o pardo relacionado con la hipomineralización o con la fluorosis se localiza muchas veces en el esmalte superficial y por lo tanto puede eliminarse mediante el desgaste y pulido.

#### 3.2. PIGMENTACIÓN POR TETRACICLINA:

El cambio de color ocasionado por la tetraciclina no puede eliminarse mediante el pulido pues el fármaco se deposita en el esmalte y la dentina.

Este tipo de pigmentaciones no son ajenas dentro de los niños de la calle debido a las frecuentes afecciones del sistema respiratorio que en casos se suministran a los enfermos. Afectando principalmente a los incisivos centrales y laterales.

### 3.3. MANCHAS EXTRÍNSECAS Y DEPÓSITOS SOBRE LOS DIENTES:

Trabajos anteriores con respecto a las manchas de los dientes de los niños se referían principalmente a estudios sobre manchas verdes o naranjas de tipo extrínseco. Por lo general se acepta que las manchas tienen origen microbiano, aunque algunos informes indicaron que los preparados o tónicos de un tipo con hierro pueden ser responsables de un tipo adicional de coloración extrínseca.

Se cree que la coloración por lo general es causada por agentes extrínsecos que pueden ser removidos con facilidad de las superficies dentales con un material abrasivo. Los agentes responsables de la coloración son depositados en defectos del esmalte o se fijan al esmalte sin ocasionar cambios en su superficie.

La pigmentación, en contraste con la coloración extrínseca, se asocia con la alteración química activa de la estructura dental y el pigmento resultante no puede ser eliminado sin alteración de la estructura dental.

#### 3.3.1. MANCHAS VERDES.

Las causas de las manchas verdes, que se observan más frecuentemente en los dientes de las personas jóvenes, es desconocida aunque se cree que la coloración es el resultado de la acción de bacterias cromógenas sobre la cutícula del esmalte. El color de las manchas varía de verde oscuro a verde amarillento claro. El depósito se observa con más frecuencia en el tercio gingival de la superficie vestibular de los dientes anteriores superiores. Las manchas se forman más fácilmente en la superficie

vestibular de los dientes anteriores superiores de los respiradores bucales. Tienden a recidivar aun después de su eliminación cuidadosa y completa. El esmalte bajo la coloración puede ser rugoso o haber sufrido un principio de desmineralización. Se cree que la superficie rugosa está relacionada con la frecuencia de recidiva de la coloración.

### 3.3.2. MANCHAS ANARANJADAS.

La causa de la coloración anaranjada es de igual manera desconocida. Las manchas ocurren con menos frecuencia y son eliminadas más fácilmente que las verdes. Las manchas se ven más a menudo en el tercio gingival de los dientes y se asocia con mala higiene oral.

### 3.3.3. MANCHAS NEGRAS.

En ocasiones se produce una coloración negra en dientes temporarios o permanentes de los niños, pero es mucho menos frecuente que las de tipo verde o anaranjadas. La coloración puede aparecer como una línea que sigue los contornos gingivales o puede tener un patrón más generalizado sobre la corona clínica, en especial si tiene área con hoyos. Muchos niños con manchas negras están relativamente libres de caries.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO VIII

“HÁBITOS”

## 1.- HÁBITOS

La presencia de un hábito bucal en el niño entre tres meses y seis años es un hallazgo importante del examen clínico. Tal costumbre ya no se considera normal en niños próximos al fin de este límite etario. Si el hábito ocasiona movimiento de los incisivos primarios, se indica efectuar alguna forma de intervención antes de que erupcionen los permanentes. Si no ocurren cambios dentales no se aconseja terapéutica alguna con base en la salud dentaria, sin embargo, algunos pacientes y padres pueden solicitarla por el hecho de que conforme el niño aumenta de edad, los hábitos digitales o del chupón se vuelven menos acapables desde el punto de vista social. Los esfuerzos por desalentar esas costumbres pueden comprender desde una conversación entre dentista y niño hasta un tratamiento más complejo con aparatos.

En lo que concierne a los niños de y en la calle la falta de educación y de atención de parte de los padres hace que estos hábitos perniciosos se arraiguen a su vida por no atenderlos debidamente a tiempo. Lo cual se convertirán en problemas de salud importantes en años posteriores de cada niño ya de adulto.

## 2.- HÁBITOS CON LOS DEDOS PULGAR E ÍNDICE

Estos conforman la mayor parte de las costumbres bucales; a menudo se pregunta a los dentistas sobre los problemas que estos hábitos pueden producir. Un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia. La primera es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión. La duración se define como la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo; la frecuencia es el número de veces que se practica el

hábito durante el día. La duración tiene la función más crítica en el movimiento dental que se produce por el hábito digital. Los testimonios clínicos y experimentales sugieren que se requieren de cuatro a seis horas de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario. En consecuencia, el niño que succiona con intensidad alta y de una manera intermitente puede no causar mucho movimiento dental, mientras que otro succiona de modo persistente (durante más de seis horas) originaría un cambio dental relevante. Se informa que los signos clásicos de un hábito activo son:

1. Mordida abierta anterior
2. Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores
3. Constricción maxilar.

La mordida abierta anterior, es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión, que se presenta porque el dedo descansa en forma directa contra los incisivos. Esto origina un ligero aumento en la abertura vertical; el dedo impide la erupción de los dientes anteriores, mientras que los posteriores tienen libertad para hacerlo.

La erupción pasiva de los molares causará mordida abierta anterior; la intrusión de los incisivos también pueden ocasionarla. Sin embargo, es más sencillo lograr la inhibición de la erupción que una intrusión verdadera.

El movimiento vertibulolingual de los incisivos depende de cómo el paciente coloca el pulgar o el índice en la boca. A menudo, pone el primero de tal modo que ejerce presión sobre la superficie lingual de los incisivos superiores y sobre la vestibular de los inferiores. El niño que succiona de modo activo puede crear fuerza suficiente para inclinar los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores en dirección lingual; el resultado es una sobremordida horizontal aumentada.

La constricción de la arcada superior sucede por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se pone el pulgar en la boca, se fuerza a que la lengua se dirija hacia abajo y lejos del paladar. Los músculos orbiculares de los labios y los bucinadores siguen aplicando fuerzas sobre las superficies vestibulares de la arcada superior, en particular cuando dichos músculos se contraen durante la succión, como la lengua deja de ejercer fuerza de contraequilibrio desde lingual, el arco superior posterior se colapsa en una mordida cruzada.

El tratamiento oportuno es un factor de importancia crítica en este grupo etario. El niño debe recibir una oportunidad para suspender espontáneamente el hábito antes de que erupcionen sus dientes permanentes. Por tanto, la terapéutica a menudo se efectúa entre los cuatro y seis años de edad.

Se aconseja tres métodos diferentes para el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito. El primero, terapéutica de recuerdo, es conveniente para quienes desean suspender la costumbre, pero necesitan cierta ayuda para interrumpirla por completo. Una banda adhesiva pegada alrededor del dedo causal puede funcionar como recordatorio constante para no colocarlo en la boca. La banda permanece en su sitio hasta que el hábito desaparece. Estímulos desagradables, como pintar soluciones de mal sabor en el dedo, también recuerdan al niño que no efectúe la succión. Sin embargo, este tipo de tratamiento se percibe como castigo y puede no ser tan eficaz como un recordatorio neutral.

Un segundo recurso para influir sobre los hábitos bucales, es mediante un sistema de recompensa; se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el niño y el odontólogo, donde sólo se mencione que el niño interrumpirá su hábito durante un periodo específico y como premio recibirá una recompensa, si se satisfacen las exigencias del pacto. La recompensa no tiene que ser extravagante pero sí especial para motivar al niño. Es más probable que el proyecto tenga buen éxito

mientras mayor sea la participación del niño en el mismo. Esto puede incluir la colocación de calcomanías con forma de estrella en un calendario hecho en casa, cuando él evite exitosamente del periodo, se presenta todo un día. Al término del periodo, se presenta la recompensa con halagos verbales por haber satisfecho las condiciones del acuerdo.

Si el hábito aún perdura luego del tratamiento con recordatorio y recompensas y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos.

El problema es aún más complicado cuando los niños no tienen la atención debida de los padres, para guiarlos, lo que pasa la mayoría de las veces en los que están incluidos en el estudio que son los niños de y en la calle, los cuales tienen una higiene insatisfactoria, llegan a caer en este hábito de succión de dedo índice o pulgar en condiciones realmente insalubres provocando infecciones estomacales frecuentes, complicándose con las afecciones ya mencionadas propias de este hábito.

En los diferentes institutos donde dan atención a los niños en estas condiciones de vivir en la calle, se les atiende de primer instancia los problemas generales y a los que permanecen con el tiempo suficiente se les da la atención más especificada pero la realidad es que un número muy reducido llegan a recibir este beneficio por su misma rebeldía se escapan y no se tiene un verdadero control de estos individuos que hasta el momento, ninguno de los sistemas de ayuda son eficaces al 100%.

### 3.- HÁBITOS LABIALES

Son los que abarcan la manipulación de los labios y las estructuras peribucales. Hay varios tipos de hábitos, y su influencia sobre la dentición es variable. En cuanto a efectos denticionales se refiere, la acción de lamer los labios y el hábito de tracción labial son relativamente benignos. Los cambios más

evidentes que se relacionan con estas costumbres son labios y tejidos peribucales rojos, inflamados y resecos durante periodos de clima frío. Poco es lo que se puede hacer para suspenderlos con eficacia, y por lo general el tratamiento es paliativo y se limita a la humectación de los labios.

Aunque la mayor parte de los hábitos labiales no provoca problemas dentarios, la succión labial y la mordedura de labios ciertamente pueden conservar una maloclusión existente. Es cuestionable que estas costumbres ocasionen una maloclusión y no es una situación fácil de asegurar. La observación más frecuente en la succión labial es un labio inferior remetido por lo detrás de los incisivos superiores. Esto produce una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular sobre los superiores. Lo anterior ocasiona inclinación vestibular de los incisivos superiores, retroinclinación de los inferiores y aumento en la severidad de la sobremordida horizontal. Este problema es muy frecuente en la dentición mixta y permanente; su tratamiento depende de la relación esquelética del paciente y de la presencia o ausencia de espacio en la arcada. Si el niño presenta relación esquelética Clase I y sobremordida horizontal aumentada que resulte sólo de los dientes inclinados, el dentista puede regresarlos a su posición original o a otra más normal con un aparato fijo o un removible. No obstante, si se presenta relación esquelética Clase II, se requiere una modificación del crecimiento más complicada para tratar la maloclusión.

#### 4.- PROYECCIÓN LINGUAL Y HÁBITOS DE RESPIRADOR BUCAL

Desde hace poco tiempo se ha dado mucha importancia a la proyección de la lengua y a los hábitos de respirador bucal como causa de maloclusión. La proyección lingual es característica de la deglución infantil y transitoria, ambas consideradas normales para el neonato. La información epidemiológica señala que el porcentaje de sujetos con patrones infantiles y transitorios de deglución, es

superior al correspondiente a individuos con mordida abierta. Esto señala que no hay relación causa y efecto sencilla entre proyección de la lengua y mordida abierta. Además, los resultados en cuanto a duración, intensidad y frecuencia de la fuerza que se relaciona con la proyección lingual, sugieren que el hábito puede preservar una mordida abierta pero no como hallazgo y no un problema por atender.

La respiración bucal y su relación con la maloclusión es un asunto complejo; las investigaciones que se efectúan para contestar las interrogantes acerca de su relación son defectuosas y no bien controladas. El problema principal radica en identificar de manera confiable a los respiradores bucales. Algunos individuos parecen hacerlo por la postura mandibular o sus labios incompetentes. Es anormal que entre los tres y seis años de edad se presente incompetencia labial ligera (grupo "A" del estudio). A otros niños se les denomina respiradores bucales por la sospecha de una obstrucción en la vía respiratoria nasal. Se sugieren analizar bien las posibles causas, para aportar un tratamiento exitoso. En el caso de los niños de y en la calle una de las causas principales a simple vista es falta de higiene de los conductos de la nariz y la congestión de las vías respiratorias, provocando así la necesidad de que este menor de edad tenga la necesidad de respirar por la boca causando:

1. Labios resecos

2. Imitaciones en mucosas bucales en general

Esto provoca diversas anomalías, llevando consigo posibles enfermedades bucales y generales.

## 5 - MORDEDURA DE UÑAS

Es un hábito registrado pocas veces antes de los tres a seis años de edad. Se informa que la cantidad de individuos que se muerden las uñas aumenta hasta la adolescencia, pero son escasos los resultados sobre el tema. Se sugiere que dicha costumbre es una manifestación de mayor estrés en el

sujeto. No existe algún indicio de que la mordedura de las uñas pueda motivar maloclusiones o cambios dentarios; por lo que no se aconseja algún tratamiento. Sin embargo, la acción de morder las uñas puede lesionar los lechos unguales mismos, por lo que puede ser preciso usar productos para el cuidado de las uñas a fin de protegerlas.

## 6.- BRUXISMO

Es un pulimento o rechinar de los dientes que a menudo se informa es nocturno; no obstante, algunos niños los rechinan durante el día. Casi todos efectúan un poco de bruxismo el cual ocasiona desgaste moderado de caninos y molares primarios. Rara vez, con excepción de sujetos impedidos, el desgaste pone en peligro la pulpa al avanzar con mayor velocidad que la producción de dentina secundaria. También se atribuyen al bruxismo la sensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la articulación temporomandibular. Se desconoce la causa exacta del bruxismo importante, aunque ciertas explicaciones se dan en torno a motivos locales, sistémicos y psicológicos. La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción ante una interferencia oclusal, una restauración alta o cierto estado dental molesto. Los factores sistémicos considerados en el bruxismo abarcan parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y endocrinopatías. La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de un desorden de la personalidad o de estrés elevado. Los niños con alteraciones musculoesqueléticas (parálisis cerebral) y aquellos que padecen retraso mental rechinan los dientes con frecuencia. Esta última clase de bruxismo es consecuencia del estado mental y físico básico del enfermo y es difícil de tratar desde el punto de vista dental.

La terapéutica ha de comenzar con medidas sencillas; es preciso reconocer interferencias oclusales y ajustarlas de ser necesario. Si no se localizan alteraciones semejantes, o el ajuste oclusal

fracasa, es preciso considerar la remisión del caso con el especialista apropiado, a fin de descartar algún problema sistémico. Si ninguna de estas dos indicaciones producen resultado, pueden construirse un aparato tipo protector bucal con plástico blando a fin de proteger los dientes y tratar de eliminar el hábito de rechinamiento. Si se considera que la costumbre es ocasionada por factores psicológicos, situación improbable, se justifica enviar al niño con un experto en desarrollo infantil. Pocas veces el desgaste oclusal es tan vasto que se requieran coronas de acero inoxidable para prevenir la exposición pulpar o eliminar la sensibilidad dentaria.

CAPITULO IX  
"DROGADICCIÓN"

## 1.- DROGADICCIÓN

Actualmente existe un acuerdo general acerca de que el reconocimiento de los hábitos y enfermedades que ponen en peligro la vida, tales como el alcoholismo y la drogadicción están dentro del campo de acción del odontólogo. Es aceptado que nosotros somos los encargados de velar por la salud física y mental de los individuos.

Hoy en día los adictos en niños son tan comunes como los adictos en adultos, presentándose más acentuadamente en los niños que viven en las calles expuestos con más facilidad a caer en cualquier tipo de adicciones, además de llegar a necesitar de estos mismos vicios como medio de escape o supervivencia.

Ya es reconocido por toda la sociedad sus pésimas condiciones ambientales y los graves problemas de salud (como desnutrición) al igual que la problemática psicológica, que es más importante a este grado que muchos padecimientos de su propia salud.

Los síntomas del abuso pueden incluir depresión, sentimientos de desadaptación, frustración, inmadurez, malas relaciones objetivas y deficiencias importantes en la estructura y funcionamiento del YO. Los consumidores de drogas "pesadas" tienden a tener poco control de sus impulsos. La higiene en general y la bucal en particular tienden a ser rechazadas por los que tienen este problema.

Además, causan efectos en los procesos normales de razonamiento, los dolores de enfermedades bucales no tratados pueden resultar enmascarados. Esta combinación de factores da por resultado un paciente con poco interés en su salud bucal, dando un índice de dientes cariados y pérdidas tempranas anormalmente altos en su vida posterior.

No es ajeno a nosotros las noticias acerca de narcóticos y marihuana, drogas prohibidas pero no de otras las cuales son libres y no por ello dejan de ser dañinas a ese grado como el ALCOHOL y el TABACO que en cada esquina se consiguen.

## 2.- ¿QUE ES LA FARMACODEPENDENCIA?

Es un estado psicológico y algunas veces físico causado por la acción de un fármaco o droga en el organismo humano. Se caracteriza por producir modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones y manifestaciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a usar la droga o el alcohol en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psicológicos y algunas veces para evitar el malestar producido por la interrupción de su consumo.

Existen dos tipos de dependencia, la física y la psicológica. La FÍSICA consiste en que las células del organismo, adaptan o condicionan su metabolismo y funcionamiento, a la presencia de la droga, de manera que al interrumpirse bruscamente ésta, se produce incluso la muerte si no se suministra la droga.

La dependencia psicológica consiste en que el individuo se habitúa a buscar constante o periódicamente el placer de la droga, sin la cual se siente tan mal, que en poco tiempo comienza a usarla para evitar el malestar.

Cuando una persona se inicia en el uso de la droga o del alcohol, comienza el proceso que lleva a la dependencia, con las consecuencias psíquicas, físicas y sociales que pueden terminar en un aislamiento social o en la autodestrucción.

El momento más peligroso, es aquel en que el sujeto decide probarla por primera vez, bien sea por curiosidad, por presión del grupo o por imitación. En el fondo de cualquiera de estas motivaciones, lo que existe es la falta de información seria sobre los peligros y consecuencias de las drogas, pero si tratan de darles la información para prevenirlos por su propio sentimiento de rebeldía pasan por alto el aviso, siendo ya un reto probarla.

Las dos dependencias (física y psicológica) son crecientes en el sentido de que cada vez se necesita más droga para que el individuo se sienta bien y por consiguiente llega el momento en el que toda la actividad del individuo se centra en conseguirla por cualquier medio y es así como se llega al robo y hasta el asesinato, incluso de los seres más queridos.

El incremento de la dosis ocasiona los cuadros de intoxicación aguda que a menudo llegan a los hospitales, o que matan al sujeto ya que no hay quien lo auxilie oportunamente ya que hablamos de niños.

El farmacodependiente crónico se caracteriza en lo físico por desnutrición y avitaminosis, además de las intoxicaciones aledañas, infecciones locales y generales, úlceras y gangrenas de los miembros. En lo psíquico se encontraron invariablemente las alteraciones de la personalidad, así como cuadros depresivos y psicóticos de extrema gravedad.

No es difícil imaginar las repercusiones sociales que llegan a ocasionar estos individuos.

Para el niño, disminuye la memoria y la inteligencia. Afectan el rendimiento en el estudio. Determinan mal carácter e inestabilidad en el comportamiento. Disminuye su capacidad para el deporte. Propician la búsqueda de amistades peligrosas. Hacen a los niños más propensos a adquirir enfermedades físicas y mentales.

Las drogas psicoactivas, los expone a involucrarse en actividades delictivas. Producen inestabilidad emocional, y pérdida de seguridad en si mismo (disminución de iniciativa y creatividad).

Cuando los padres consumen y abusan del alcohol o drogas, hacen que se alteren las relaciones familiares, los hijos pueden seguir el mal ejemplo de los padres, llevando a la pérdida de autoridad ante los hijos originando incumplimiento de las obligaciones para con sus hijos.

En términos generales puede decirse que toda persona que se inicia en el alcohol o el abuso de drogas, disminuye la posibilidad de lograr éxito en la vida, siendo no productivo y asegura de antemano su fracaso.

En el pasado, las adicciones se referían al uso de marihuana, alcohol o anfetaminas. En la actualidad abarcan un espectro mucho más amplio: incluyen solventes, inhalantes, narcóticos, estimulantes, sedantes, alucinógenos, tranquilizantes y tabaco que sea tal vez el más activo.

Convirtiéndose en un problema personal si no médico, social, económico y político de nuestra ciudad, nación y mundo entero.

Las drogas de uso más generalizado se han clasificado en 3 grupos que a continuación se describen:

#### 1. SUSTANCIAS ESTIMULANTES DEL S.N.C.

Anfetaminas

Cocaína

Basuco

#### 2. SUSTANCIAS DEPRESIVAS DEL S.N.C.

Narcóticos

Barbitúricos

Alcohol

### 3. SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS

L.S.D.

Marihuana

Hongos

Inhalantes (gasolina, pegamentos, etc.)

Pero de estos solo el alcohol, las sustancias alucinógenas y el tabaco, están al alcance de este sector de la población que son nuestros niños de la calle.

### 3.- FACTORES ETIOLÓGICOS EN EL ABUSO DE SUSTANCIAS

El abuso de drogas en jóvenes puede deberse a muchas causas, la más importante de las cuales es la rebeldía contra la sociedad o la necesidad de olvidar las presiones de la vida diaria, un deseo de placer y una necesidad de conformar al grupo en que se asocian en la calle.

Por medio de las drogas obtienen una sensación de independencia momentánea siendo un motivo para persistir en el abuso de la droga, y por consecuencia una historia de conducta delictiva; pero lo más impactante además de triste y doloroso es el uso de este medio para inhibir el hambre que sufren diariamente.

El uso de inhalación de adhesivos constituye un problema grave muy común entre los niños pobres de la calle, lo cual en casos sustituyen al alcohol por los adhesivos. Una pequeña cantidad de adhesivo se vierte en una bolsa plástica y a continuación se inhala. El efecto a veces es aumentado

introduciendo la cabeza en una bolsa plástica mayor. Se produce una intoxicación moderada que dura aproximadamente 30 min.

La inhalación de gasolina es la inhalación profunda deliberada de vapores de este combustible para lograr un estado mental alterado, de 15 a 20 inhalaciones puede ser suficiente para causar euforia, atoxia y desorientación que dura de 5 a 6 hrs. Las exposiciones más masivas a estos hidrocarburos volátiles pueden llegar a la depresión aguda del sistema nervioso central (S.N.C.), pérdida de consciencia, coma y muerte.

El consumo de sustancias tóxicas por inhalación continua es un grave problema de salud importante de nuestra sociedad. Hay informes de muerte súbita a consecuencia de la inhalación de líquido corrector para máquinas de escribir ya que usa solventes como 1,1,1, tricloroetano y el tricloroetileno, conocidos por inducir arritmias potenciales fatales ya que son baratos y de fácil acceso a estos, siendo usados para obtener un "VUELO FÁCIL." como ellos lo llaman comúnmente.

#### 4.- SUSTANCIAS LEGALES.

##### 4.1. TABACO:

Puede producir efectos importantes sobre los tejidos duros y blandos de la boca incluyendo mal aliento, dientes coloreados, abrasión excesiva de las superficies iniciales y oclusales de los dientes, disminución del gusto y del olfato, destrucción periodontal, leucoplasia y cáncer, ya que aumenta la tensión arterial.

Como todo problema referido a la salud en general o a la salud dental, los esfuerzos preventivos deben comenzar en la niñez. Los niños, desde muy temprana edad, necesitan ser ayudados para desarrollar una autoestima e imagen positiva, un sentido de valor personal y una personalidad independiente.

#### 4.2. ALCOHOL:

El alcohol es una bebida que afecta el sistema nervioso. Se extrae mediante procesos de destilación de frutos como la uva, la caña de azúcar, el arroz, la remolacha, la papa y otros. Contrariamente a lo que se cree, el alcohol no es un estimulante sino un depresor del sistema nervioso central. El primer efecto del alcohol en el cerebro es deprimir el área que controla el juicio y el pensamiento, por lo cual se alteran las funciones de recordar, entender, razonar y tomar decisiones; inicialmente elimina las inhibiciones, por lo tanto, el bebedor se siente liberado, espontáneo y alegre. En la medida que aumenta el consumo pasa a un estado depresivo y se altera la coordinación muscular. Cabe notar que no todas las personas reaccionan de igual manera al ingerir alcohol.

Grandes cantidades y altas concentraciones de alcohol producen, irritaciones e inflamación en el sistema digestivo; el beber licor en forma incontrolada y prolongada, puede afectar seriamente el corazón, el hígado, el estómago y otros órganos. El uso crónico del alcohol provoca graves daños de diversos órganos, así atrofia el cerebro y el sistema nervioso, produce demencia alcohólica y cirrosis hepática. En el alcohólico crónico se presenta la dependencia física, y puede llevar a un estado conocido como delirium tremens, caracterizado por náuseas, taquicardia, elevación de la temperatura, convulsiones y alucinaciones visuales intensas.

Cualquiera que sea la etapa en que se encuentre el alcohólico, debe ser tratado. La mortalidad es elevada en nuestra sociedad y en particular con nuestros niños de la calle.

## 5.- SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS

### 5.1. MARIHUANA:

Se le conoce con los nombres de "yerba, mona, cacho, mota, verde, pasto y maracachafa". Puede desencadenar esquizofrenia con comportamientos socialmente peligrosos. Produce conjuntivitis, bronquitis crónica, hipertensión arterial y retardo en el aprendizaje. Crea dependencia psicológica y su sintomatología más frecuente es la tendencia a hablar en exceso, a reír sin causa aparente y el enrojecimiento de los ojos y un olor a paja quemada en la ropa. Requiere tratamiento médico y psicológico o psiquiátrico.

### 5.2. HONGOS:

Se conocen con los nombres de "hongos, casitas, mejicanos y pitufos". Producen relajación muscular, náuseas, dolor de estómago y de cabeza, seguidos de alucinaciones.

### 5.3. INHALANTES:

Producen alteraciones de percepción, lenguaje, coordinación y juicio: la excitación es seguida se estupor y depresiones. Pueden causar lesiones en el hígado, el riñón, los huesos, el cerebro y las mucosas.

Dados los riesgos orgánicos que presenta su empleo, requiere tratamiento médico. Muy frecuentemente, quien empieza a utilizar esta droga, termina utilizando mezclas de varias de ellas, cada vez en mayor riesgo de enfermedad mental y física, aparte de agravar su situación familiar y social.

## 6.- PREVENCIÓN

La curiosidad innata de los niños viene siendo tremendamente estimulada desde la aparición de la televisión con el mensaje de que tomando o aspirando algo se puede sentir uno mejor: desde alkazeltzer, aspirina, coca cola (la chispa de la vida), hasta cigarrillos y alcohol. Super machos fuman y beben para ser superiores, distintos de los demás y para sentirse mejor tanto en momentos de alegría como de depresión. Las telenovelas constituyen una invitación permanente a fumar y a beber. No es por mera coincidencia que el auge de la drogadicción coincida cronológicamente con el desarrollo de la televisión. La prohibición del alcohol y del tabaco para los menores y la permisividad y descarada promoción para adultos, llevan a la mente de los niños la idea firme de que una forma de crecer y ser independiente es fumando y bebiendo. Mencionamos solo el tabaco y el alcohol, porque es con estos como se inician a las demás drogas.

La prevención primaria con tendencia actual para ganar más credibilidad es hacia una actitud de información objetiva y precisa sobre las drogas, adaptada a la edad de los reincidentes y con énfasis especial en descubrir oportunamente las situaciones personales, familiares o sociales que fomentan el ensayo inicial de los fármacos. En una palabra, no confiar demasiado en el valor de crear temor y ni siquiera en la sola información, sino tratar de prevenir el comportamiento inicial del ensayo por curiosidad o por presión social.

Para evitar que sus hijos se conviertan en drogadictos, los padres deben hacer todos los esfuerzos para mantener y fortalecer la unidad familiar teniendo en cuenta la importancia de conocer mejor a sus hijos, comprendiendo su comportamiento en cada una de las etapas del crecimiento para entenderlos, orientarlos y apoyarlos de manera que puedan lograr su normal desarrollo.

El problema que se ha planteado es serio, teniendo que tomar con calma la situación, para afrontarla con serenidad y analizar los resultados de la encuesta que se encontraron niños menores de 7 años fumando y que han tomado alguna vez alcohol: 10% FUMARON y 6% tomaron ALCOHOL.

Y en el segundo grupo de niños de 7 a 12 años de edad se encontraron que el 96% FUMAN, 56% usa INHALANTES, 82% toman ALCOHOL, un 22% usa otros tipos de MARIHUANA y HONGOS. Y solo se encontró un 4% que no aporó ningún dato de tener adicciones.

Pero esto nos da una idea de lo que puede ocasionar como por ejemplo estatura baja, y peso anormal bajo también siendo factores entrelazados POBREZA - DESNUTRICIÓN - ADICCIONES.

El análisis a fondo de estos factores es muy importante porque indicará la forma de tratar a los muchachos para ayudarlos a recuperarse y se requiere de tratamiento médico o psicológico además de ayudarlos a salir de la calle y de todo lo que significa su medio para poder tener resultados óptimos.

Los cuidados y protección que recibe el grupo de menores de 4 años se suponen muy escasos en los hogares humildes, sobre todo en los urbanos marginales, donde la mujer se ha incorporado al trabajo asalariado para contribuir al gasto familiar o por ser el único sostén del hogar. Se define así, un ámbito de extrema vulnerabilidad para el desarrollo del niño, y una elevada probabilidad de incrementar el contingente de niños de la calle.

De la población que demanda atención educativa a nivel de primaria, únicamente 80% es atendido, pero el porcentaje es muy inferior en zonas marginales, tanto rurales como urbanas. A nivel nacional se estima que solo un 66% de los alumnos terminan la primaria satisfactoriamente.

**CAPITULO X**  
**"EL MENOR EN SITUACIÓN EXTRAORDINARIA"**

## 1.- CONTEXTO GEOGRÁFICO, ECONÓMICO Y SOCIAL

### 1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE MÉXICO:

México cuenta con una superficie de 1,967,183 kilómetros cuadrados. Es el tercer país latinoamericano de mayor extensión después de Brasil y de Argentina. Situado entre dos océanos, tiene costa sobre el Pacífico, con extensión de 7338 km, y sobre el mar Caribe, 2805 km. Es el único país de América Latina que tiene frontera territorial con los Estados Unidos de América, con una extensión de 3326 km. Al sur, hace frontera con dos países pobres: Guatemala y Belice.

Grandes porciones del territorio nacional viven aisladas todavía y no han sido incorporadas plenamente a la vida del país, no sólo por la extensión territorial, sino también por factores físico-geográficos y de carácter histórico.

La densidad demográfica es de 34.4 habitantes por km<sup>2</sup>, la cual varía notablemente en cada estado y en cada región. Por ejemplo, en el D.F. se llega a 6320 habitantes por km<sup>2</sup>, en contraste con los estados de Sonora y Quintana Roo, que tienen menos de 10 habitantes por km<sup>2</sup>.

Este es el escenario geográfico donde se configura el fenómeno del niño - trabajador y de la calle.

### 1.2. GEOGRAFÍA HUMANA:

México está dividido en ocho regiones geográficas, que representan diferencias en sus niveles de desarrollo económico. Un ejemplo indicativo de las disparidades regionales es la elevada concentración demográfica y la proliferación de actividades socioeconómicas en las áreas metropolitanas y otros núcleos urbanos, en donde la satisfacción de las necesidades esenciales alcanzan mejor nivel que en el resto del país.

En el 50% de los municipios, la población no cubre ni siquiera el nivel promedio nacional de satisfacción de mínimos de bienestar en material de alimentación, educación, salud y vivienda. Estos modelos de desigualdad constituyen uno de los factores que explican la migración de grandes contingentes de niños y jóvenes de la provincia hacia las grandes urbes.

#### 1.2.1. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA POBREZA.

La pobreza se concentra, sobre todo, en el centro y sur del país. Destacan por su nivel muy alto de pobreza los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, que integran la región de Pacífico Sur.

(MAPA 2).

Después del Distrito Federal, los estados con menor nivel de pobreza corresponden a la parte norte del territorio nacional, integrada por los estados de Baja California Norte y Sur, Sonora, Nuevo León, Tamaulipas y Chihuahua. Los estados de Morelos y México, que integran la región centro, los estados de Jalisco, Aguascalientes y Colima, de la región occidental, presentan niveles medios de pobreza.

La pobreza tiende a ser mayor en regiones semidesérticas, montañosas y selváticas, frecuentemente con deficiencias importantes en cuanto a vías y medios de comunicación. Los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, con el más alto nivel de marginación y por ende, de pobreza, presentan los mayores porcentajes de población rural y de población indígena del país. Este es, sin duda, el grupo más dispuesto a abandonar sus lugares de origen, con la ilusión de mejorar sus condiciones de vida.

### 1.2.2. POBLACIÓN.

Se estima que en México hay 85 millones de habitantes. Cerca de 32 millones (37.5% de la población son menores de 14 años y aproximadamente 11 millones son menores de 4 años.

(gráfica 1).

Es un país con un alto incremento demográfico, a pesar de que la tasa de crecimiento haya reducido a menos de 2% anual, durante los últimos años. Sin embargo, el país tiene el difícil compromiso de crear un millón de nuevos empleos cada año, durante las próximas dos décadas, solo para atender a los jóvenes de cada generación que buscarán ocupación y fuente de ingresos, aparte del compromiso de brindar servicios básicos esenciales a ese enorme contingente de niños y jóvenes.

La distribución geográfica de la población en México no es uniforme. Los 31 estados y el D.F. en que está dividido el país, tienen densidades de población muy diversas.

La mayor concentración urbana del país la tiene la ciudad de México, cuya población se ha incrementado a velocidades poco comunes, pasando de 3 millones en 1950 a casi 20 millones en 1989. Otros conglomerados importantes son las ciudades de Guadalajara con 4 millones y Monterrey con 3.5 millones (gráfica 2), 70% de la población del país viven en localidades mayores de 2500 habitantes, fenómeno que refleja el proceso de urbanización que ha experimentado el país, agravándose los niveles de marginación, con el consecuente deterioro de las condiciones de vida de la población, en la que los niños y jóvenes constituyen los grupos sociales más vulnerables.

### 1.2.3. GRUPOS ÉTNICOS.

Las etnias son grupos marginados que han quedado fuera de los beneficios del desarrollo nacional, a pesar de que éstos también hacen posible dicho desarrollo.

En la República Mexicana existen 56 grupos indígenas, con profundas raíces históricas, por ser ellos los legítimos descendientes de los antiguos pobladores de este país. Todas estas etnias están perfectamente diferenciadas y cada una de ellas habla por su propia lengua. Sin embargo, el español, como instrumento oficial de integración nacional, ha dado origen al bilingüismo entre los pueblos indígenas.

Los grupos indígenas de México representan entre 10 y 12% de la población total del país (de 8 a 10 millones de indígenas), en su gran mayoría, habitan en regiones de ecología adversa, como resultado de un proceso histórico durante el cual han perdido las mejores tierras y han debido asentarse en regiones de refugio, desérticas y montañosas, que padecen incomunicación y escasez de recursos vitales, como el agua, que les impiden alcanzar, sin el apoyo decidido de la sociedad nacional, niveles de productividad que les permitan mejorar sus precarias condiciones de existencia y de bienestar. Fruto de esta situación, es común encontrar familias indígenas en la calle de nuestras ciudades, donde sus hijos están obligados a trabajar o mendigar para poder subsistir.

### 1.3. SITUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL:

El estado mexicano se ha caracterizado por su elevado grado de participación directa en la economía, en calidad de propietario e inversionista, actitud considerada como uno de los logros derivados de la Revolución. Sin embargo, en los últimos años el gobierno ha reducido la desvinculación del Estado del aparato productivo, mediante la venta de empresas estatales (no estratégicas) a empresarios privados, como una política tendiente a enfrentar la difícil crisis económica generada por la deuda externa, de aproximadamente 100 mil millones de dólares.

La crisis económica que experimenta actualmente el país tuvo sus episodios más graves durante los años 1986 y 87, afectando a la población en general, pero el costo social de la crisis se ha

concentrado en los más pobres, pues el salario mínimo perdió durante la última década, la mitad de su poder adquisitivo con el agravante de que el salario mínimo es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas familiares; además, en México más del 40% de la población económicamente activa devenga un salario mínimo.

Ante el deterioro de los niveles de ingreso, los pobres han adoptado, entre sus medios de sobrevivencia, la incorporación de más miembros de la familia (incluso menores de 15 años) al mercado ocupacional. Este fenómeno trae consigo desventajas para la estabilidad familiar e incide de manera directa en el abandono y descuido de los niños más pequeños de las familias pobres.

La satisfacción de las necesidades esenciales de los distintos grupos sociales en México depende de su inserción en el sistema económico, de su organización y de su fuerza política. De ahí resulta que la insatisfacción de las necesidades esenciales se concentran en aquellos grupos que no han logrado encontrar trabajo permanente en las ramas más productivas de la economía en condiciones de sindicalismo organizado. Este enorme contingente humano que se encuentra desempleado o subempleado está conformado por asalariados eventuales urbanos, por ejemplo en la industria de la construcción, como jornaleros y la inmensa mayoría de campesinos que trabajan con técnica tradicional. Los vendedores, lavadores y cuidadores de autos, que han proliferado en los últimos cinco años, también deben considerarse como parte de la población subocupada.

En México, el Estado reconoce estos hechos. Las garantías sociales contenidas en la Constitución son una forma de acomodar las leyes económicas en una sociedad de mercado, además de regular la distribución de los beneficios entre la población, mediante la presentación gratuita de ciertos servicios (educación, asistencia social) y apoyo a instituciones de seguridad social.

Sin embargo, las políticas de ajuste económico necesarias en el marco de los esfuerzos por compensar los desequilibrios internos y externos han incidido desfavorablemente en el gasto social. En efecto, el gasto social bajó de 6.8% del PIB en 1980 a 5.3 en 1988 (gráfica 3). El presupuesto asignado para educación se redujo 35% en sólo 5 años, al pasar de 5.3% en 1982 a 3.6% del PIB en 1987. El gasto para el sector salud bajó menos que el de educación, al reducirse de 2.2 a 2% del PIB durante el mismo periodo (gráfica 4).

#### 1.4. SITUACIÓN DEL NIÑO Y LA MADRE:

En México son muchos los niños y madres que viven en condiciones de pobreza extrema, con bajos niveles de ingreso y reducidas oportunidades educativas y de salud.

UNICEF, al igual que diversos organismos nacionales del sector salud, han señalado que, desde el momento de la concepción hasta los seis meses de vida, el entorno del niño es su madre. Durante este periodo el factor decisivo para la supervivencia y desarrollo del niño es el estado de nutrición de la madre. Si ese entorno se caracteriza por la pobreza y unos servicios deficientes, se origina una multitud de nuevos peligros. En consecuencia para crear una barrera protectora en torno a los años más vulnerables de la vida de un niño, es preciso promover, en primer lugar, la salud de la madre.

Siguiendo este criterio, es oportuno avanzar en la consecuencia de cambios para mejorar los niveles de salud y bienestar materno infantil.

La atención a miles de niños y madres pobres es de vital importancia para evitar las numerosas muertes fácilmente prevenibles a través de técnicas sencillas y de bajo costo.

##### 1.4.1. MORTALIDAD INFANTIL.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años ha sido considerada como uno de los mejores indicadores para comparar y establecer el estado de salud y las condiciones de vida de una población, pues una elevada tasa de mortalidad de menores de 5 años ha sido asociada con una situación

económicamente pobre, que se refleja en ambientes insalubres y en escaso o deficiente esfuerzo de las autoridades por mejorar las condiciones de vida de los pobres.

La tasa de mortalidad infantil fue de 63.8 por mil y la de menores de 5 años, de 71.9 por mil, ambas estimadas con base en una encuesta realizada en 1987 por la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud; y UNICEF, por otro método, estimó la mortalidad infantil en 48 por mil para el mismo año.

Existe una tendencia hacia el descenso, lo cual hace suponer que para el año 2000 la tasa de mortalidad infantil será de 35 por mil y la tasa de mortalidad de menores de 5 años, de 49 por mil (gráfica 5). Esto significa que en la próxima década morirán cerca de 1,800,000 niños menores de 5 años, de los cuales cerca de 1,300,000 será de menores de un año.

Las principales causas de mortalidad infantil son: factores perinatales, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas. Todas ellas prevenibles por métodos sencillos.

La distribución geográfica de la mortalidad infantil en México es bastante desigual, pues los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla superarán 100 por mil como tasa de mortalidad de menores de 5 años, y otros cinco estados (Hidalgo, México, Guanajuato, Aguascalientes y Veracruz) superan 80 por mil.

En 1987, del total de madres existentes en México, 13% de ellas perdió un hijo, a 4% le falleció dos o más niños. Del total de fallecimientos infantiles ocurridos en el país durante ese año, 55% sucedió en el grupo de madres con un hijo muerto y el 45% restante, en el grupo de madres con dos o más hijos muertos. (gráfica 6)

#### 1.4.2. MORTALIDAD MATERNA.

La tasa de mortalidad materna (número de defunciones por embarazo, parto o puerperio sobre niños nacidos vivos registrados por 10 mil) fue, en 1983, de 8 por 10 mil, es decir, 2133 muertes maternas en la República Mexicana.

Sin embargo, debe tomarse en consideración que en estas cifras hay apreciables subestimación, producto de las deficiencias del sistema de estadísticas vitales.

Las principales causas de mortalidad materna son las toxemias, hemorragias, complicaciones del parto y abortos. Las defunciones maternas (muertes por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio) merecen atención prioritaria, por las repercusiones familiares que conllevan, porque ocurren en mujeres jóvenes y porque en su mayoría se pueden evitar mediante un buen control prenatal y una adecuada atención del parto y del puerperio.

La frecuencia del embarazo en mujeres muy jóvenes, aparte de propiciar la mortalidad materna, ocurre generalmente en madres solteras, quienes son las más propensas al abandono y desprotección de los niños.

#### 1.5. SITUACIÓN EDUCACIONAL:

Es conocido que el periodo entre los 0 y 4 años de vida es uno de los más formativos, tanto en el desarrollo físico como mental, con cambios fundamentales, de mes a mes y de año a año, que dan las bases para la vida futura del niño.

Este es un periodo de inmenso aprendizaje informal, donde se adquiere una serie de habilidades y destrezas físicas y mentales básicas para la vida. Pese a los esfuerzos que se realizan en el campo de la educación inicial, del total de la población preescolar que demanda atención, solo el 48% es atendido.

## 2.- SITUACIÓN DE LOS NIÑOS TRABAJADORES Y DE LA CALLE

A los niños de la calle nadie los ha contado, o al menos nadie con precisión. Se sabe que son muchos porque se encuentran en las calles de las grandes ciudades ofreciendo la venta de diversos artículos, lanzando fuego en los cruces de las avenidas pidiendo monedas por sus trucos, o simplemente mendigando.

Durante las 24 horas del día, la calle es el espacio de convivencia de este grupo de niños; ahí sobreviven de día y de noche, sin más amparo que la ley de la calle. Su condición de trabajadores maltratados de la calle, ha conducido a considerarlos como menores en circunstancias especialmente difíciles.

En México existen aproximadamente 26 millones de niños y jóvenes en las zonas urbanas, y de ellos, no menos de 40% viven en condiciones de extrema pobreza, es decir, cerca de 11 millones de niños, de los cuales aproximadamente 5 millones están en riesgo de ser o convertirse en callejeros, aceptando la prostitución, el robo, drogas y violencia como formas de subsistencia personal y familiar, al tiempo que adoptan la calle como hogar. (gráfica 8)

A pesar de que esta realidad es abrumadamente grave, el problema del niño callejero es subestimado y se le considera un fenómeno aislado de la sociedad en su conjunto. Sin embargo, el fenómeno del niño callejero crece de manera alarmante, tanto en México como en el resto de los países Latinoamericanos, siendo la población joven más golpeada por los efectos del subdesarrollo, que les restringe su participación en la construcción de la sociedad, en la medida que hacen más discriminatorias las ofertas educativas, reduce las oportunidades productivas y causa empobrecimiento

generalizado. Todo esto ha propiciado el aumento de la inseguridad social, la proliferación del delito, el aumento del crimen y otros signos graves de descomposición social.

Los menores, en su mayoría entre 7 y 17 años, viven en la calle trabajando para subsistir y para ayudar en el sustento de sus familias, que son demasiado pobres. En la calle estos niños están desamparados, sin la protección familiar ni de la comunidad, y en consecuencia, se tornan vulnerables a la explotación de terceros y a una diversidad de peligros físicos y morales.

En una sociedad subdesarrollada, el niño socializado por el bajo mundo de la calle sufre privaciones e insatisfacciones que le generan instintos elementales que tienen que ver con la violencia, impulso compensatorio al que no se sabe resistir un menor en medio de su desolación e incompreensión.

El niño de la calle es un miembro de la pobreza. Dentro de los grupos marginados de México, y en general de América Latina, estos niños pueden considerarse como los marginados de los marginados. Ellos son los últimos en la pirámide social; son una prueba patética de la injusticia social.

Definir y comprender mal al niño de la calle es empobrecerlo todavía más. Su identidad merece el máximo respeto. Los niños de la calle son producto de muchas causas, pero la más inmediata se relaciona con la desintegración de las familias en los sectores de mayor pobreza, las cuales se enfrentan al desempleo, desnutrición, insalubridad, falta de vivienda y carencias educativas. Los niños nacidos en estas familias marcadas por la desesperanza y el abandono son niños pobres, abandonados a su propia suerte, que desde temprana edad tienen que adaptarse con rapidez a la realidad de un mundo adulto duro y muchas veces insensible, expuestos a una sociedad que desconocen las alegrías, las emociones y las satisfacciones.

Los hijos de las familias marginadas buscan refugio en los amigos de la esquina o en las bandas, creando su propia subcultura en búsqueda de identidad, pertenencia y afecto. Por lo general se vinculan a grupos cuyo comportamiento está relacionado con la drogadicción y la delincuencia, que presentan mecanismos de ruptura con la familia, la comunidad y la sociedad.

Los niños que delinquen lo hacen como consecuencia de una serie de privaciones psicosociales, económicas y culturales que han sufrido durante sus vidas. Son niños procedentes de un nivel socioeconómico bajo y marginal; son muchachos que viven en poblaciones o barrios de extrema pobreza, en albergues improvisados o en lugares de la ciudad (estaciones de ferrocarril, centrales de autobuses, etc.), que de noche les ofrecen un refugio temporal.

Su vida transcurre en condiciones mínimas de alimentación y salubridad, con pocas o ninguna posibilidad de acceso a la educación y al mercado de trabajo, y con espacios recreativos extremadamente limitados.

Entre las características más sobresalientes de estos niños se destacan:

- Una gran capacidad de sobrevivencia en la calle, empleando distintos medios: vagancia, robo, mendicidad, tráfico y consumo de drogas e inhalantes, prostitución, homosexualismo y trabajo prematuro.
- Una actitud defensiva frente a las personas, como respuesta al maltrato físico de que son objeto por parte del medio social que los rodea.
- Una madurez precoz, junto con actitudes pasivas, apáticas y agresivas.
- Satisfacen sus necesidades básicas en la propia calle, donde comen, duermen, juegan y trabajan.
- Enfrentan crecientes dificultades escolares, que los llevan a la repetición de cursos y al abandono de sus estudios.

- Son producto de la carencia de afecto familiar y social, que influye negativamente en su crecimiento armónico e integral.
- Trabajan en la calle, en el sector informal de la economía.
- Permanecen en la calle sujetos a la explotación laboral, sexual y psicológica.
- Sustituyen a la familia como grupo socializador por la banda o la pandilla.

La problemática de la niña de la calle es mucho más grave, por su doble condición de abandono y de mujer. En la familia es rechazada y el servicio doméstico es subvalorado; además, sufre las consecuencias de la maternidad prematura, el abandono y la prostitución.

Adicionalmente, estos jóvenes han sido internados en instituciones para su reeducación, como un esfuerzo para proteger a la sociedad, casi siempre dentro de ambientes rígidos y represivos que solamente empeoran la situación y los aleja de su comunidad.

Si realmente se desea contribuir a que los niños y jóvenes se reintegren positivamente en la sociedad, se deben buscar alternativas de solución a sus problemas, trabajando con ellos en su propia realidad y en los contextos donde transcurren sus vidas. Esto significa estimular cambios en sus familias, en los grupos de sus amigos, sus comunidades y sus necesidades.

México tiene que preguntarse y responderse cuanto antes, con objetividad, ¿cómo son realmente los niños de la calle?, ¿dónde están?, ¿qué les está permitido hacer?, ¿qué hacen realmente?, ¿qué posibilidades reales de desarrollo les están ofreciendo? y ¿qué clase de adultos serán?

## 2.1. NIÑOS DE LA CALLE:

Los niños de la calle se diferencian del niño trabajador en que éste último todavía tiene relación con su familia, con quien por lo menos puede vivir, ya que el vínculo afectivo se mantiene teniendo que trabajar para ayudar a la subsistencia familiar. En cambio, el niño de la calle ha roto con su familia, no

sólo por las pocas o nulas posibilidades económicas, sino porque ha sido víctima de un constante maltrato.

Los niños de la calle proceden de colonias y barrios urbanos marginales, cuyas familias, generalmente rurales, han inmigrado a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida. Son menores de 17 años, cuyo hábitat cotidiano son las calles, plazas, parques, mercados y sitios de atracción turística y comercial; duermen en terrenos baldíos o en simplemente donde caiga la noche y haya lugar que les brinde abrigo nocturno.

Su alimentación se compone de todo aquello que les puedan regalar o de lo que compran con dinero que logran conseguir; por lo general presentan un alto grado de desnutrición. El robo en las calles no es exclusivamente el modo de sobrevivencia; expresa al mismo tiempo un deseo de afirmación y poder, con la sensación consiguiente de placer.

La droga, preferentemente los inhalantes, por la facilidad de adquirirlo, es sobre todo una manera de evadirse de una realidad carente de afecto y de recursos. A veces la droga es requisito para integrarse a la pandilla y un signo de autoafirmación ante los demás.

Una de las características especiales nuevas que el niño de la calle ha desarrollado es la de haber aprendido a utilizar las diversas instituciones de protección social en el momento en que les conviene, sin que por ello modifiquen su condición de callejeros. Cuando se sienten demasiado enfermos y requieren reposo y atención, o cuando las actividades recreativas de estas instituciones los son atractivas, acuden a ellas, pero su permanencia es fugaz y en corto tiempo regresan de nuevo a la calle.

### 2.1.1. NIÑOS DE LA CALLE.

(Características)

- Carecen de afecto
- Abandonados
- Sufren represión y violencia
- Son trabajadores temporales
- Subsisten como pueden
- Deben aportar económicamente

### 2.2. NIÑOS TRABAJADORES:

Son aquellos que, aunque pasan la mayor parte del día en las calles de la ciudad, conservan todavía una determinada relación con sus padres (más con la madre). Generalmente, los niños trabajadores salen de su hogar para contribuir al sustento familiar, desempeñándose principalmente dentro del sector informal de la economía, como vendedores ambulantes, limpiadores, lustradores de calzado, malabaristas o cantantes de autobús y metro, tratando de hacer estas actividades en forma organizada y constante.

En muchos casos, estos niños también llegan a desempeñarse dentro del sector formal de la economía en fábricas y empresas, generalmente como obreros y mensajeros o empleados de mantenimiento. Son usados incluso para prescindir de la mano de obra adulta, ya que no cuentan con contrato de trabajo, siendo mínimo sus prestaciones, por lo que puede afirmarse que son laboralmente explotados, ante la inexistencia de una adecuada legislación laboral que los proteja.

El niño que trabaja en la calle está naturalmente expuesto a riesgos de todo tipo: accidentes, desnutrición, enfermedades por contagio y transmisión sexual, riesgos ambientales y otros. A lo anterior se agregan las carencias educacionales y de capacitación, por lo cual implica negativamente el desarrollo físico y psicosocial del niño.

### 2.2.1. NIÑOS TRABAJADORES.

(Características)

- Semiabandonos
- Escolaridad irregular
- Trabajo continuo
- Aportan económicamente a su familia

### 2.3. NIÑOS MALTRATADOS:

El maltrato es un problema generalizado que se presenta en diferentes sectores sociales, y en sus expresiones pueden ser: físico, psíquico y carencial (afecto, recreación y educación).

Todo lo que atenta contra la dignidad del niño es maltrato. La base esencial del maltrato coincide con la falta de respeto hacia el niño como ser humano; de ahí la importancia de promover, por todos los medios posibles, el respeto a su dignidad, por ser él parte fundamental de la sociedad.

El maltrato no es solamente la agresión física o el abuso de diversos tipos, sino toda agresión que lesione los derechos del niño, que deteriore sus condiciones de vida y que impida o retrase su desarrollo como persona.

### 2.3.1. NIÑOS MALTRATADOS.

(Características)

- Carencia de afecto
- Dignidad transgredida
- Recreación limitada
- No acceso educativo
- Agresión física y psicológica

### 2.4. NIÑOS ATENDIDOS EN INSTITUCIONES:

Estadísticas parciales en unos ocho países Latinoamericanos indican que cerca de medio millón de niños viven en instituciones cerradas, públicas y privadas. Varios especialistas consideran que las

instituciones cerradas no dan un trato adecuado a los niños minimizando las necesidades de amor e intimidad de los menores, condiciones que son necesarias para su desarrollo emocional y social.

Muchas de las instituciones se han creado imitando modelos de países industrializados, por lo tanto sus propósitos se distancian de las realidades que viven nuestros niños. Además, los costos de mantenimiento y funcionamiento son muy altos, haciéndose necesario la búsqueda de alternativas para la desinstitutionalización, sacándolos de los establecimientos y llevándolos a recibir otro tipo de atención, como por ejemplo los hogares sustitutos.

#### 2.5. NIÑOS EN SITUACIÓN DE CONFLICTO ARMADO:

La violencia en América Central ha estado en aumento durante los últimos años, como producto de la confrontación armada entre fuerzas políticas internas. A pesar de los reiterados diálogos y acuerdos entre las partes en conflicto para alcanzar la paz, el conflicto armado ha generado cada vez más víctimas, de las cuales un gran número son niños, que han sido desplazados de sus hogares, sufriendo trauma psicológico, debido a la inseguridad de una prolongada situación de violencia social, de la cual huyen, tanto a través de la frontera como a otros sitios en sus propios países.

Como en los últimos años en los conflictos de la ex - Yugoslavia, tema que para todos no es ajeno. Un buen número de refugiados políticos centroamericanos son niños, que han cruzado la frontera mexicana, asentándose temporalmente en el estado de Chiapas, al sur de México.

#### 2.6. NIÑOS AFECTADOS POR DESASTRES NATURALES:

Gran parte del territorio mexicano esté expuesto a terremotos, erupciones volcánicas y ciclones de gran magnitud, que recientemente han ocasionado miles de víctimas y damnificados.

Durante los sismos de 1985, que afectaron al centro del país y durante los ciclones que destruyeron poblaciones en los litorales mexicanos, la atención proporcionada a los niños afectados se ha limitado a brindarles protección por días y semanas inmediatamente después de sucedidas las catástrofes. Sin embargo, es necesario dedicar mayor atención de caracteres preventivo, dirigida a los niños en las áreas geográficas de inminente peligro y poner en práctica estrategias más efectivas, basadas en diversos estudios.

#### 2.7. CAUSAS:

El fondo del problema radica en la desequilibrada distribución de los recursos existente en la sociedad, originándose un ciclo de marginación que se inicia con la desatención de las zonas rurales. Esto conlleva a que las familias emigren en busca de una vida mejor, pero la ciudad también es incapaz de atender las demandas de estos nuevos habitantes que cada día llegan a ella. El resultado de todo esto es la marginación de ese contingente de población, especialmente jóvenes procedentes del campo, quienes para subsistir consiguen trabajos mal remunerados, con los cuales, no pueden mantener a su familia.

La única alternativa para la subsistencia de estas familias marginadas es el trabajo por parte de todos sus miembros, incluso de los niños. Pero como la ley prohíbe emplear a los menores, entonces ellos, marginados legalmente de las oportunidades laborales, se subemplean o autoemplean en el único espacio que les es posible, la calle, sin más amparo que el que ellos mismos se prodiguen. Muchos niños de estos caen en vicios como la drogadicción, la prostitución y el robo, entrando en conflicto con las autoridades policiales y de justicia. Por lo general se ordena el encierro del menor en instituciones represivas no formativas, donde aprenden prácticas delictivas, ampliándose así las probabilidades de convertirse en delincuentes adultos.

## 2.8. ¿QUIENES SON LOS NIÑOS EN SITUACIÓN EXTRAORDINARIA?:

- Niños de la calle
- Niños trabajadores
- Niños maltratados
- Niños Institucionalizados
- Niños afectados por desastres naturales
- Niños en situación de conflicto armado

## 3.- LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF).

### 3.1. PRESENTACIÓN:

Se dice que los niños son la esperanza del mundo, los depositarios de todos los sueños y anhelos que nosotros, los adultos, no hemos podido hacer realidad. En ellos recae la enorme responsabilidad de convertir este mundo en algo mejor para todos.

Aunque la infancia debería ser la etapa más plena y hermosa del desarrollo humano, lo cierto es que muchos niños en el mundo padecen carencias económicas y afectivas que les marcan en su vida adulta. Nadie puede dejar de desear que todos los niños tengan una infancia feliz y que esté garantizado su bienestar físico, mental y material; que todos los niños disfruten de un hogar, una familia, la educación y alimentación necesarias para hacerlos crecer sanos y fuertes, para hacer de ellos hombres o mujeres de bien, ciudadanos útiles y productivos, padres de familia amantes y responsables, seres humanos completos.

Como en tantas otras ciudades del mundo, en la de México ya es un hecho cotidiano ver a muchos niños trabajando en actividades que nos conmueven y avergüenzan, porque indican nuestra incapacidad para brindarles el bienestar a tienen derecho. Así, todos los días podemos ver niños limpiando parabrisas, vendiendo chicles o haciendo de magos o payasos en el cruce de una avenida. Se emplean de esa manera porque buscan sobrevivir.

Vivimos tan de prisa que no nos da tiempo de percatarnos que muchos niños buscan, en la oscuridad de las aceras y rincones, el refugio y la protección de la familia que no tienen. Buscan la compañía de sus amigos de la calle o de un perro, a cambio del cariño de los padres de los que huyeron o que los abandonaron; buscando en un miserable sueldo la esperanza de abrir la puerta del futuro, a la que como mexicanos y como seres humanos, tienen derecho.

*El texto corresponde a la Convención aprobada a fines de 1989 por la Organización de la Naciones Unidas.*

Así mismo, la legislación mexicana incluye los derechos de los niños tanto a nivel constitucional como en las leyes que reglamentan las garantías individuales.

No se puede dejar de reconocer que la sociedad está obligada moralmente a velar con firmeza por los derechos de los niños, pues es evidente que no pueden defenderse por sí mismos. Por ello, no basta con tener presentes sus problemas, es indispensable conocer y promover sus derechos y aportar soluciones para eliminar toda injusticia y hacer realidad la esperanza del mundo que son los niños.

- Artículo 1 niño - edad
- Artículo 2 No discriminación
- Artículo 3 Interés superior del niño
- Artículo 4 Aplicación de los derechos humanos
- Artículo 5 Dirección de los padres
- Artículo 6 Derecho a la vida
- Artículo 7 Derecho a un nombre y a una nacionalidad
- Artículo 8 Preservación de la identidad
- Artículo 9 Cuidado de los padres - no separación
- Artículo 10 Reunión de familia
- Artículo 11 Traslados y retenciones ilícitos de niños
- Artículo 12 Derecho a expresar sus opiniones
- Artículo 13 Libertad de expresión e información
- Artículo 14 Libertad de pensamiento de creencia y religión
- Artículo 15 Libertad de asociación
- Artículo 16 Vida privada y reputación
- Artículo 17 Medios de comunicación social
- Artículo 18 Crianza y cuidado del niño
- Artículo 19 Protección contra los abusos
- Artículo 20 Niños sin padres
- Artículo 21 Adopción
- Artículo 22 Niño refugiado
- Artículo 23 Niño impedido
- Artículo 24 Salud
- Artículo 25 Exámenes periódicos del niño por autoridades
- Artículo 26 Seguridad social
- Artículo 27 Nivel de vida
- Artículo 28 Educación
- Artículo 29 Objetivo de la educación
- Artículo 30 Derechos culturales, religiosos y lingüísticos
- Artículo 31 Descanso y esparcimiento
- Artículo 32 Protección contra la explotación económica
- Artículo 33 Protección contra el uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas

Artículo 34, 35 y 36 Protección contra la explotación sexual, contra el secuestro, venta o tratos de niños; y contra todas las otras formas de explotación

Artículo 37 Tortura - pena capital

Artículo 38 Conflictos armados

Artículo 39 Recuperación y reintegración

Artículo 40 Rehabilitación, no castigo

Artículo 41 Otras disposiciones más favorables

#### ARTICULO 1

Para los efectos de la presente convención, se entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

#### ARTICULO 2

1.- Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2.- Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición. Las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, tutores o familiares.

#### ARTICULO 3

1.- En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

2.- Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3.- Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades

competentes, especialmente en material de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

#### ARTICULO 4

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

#### ARTICULO 5

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

#### ARTICULO 6

- 1.- Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida.
- 2.- Los Estados Partes garantizan en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

#### ARTICULO 7

- 1.- El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.

2.- Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos, de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

#### ARTICULO 8

1.- Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares, de conformidad con la ley y sin injerencias ilícitas

2.- Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas, con miras a restablecer rápidamente su identidad.

#### ARTICULO 9

1.- Los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares; por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padre o cuando éstos viven separados y deba adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

2.- En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.

3.- Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado uno de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.

4.- Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte de uno de los padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño o, si procede, a otros familiares, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ellos resultase perjudicial para el bienestar del niño. Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

#### ARTICULO 10

1.- De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes, a tenor de los dispuestos en el párrafo 1 del artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de él a los efectos de la reunión de la familia, será atendida por los Estados Partes de manera positiva, humanitaria y expedita. Los Estados Partes garantizarán, además que la presentación de tal petición no traerá consecuencias desfavorables para los peticionarios ni para sus familiares.

2.- El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del párrafo 2 del artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral pública o los derechos y libertades de otras personas y que están en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención.

#### ARTICULO 11

- 1.- Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.
- 2.- Para este fin, los Estados Partes promoverán la concertación de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

#### ARTICULO 12

- 1.- Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de su edad y madurez.
- 2.- Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidades de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya que sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

#### ARTICULO 13

- 1.- El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.
- 2.- El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias.

#### ARTICULO 14

- 1.- Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
- 2.- Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho, de modo conforme a la evolución de sus facultades.
- 3.- La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud pública o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

#### ARTICULO 15

- 1.- Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.
- 2.- No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral pública o la protección de los derechos y libertades de los demás

#### ARTICULO 16

- 1.- Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.
- 2.- El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

#### ARTICULO 17

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán porque el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral, su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes.

#### ARTICULO 18

1.- Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

2.- A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes presentarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.

3.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niño para los que reúnan las condiciones requeridas.

#### ARTICULO 19

1.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2.- Esas medidas de protección deberán comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales, con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otra forma de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación anterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y según corresponda, la intervención judicial.

#### ARTICULO 20

1.- Los niños temporales o permanentes privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derechos a la protección y asistencia especiales del Estado.

2.- Los Estados Partes garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidados para esos niños.

3.- Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guardia, la kafala del derecho islámico, la adopción, o de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

#### ARTICULO 21

Los Estados Partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea consideración primordial.

#### ARTICULO 22

Los Estados partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trae de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para que él disfrute de los

derechos pertinente enunciados en la presente Convención y en otros instrumentos internacionales de Derechos Humanos o de carácter humanitario en dichos Estados sean Partes.

#### ARTICULO 23

Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la presentación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

#### ARTICULO 24

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas: Reducir la mortalidad infantil y en la niñez.

Asegurar la presentación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud.

Desarrollar la atención preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

#### ARTICULO 25

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes, para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental, a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

#### ARTICULO 26

Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho, de conformidad con su legislación nacional.

Las presentaciones deberán concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables de su mantenimiento, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de presentaciones hechas por el niño o en su nombre.

#### ARTICULO 27

Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

A los padres u otras personas encargadas del niño, les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglos a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionará asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, vestuario y la vivienda.

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otra persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad del niño resida en un Estado diferente de aquél en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualquiera de otros arreglos apropiados.

#### ARTICULO 28

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidad ese derecho, deberán en particular: Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos.

Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional; hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en casos de necesidad.

#### ARTICULO 29

Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

Desarrollar la personalidad las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades.

#### ARTICULO 30

En los Estados en donde existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personales de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y a practicar su propia religión, o emplear su propia vida cultural, y propio idioma.

#### ARTICULO 31

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

#### ARTICULO 32

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

#### ARTICULO 33

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a los niños en la producción y el tráfico ilícito de esas sustancias.

#### ARTICULO 34

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales. Con este fin los Estados Partes tomarán, en particular todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir la explotación del menor.

#### ARTICULO 35

Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin en cualquier forma.

#### ARTICULO 36

Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

#### ARTICULO 37

Ningún niño será sometido a tortura ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad.

Ningún niño será privado de su libertad ilegal. La detención, encarcelamiento se llevará a cabo de conformidad con la ley, y se utilizará tan solo como medida de último recurso y durante el periodo más breve que proceda.

#### ARTICULO 38

Los Estados Partes se comprometen a respetar y velar porque se respeten las normas del derecho internacional humanitario que sean aplicables en los conflictos armados y que sean pertinentes para el niño.

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los 15 años de edad no participen directamente en las hostilidades.

Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas que hayan cumplido 15 años, pero que sean menores de 18, los Estados Partes procurarán de prioridad a los de más edad.

De conformidad con las obligaciones demandadas del derecho internacional humanitario de proteger a la población civil durante los conflictos armados, los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado.

#### ARTICULO 39

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reiteración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de malos tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

#### ARTICULO 40

Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes, a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor que fortalezca el respeto del niño por los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tenga en cuenta la edad del

niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.

#### ARTICULO 41

Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:

- a) El derecho de un Estado Parte, o
- b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado.

#### 4.- CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA 1995

##### 4.1. UN MUNDO DE DIFERENCIA:

La tragedia de los niños y niñas de Rwanda es la última en la serie de este tipo de desastres. De manera menos ostensible, la marginación económica de un número aún mayor de familias, esta privando también a millones de niños del derecho a un desarrollo normal tanto físico como mental. Ambas cuestiones "el incremento de la inestabilidad y la exclusión económica" estarán en la agenda de la cumbre Mundial para el Desarrollo social de 1995 en Copenhague. Pero esta estrategia no resolverá la emergente crisis en la seguridad humana a menos que conceda prioridad a la protección e inversión en el desarrollo físico, mental y emocional de los niños del mundo.

En efecto, las relaciones entre la pobreza, el crecimiento de la población, la degradación del medio ambiente, los crecientes aspiraciones y las dislocaciones sociales están transformando la lucha contra la pobreza, considerada antes como un problema intemporal de interés apremiante sobre todo para pobres, en una carrera contra el tiempo cuyo resultado afecta a todos los países.

El mundo no logrará resolver estos problemas a menos que sitúe la protección e inversión en la infancia en el centro de una nueva estrategia de desarrollo. Desde la celebración de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia de 1990, se ha dado un importante avance en esa dirección. Un examen de resultado de medidas de 1994 indican que la mayoría de las metas de desarrollo social adoptadas para mitad de esta década. Estos logros y la Cumbre de Copenhague; en efecto, el auténtico desafío que debe afrontar la Cumbre no es continuar enunciando de forma refinada lo que debería hacerse, sino encontrar la manera y los medios para empezar a traducir las palabras en hechos.

Sin embargo, cualquier examen de la situación de los niños en el mundo en 1994 debe empezar con una nota de indignación y tristeza por el sufrimiento de niños tales que la mente humana no es capaz de

captarla adecuadamente como en Rwanda, contemplando desde una perspectiva más general los casos particulares, las fuerzas que afectan a la vida de los niños a fines del siglo XX.

En los conflictos, que las armas exportadas desde los países industrializados contribuyen a hacer aún más devastadores, además de causar sufrimientos a corto plazo para millones de familias, también tienen consecuencias a largo plazo, el desarrollo de las personas y los países.

¿Qué clase de adultos serán estos millones de niños traumatizados por la violencia masiva, a quienes se ha negado la oportunidad de un normal desarrollo físico y mental, que se han visto despojados de sus hogares y progenitores, de su familia y su comunidad, de su identidad y seguridad, de la escolarización y estabilidad?

¿Qué cicatrices conservarán en su vida y que contribución harán a sus sociedades dentro de quince o veinte años.

En las guerras de la última década han muerto o han quedado impedidos muchos niños. A lo largo de este periodo aproximadamente 2 millones de niños han muerto víctimas de la guerra, entre 4 y 5 millones han sufrido discapacidades físicas, más de 5 millones se han visto empujados a los campos de refugiados y más de 12 millones han quedado sin hogar en los últimos conflictos armados en nuestro mundo.

Estas estadísticas vergonzosas, proyectan una larga sombra sobre las generaciones futuras y sus esfuerzos por alcanzar la estabilidad y la cohesión social.

#### 4.2. MARGINACIÓN:

Pero los conflictos armados no son la única fuerza que afecta el normal desarrollo de millones de niños; más sigilosamente la continua marginación económica y social de los países más pobres y de las comunidades más pobres dentro de cada país, está privando a un gran número de niños del tipo de

infancia que les permitiría convertirse en parte de las soluciones de mañana en vez de pasar a engrosar los problemas.

En los últimos 10 años, en particular, la caída de los precios de los productos básicos, el incremento del gasto familiar y el bajo rendimiento de las inversiones, la crisis de endeudamientos y los programas de ajuste estructural han reducido los ingresos reales de aproximadamente 800 millones de personas en alrededor de 40 países en desarrollo. En América Latina, los ingresos se han reducido hasta en un 20%, en África, la reducción a menudo ha sido mayor. Simultáneamente la reducción del gasto en servicios sociales esenciales han dejado a los centros de salud sin medicamentos ni médicos, las escuelas sin maestros, los centros de planificación sin personal ni suministros.

Para muchos millones de familias pobres del mundo en desarrollo, la consecuencia de la acción de éstas fuerzas económicas es la imposibilidad de llevar suficiente comida a la mesa, de mantener un hogar en condiciones adecuadas para vivir, verter salud y seguir enviando a sus hijos a la escuela.

A través de estos procesos, millones de personas han sido empujados a la indigencia y la desesperación. Siendo estos cada vez más jóvenes desarraigados, urbanizados, con un conocimiento mucho más amplio del mundo que el que tenían sus padres y que esperan mucho más de él entonces el resultado casi inevitable es una intensificación de la desintegración social. Como también es inevitable el incremento de la criminalidad, la violencia, alcoholismo, donde buscan consuelo.

En los 44 países en desarrollo y 20 industrializados para los que se disponen datos, el quintilo más pobre recibe ahora, como media, a penas poco más del 5% del ingreso nacional, mientras el quintilo más rico recibe entre el 40 y 60%.

De este modo se está creando una subclase de personas subinstruidas, relegadas por debajo de los últimos malditos escalones del progreso social y económico, víctimas de la pobreza.

Junto con las tragedias más visibles de los conflictos violentos o las catástrofes repentinas, este proceso (marginación económica) también afecta a los millones de niños del mundo en 1994, incrementando la probabilidad de que no logren desarrollar todo su potencial físico y mental, no puedan encontrar trabajo y no tengan oportunidad de convertirse en adultos bien adaptados, económicamente productivos y socialmente responsables.

Estos dos tipos distintos de amenaza (la creciente tensión y la creciente exclusión) no constituyen problemas separados. Quizás sea cierto, como escribió un historiador, que "en todas las épocas los hombres de un credo, una clase, una raza o un Estado han tenido a despreciar, odiar y temer a los hombres de distinta identidad", pero también es cierto que el progreso social y económico, una distribución razonablemente equitativa de sus beneficios y el desarrollo de democracia, leyes e instituciones estables aumentan las probabilidades de que estas tendencias no rebasen ciertos límites. Ninguna circunstancia atenuante podrá limpiar de sangre las manos individuales que este año cometieron los crímenes de Bosnia o Rwanda, pero sería un error concluir que estas atrocidades sólo tienen sus raíces en el odio étnico y trivial.

Dándose una nueva crisis de seguridad humana y sus manifestaciones más evidentes son el incremento de los conflictos internos, las migraciones masivas hacia tierras marginales y a los suburbios urbanos, las aspiraciones frustradas, las crecientes tensiones sociales y el gran número de personas que están volviendo la espalda (comercial T.V. "porqué he de querer a México") las nuevas amenazas figuran el incremento del número de estados fracasados y la creciente necesidad de intervención internacional (la reciente devaluación de nuestra moneda).

El punto de partida para el propósito de la cumbre de Copenhague debe ser adecuada si no incluye un compromiso a favor del esfuerzo internacional de desarrollo que proteja mejor las mentes y cuerpos en desarrollo de los niños, que reconozcan los derechos y necesidades de las mujeres y que fomenten un tipo de crecimiento económico generador de empleo y ambientalmente sostenible que incluya, en vez de excluir, a los países y a las poblaciones más pobres. En palabras de BUTROS GALI, "la respuesta a las amenazas comunes de la pobreza, el desempleo y la desintegración social es un compromiso común en favor del progreso social... ha llegado el momento de dejar de ofrecer seguridad mediante las armas para empezar a garantizar la seguridad mediante el desarrollo".

#### 4.3. UN LUGAR CENTRAL PARA LA INFANCIA:

Este es, en suma el contexto de la Cumbre Mundial. El resultado que de ellas espera el Secretario General de las Naciones Unidas es nada menos que una nueva estrategia internacional de desarrollo social.

El informe sobre el Estado Mundial de la infancia de este año, se propone ofrecer dos aportaciones concretas para la Cumbre. La primera puede exponerse sucintamente. El UNICEF tiene la convicción de que ha llegado el momento de conocer las necesidades y los derechos de los niños, el lugar central en la estrategia de desarrollo

Este argumento no se basa en intereses creados de carácter institucional ni en un sentimentalismo en favor de los jóvenes, si no en el hecho de que la infancia es el periodo de formación de la mente, el cuerpo y la personalidad durante el cual hasta una privación transitoria puede causar daños y trastornos permanentes para el desarrollo humano.

En consecuencia, ya sea ante la amenaza de la guerra y los conflictos o de la marginación económica, es preciso proteger, en la medida de lo humanamente posible, a los niños de los peores errores e iniquidades del mundo adulto.

Por este motivo, el llamamiento más constante del UNICEF a lo largo de los años ha sido reivindicar la máxima prioridad para los años vulnerables de la infancia en las preocupaciones y capacidades de la sociedad y que este compromiso se mantenga tanto en los buenos como en los malos tiempos. Un niño sólo tiene una oportunidad, por lo tanto exige un compromiso al que nunca se antepongan otras prioridades. Siempre habrá algo más urgente; nunca habrá nada más importante.

Con la cumbre ha llegado el momento de dejar de considerar la protección de las metas y cuerpos en desarrollo de los niños como una preocupación periférica que merece una pequeña dosis adicional de simpatía y caridad, sino como una cuestión que forma parte integral de casi todas las demás cuestiones del programa Copenhague. Una cuestión que puede formularse en pocas palabras: el mundo no resolverá sus principales problemas mientras no aprenda a mejorar la protección e inversión en el desarrollo físico, mental y emocional de sus niños.

## CONCLUSIONES

Dar la palabra y correr el riesgo de escucharla, someternos a la crítica y al debate con el fin de formar y, sobre todo, proponer caminos más justos para el auténtico desarrollo humano, más armonioso en nuestra relación con la naturaleza y más equitativo ante la distribución de la riqueza.

Toda propuesta de un mundo mejor debe considerarse necesariamente las causas del estado de cosas que nos alejan de él.

Sólo con el reconocimiento del otro y su realidad podemos hacer válida nuestra utopía, esperamos que este escrito contribuya a acercarnos más y a aprender a pensar juntos.

Nuestros niños de la calle, viven en una situación extraordinaria en todos los sentidos y la realidad es que el futuro de ellos -como de toda la comunidad en que vivimos-, no es alentadora si no tratamos de solucionar el problema, apoyándolos será apoyarnos para lograr una vida mejor.

*"Niños y adultos caminando y creciendo juntos".*

*"Siendo los niños víctimas silenciosas de nuestros males sociales".*

*"Formamos una generación de hombres nuevos porque sabemos de qué lado está el amanecer".*

Julio Cortázar.

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS:

- "El Pediatra Eficiente".  
Ernesto Plata Rueda
- "Medicina preventiva, salud pública e higiene"  
Ch. Gomez - Ricux y M. Gervois.  
Ed. Limusa
- "Educación para la salud"  
W.H. Greene B.G. Simons - Morton  
Ed. Interamericana.
- "Odontología Preventiva"  
Zimbron Levy Antonio  
UNAM, Centro Regional de Investigaciones multidisciplinarias 1993
- "Nutrición y medicina"  
Robert E. Hodges
- "Respuestas de México en Favor de la Infancia".  
Agosto, 1994
- "Convención sobre los Derechos de los Niños".
- "Menor en Situación Extraordinaria".  
UNICEF
- "Prevenamos la Drogadicción".
- "Manual para el Agente Educativo".  
UNFDAC-ICBF
- "El Papel del Médico en la Prevención del Uso Indebido de las Drogas".
- "Diplomado para educadores de Calle".
- "Lo que todo Adulto Debe saber Sobre: Los Niños Trabajadores".
- "Directorio de Instituciones para Menores"
- "Estado Mundial de la Infancia, 1995, UNICEF".

## AGRADECIMIENTOS

Ing. Filiberto Cervantes Rodríguez.

*Es el momento de agradecerte todo el apoyo y de ser el guía de mi vida porque me has permitido ser yo misma, contando siempre contigo y teniéndote a mi lado en todas las circunstancias. Gracias por tu sabiduría, tu perdón, tu amor; gracias porque siempre he contado con tu mano para levantarme y tu voz, que me ha alentado a seguir luchando, pero debo principalmente agradecer que eres mi padre.*

M. Elcazar Quaa de Cervantes.

*Compañera, amiga y parte de mí misma. Dando todo de ti para que mi vida fuera hermosa, no tengo la forma de agradecerte todo lo que has pasado y hecho por mí. Mamá mejor no me pudo dar la vida, y por ello creo soy una persona afortunada que nació con estrella, la estrella que tú me diste.*

Daniel y Oswaldo.

*Gracias por compartir amor y tiempo, por su apoyo y su lucha en la vida. Gracias por su comprensión y porque creyeron en mí. Gracias hermanas por la familia que formamos.*

Emanuele.

*A ti que me has hecho vivir todas las emociones de la vida, naciendo un gran y verdadero amor por compartir la vida a tu lado.*

A mi familia.

*Gracias a todos las que creyeron en mí, por su cariño y apoyo incondicional.*

Dr. Leonor Ochoa.

*Agradezco su ayuda y entusiasmo puesto en la realización de este proyecto.*

UNAM.

*Por la grandiosa oportunidad del estudio.*

Maestros.

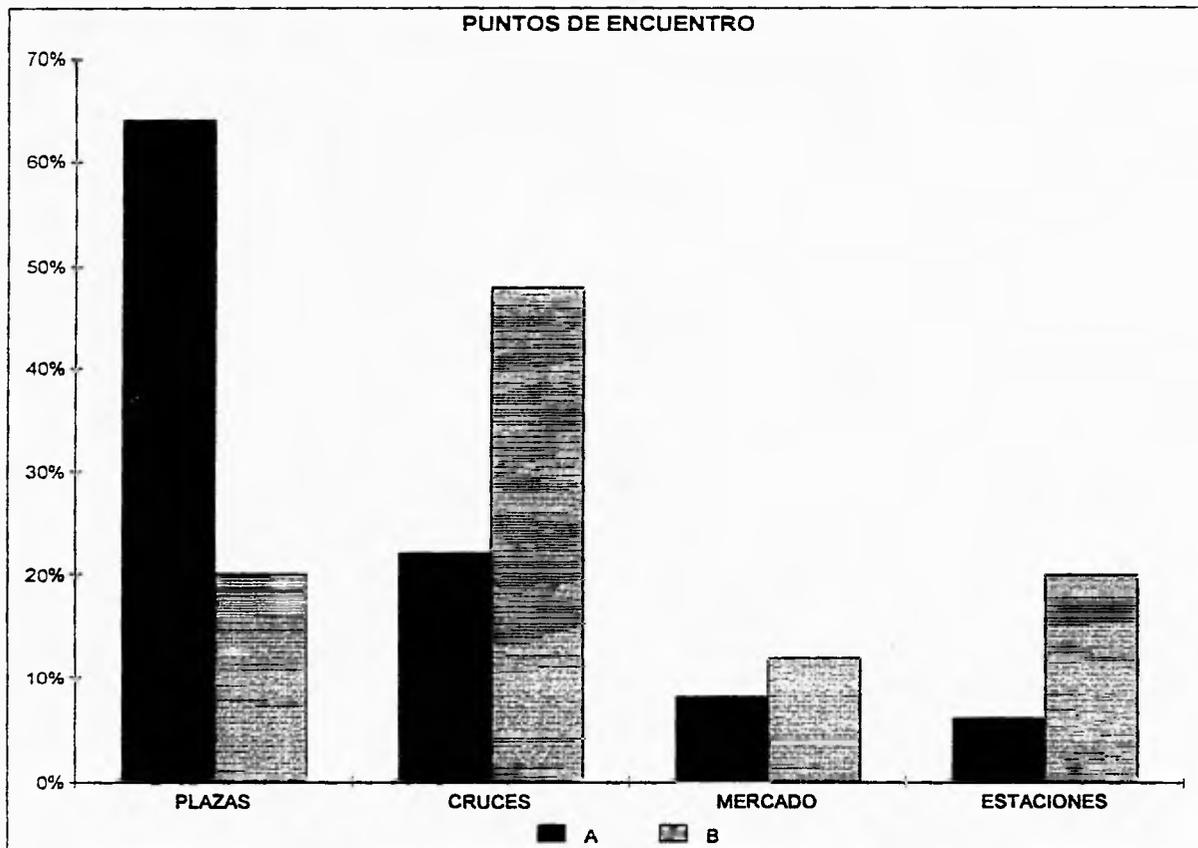
*A cada uno de ellas por sus conocimientos compartidos, su amistad y por hacerme crecer.*

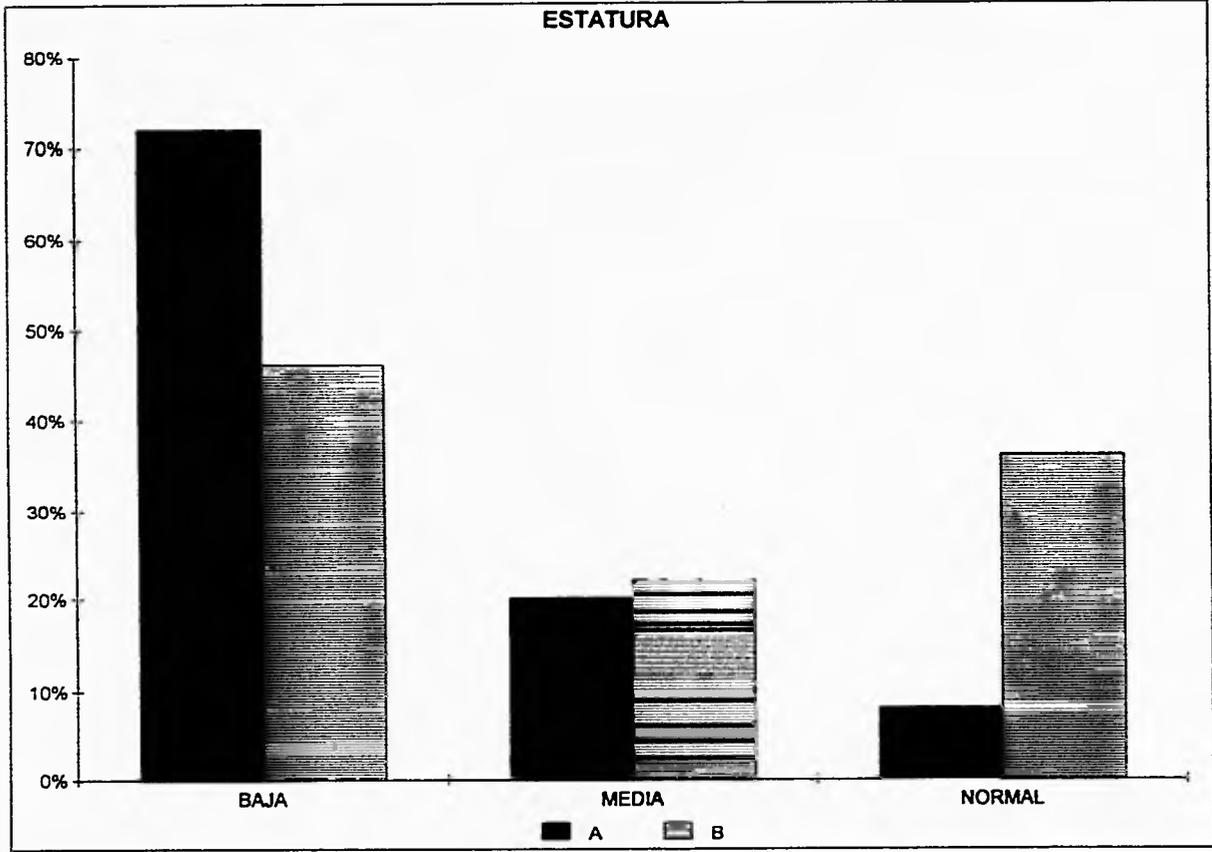
Amiga.

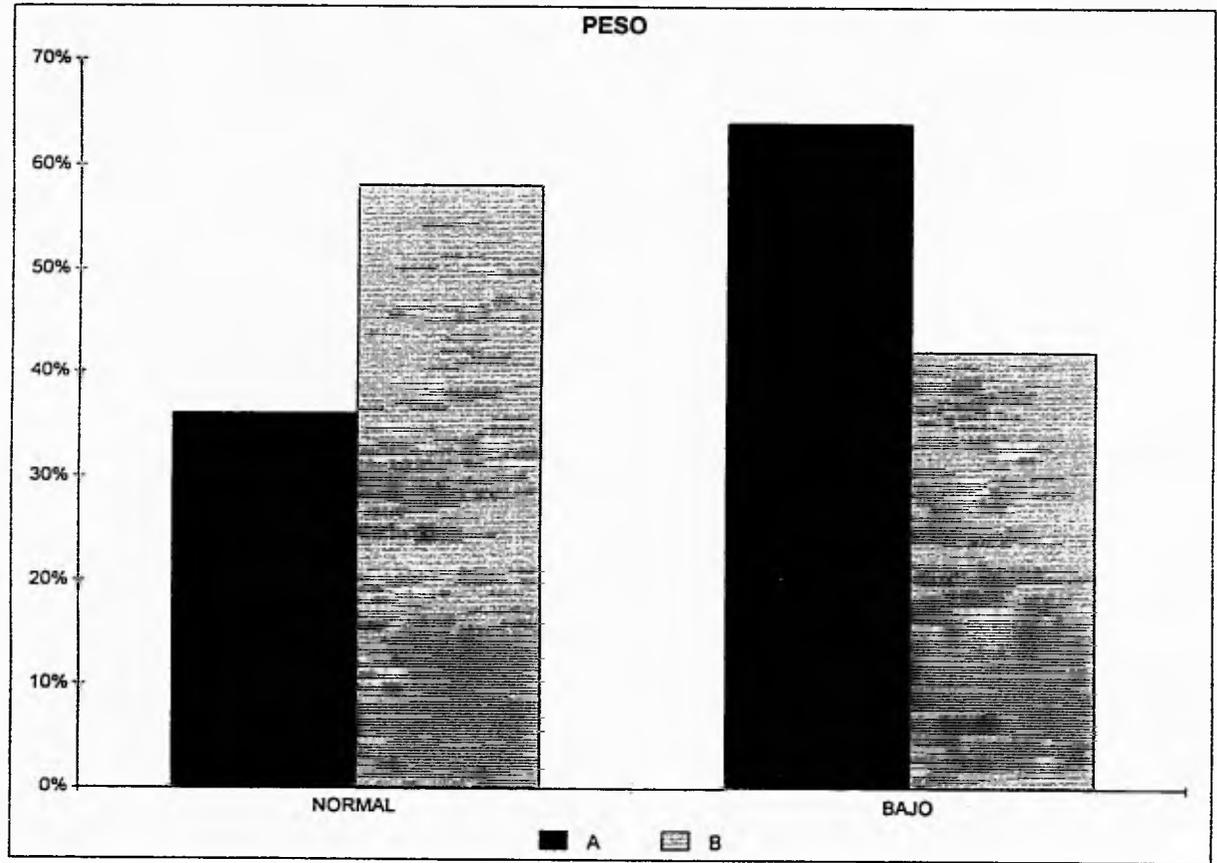
*Tu mejor regalo para mí fue tu atención, amor y amistad, a ti que creíste en mí, gracias.*

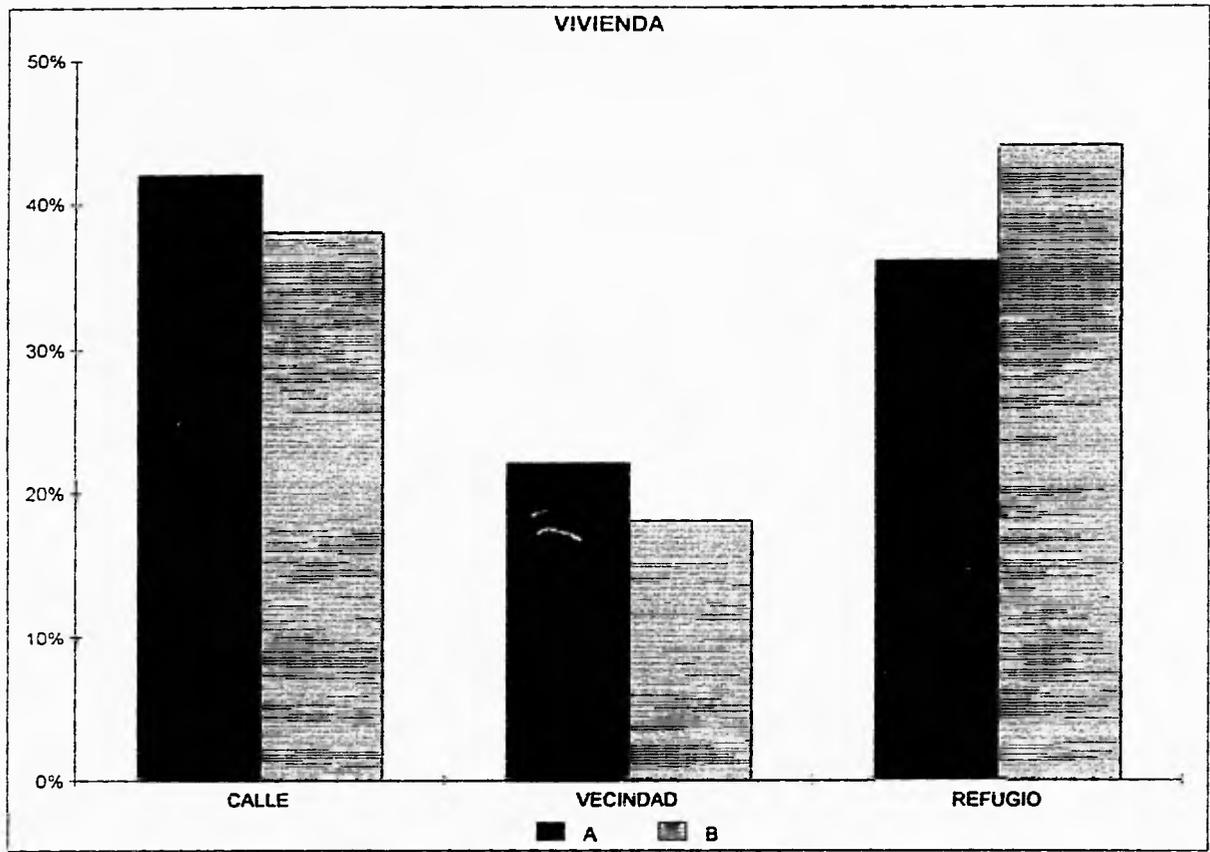
Manlio y Fina.

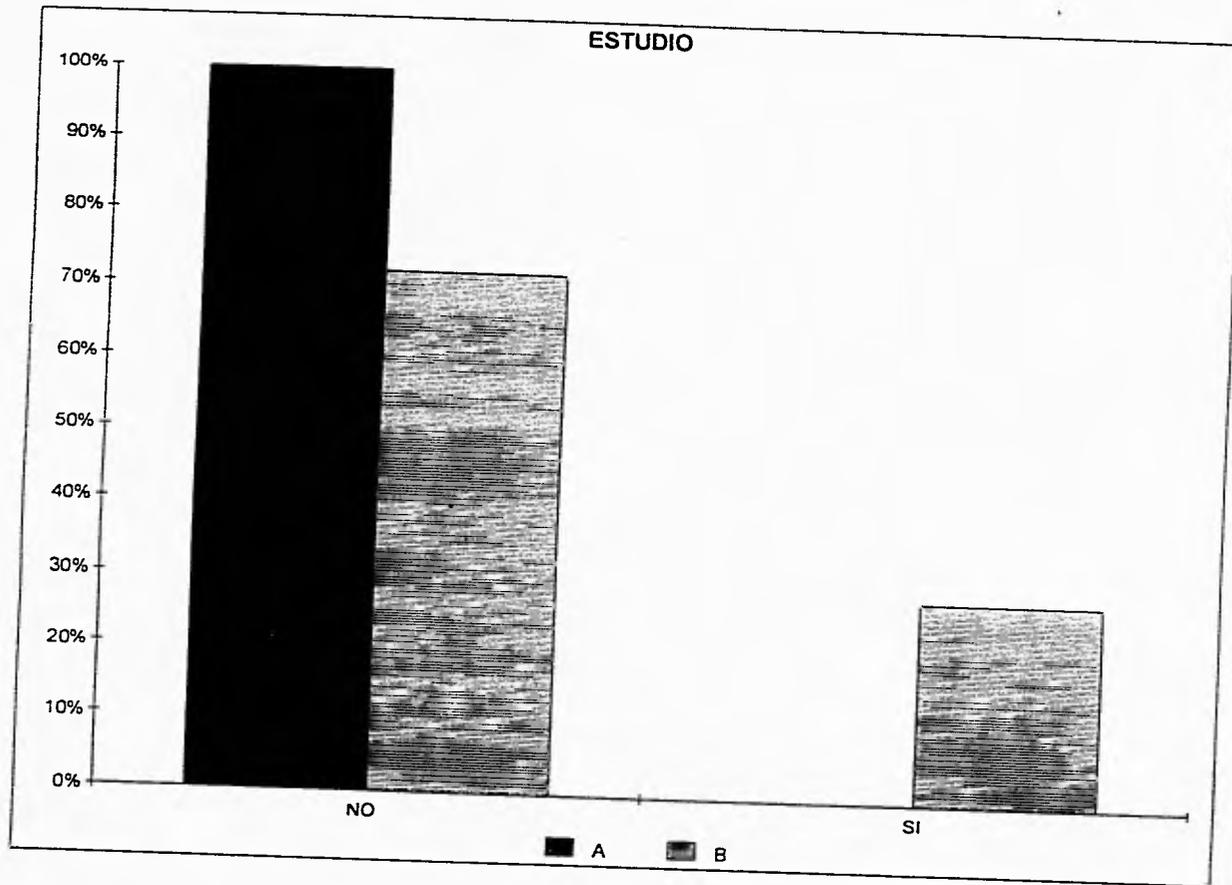
*Gracias por su cariño.*

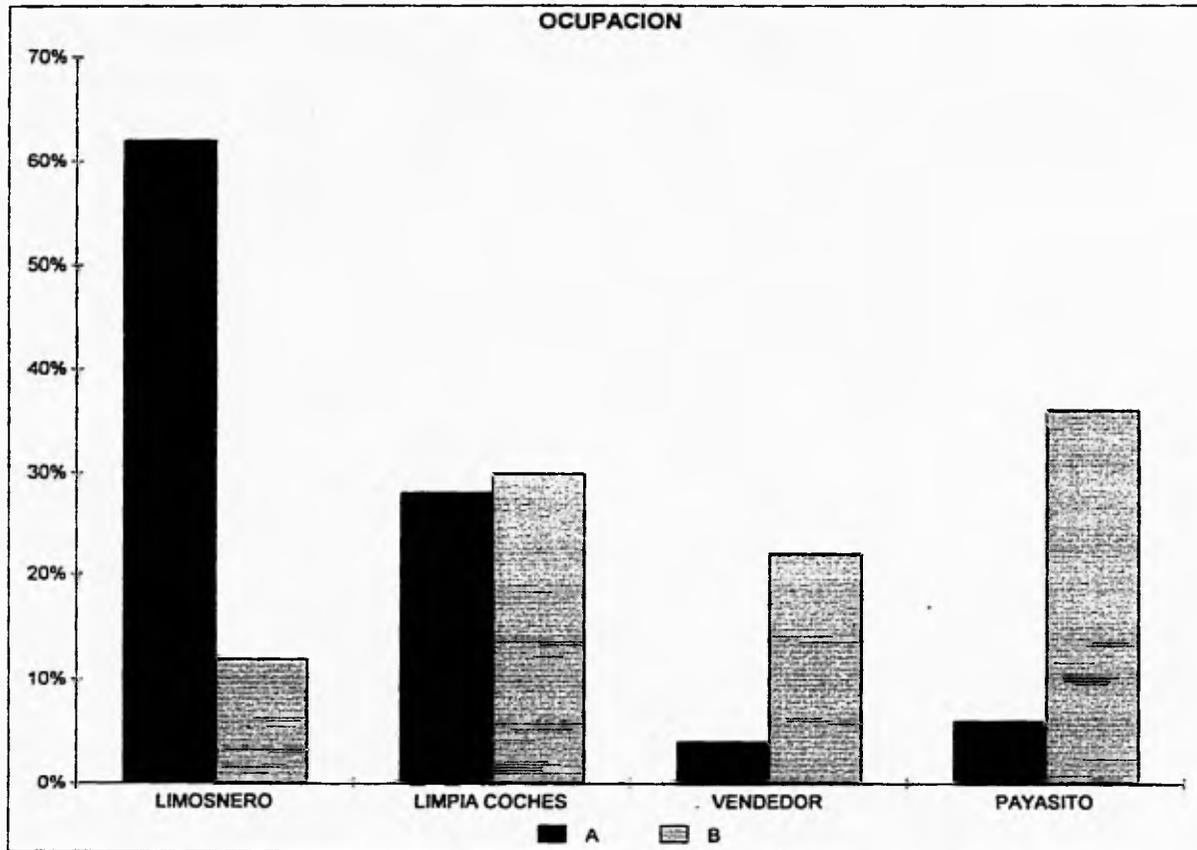


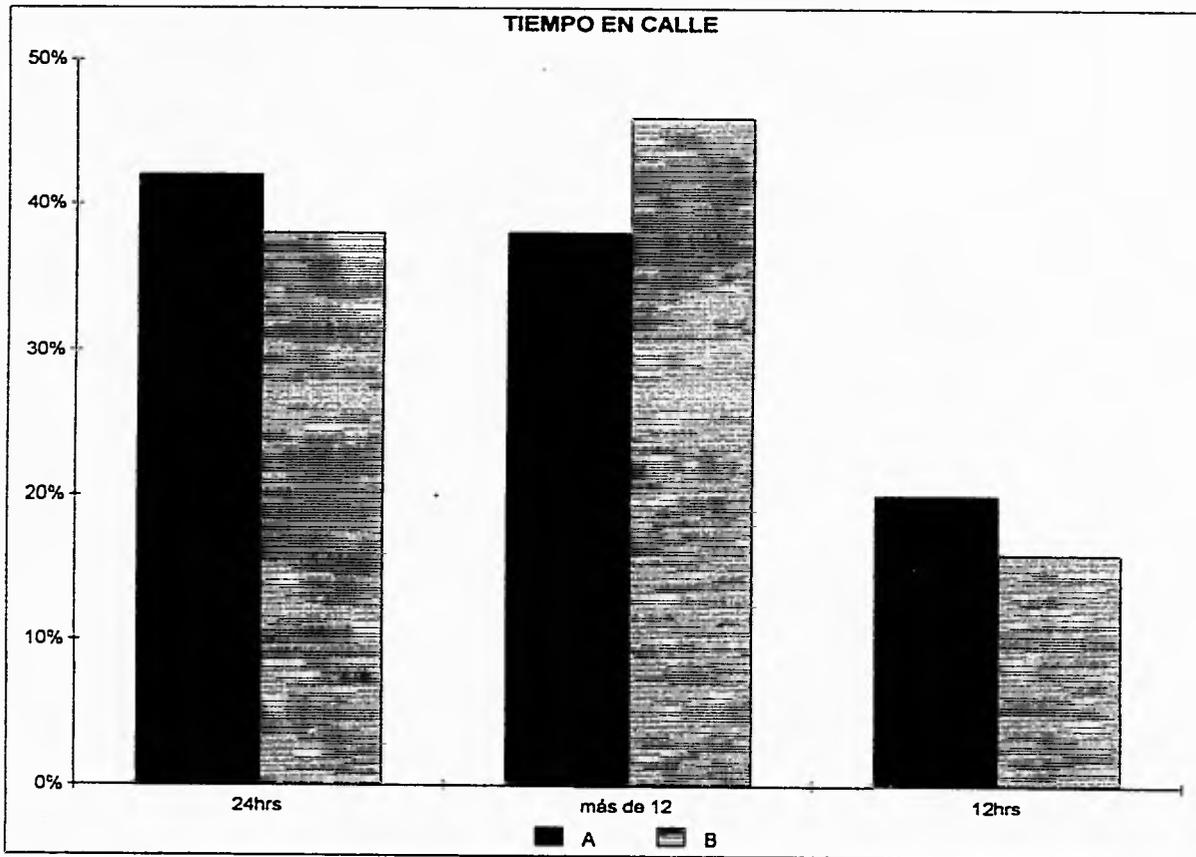


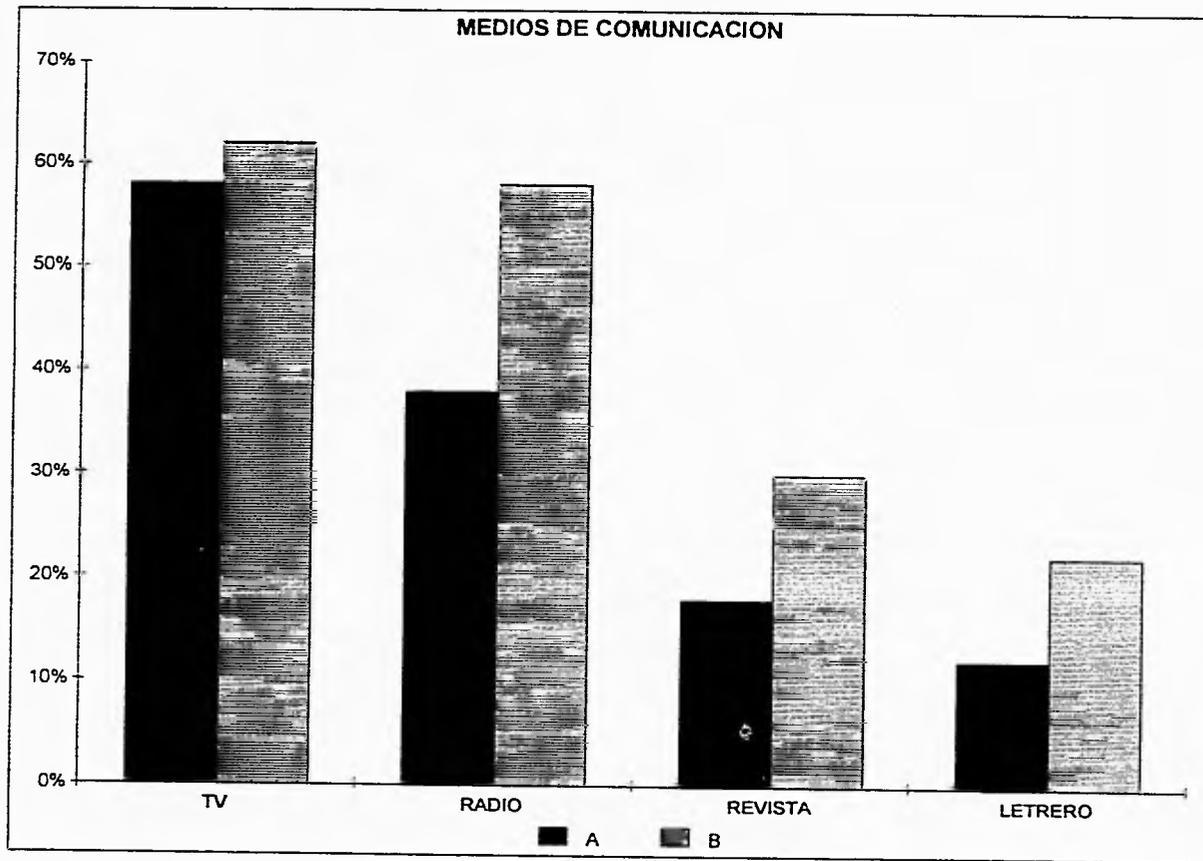




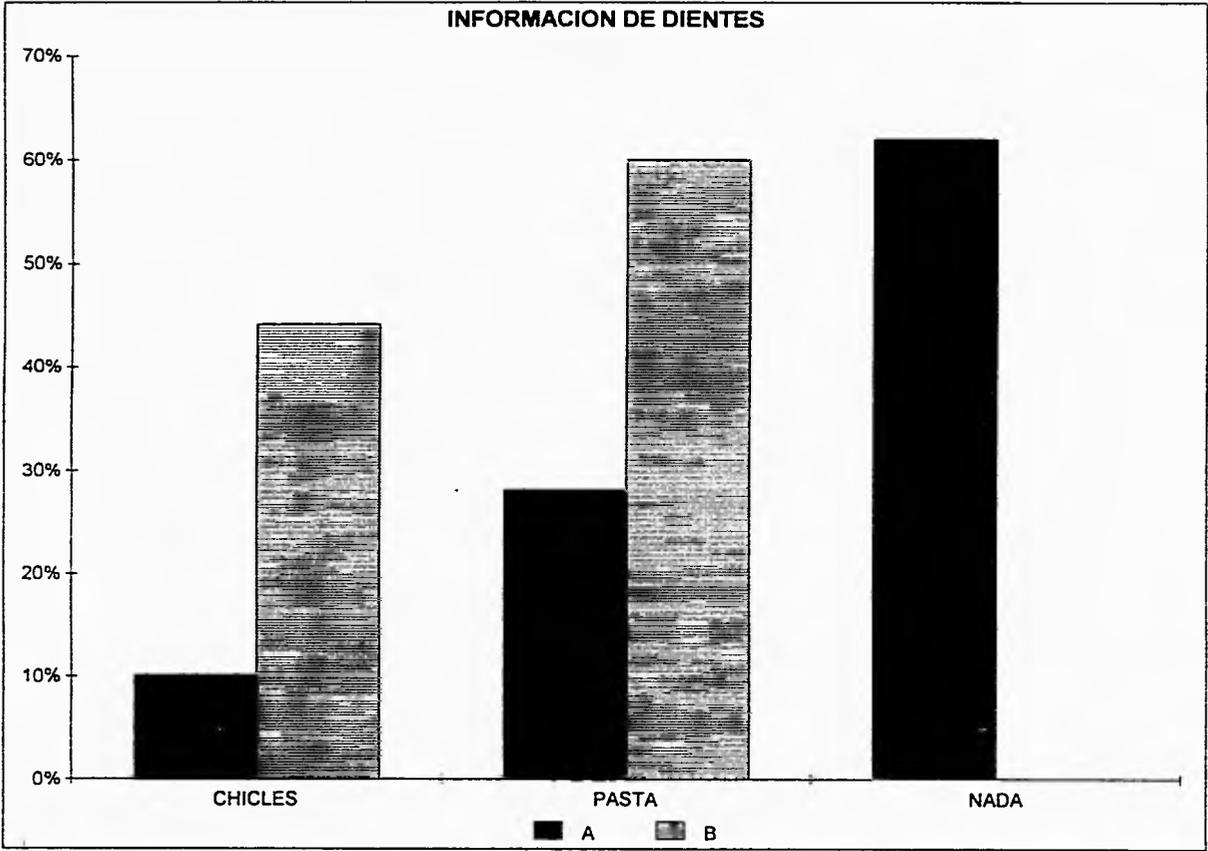


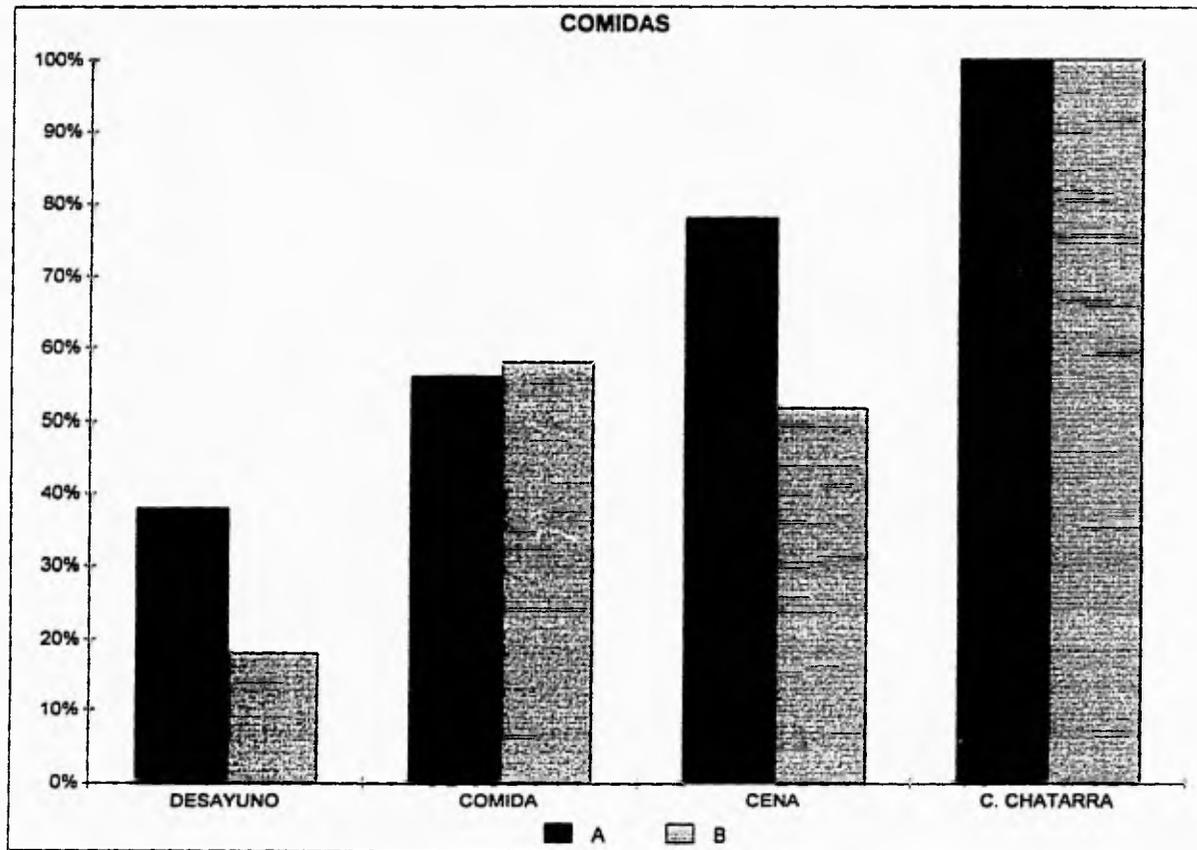


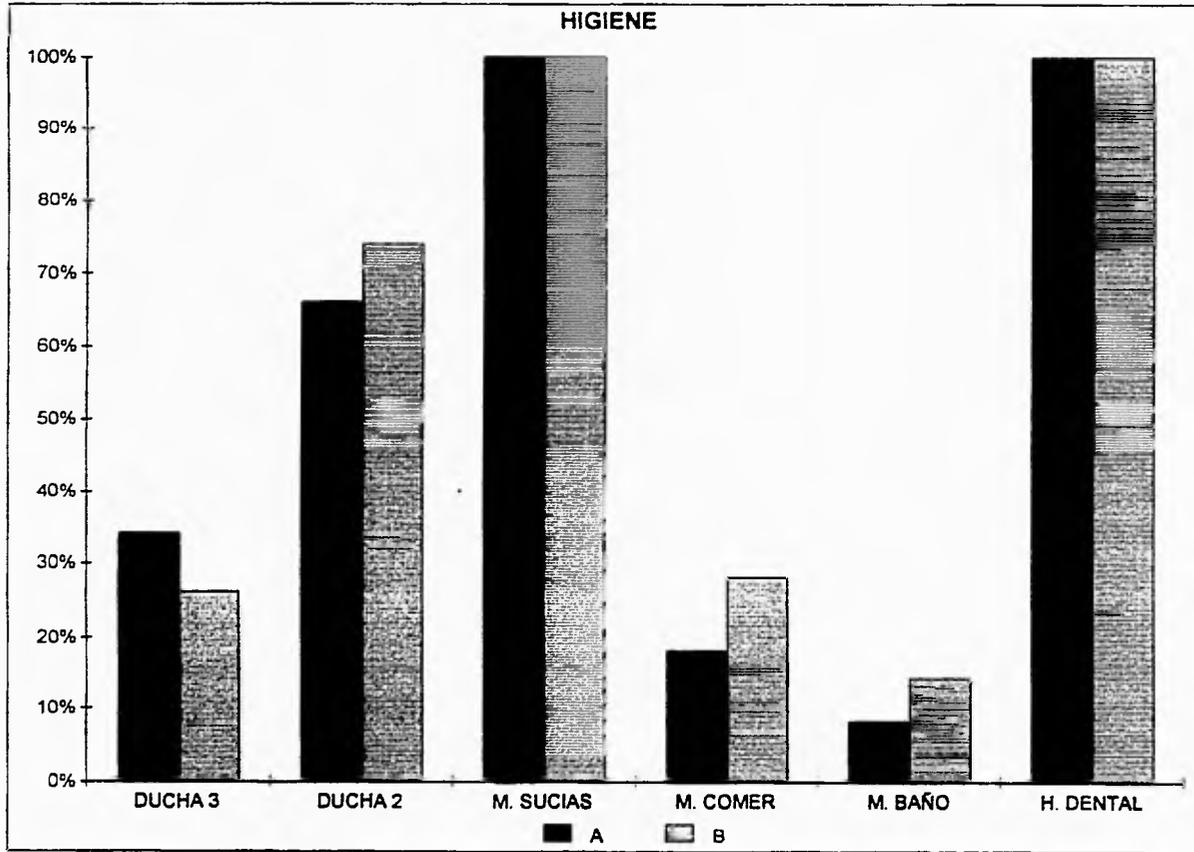


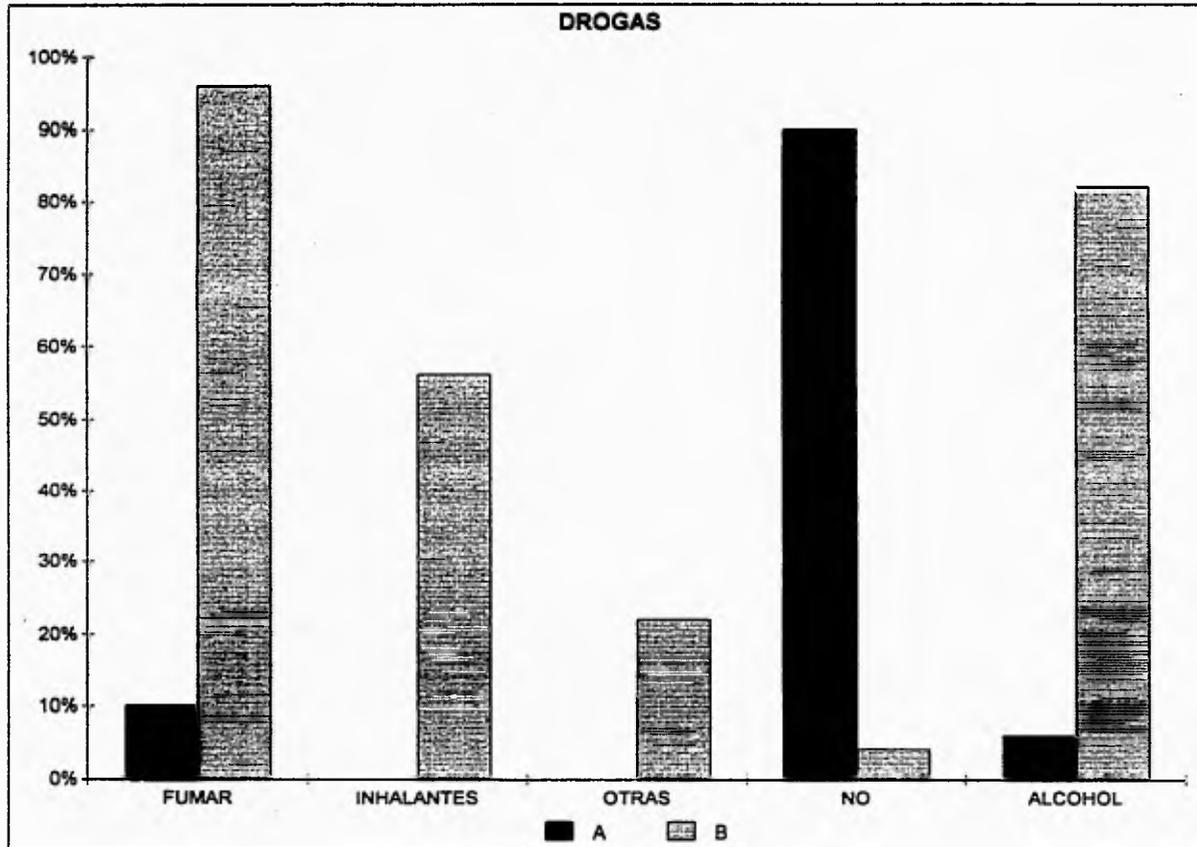


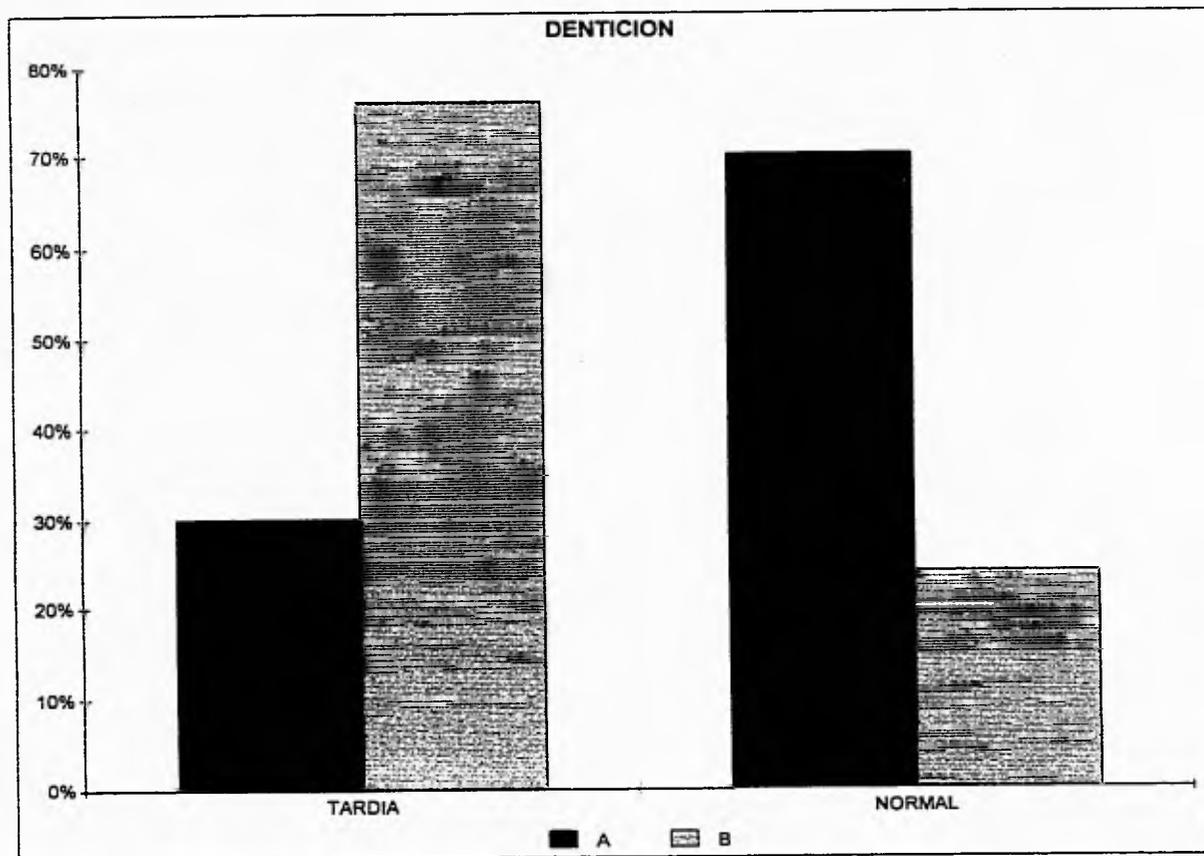
INFORMACION DE DIENTES

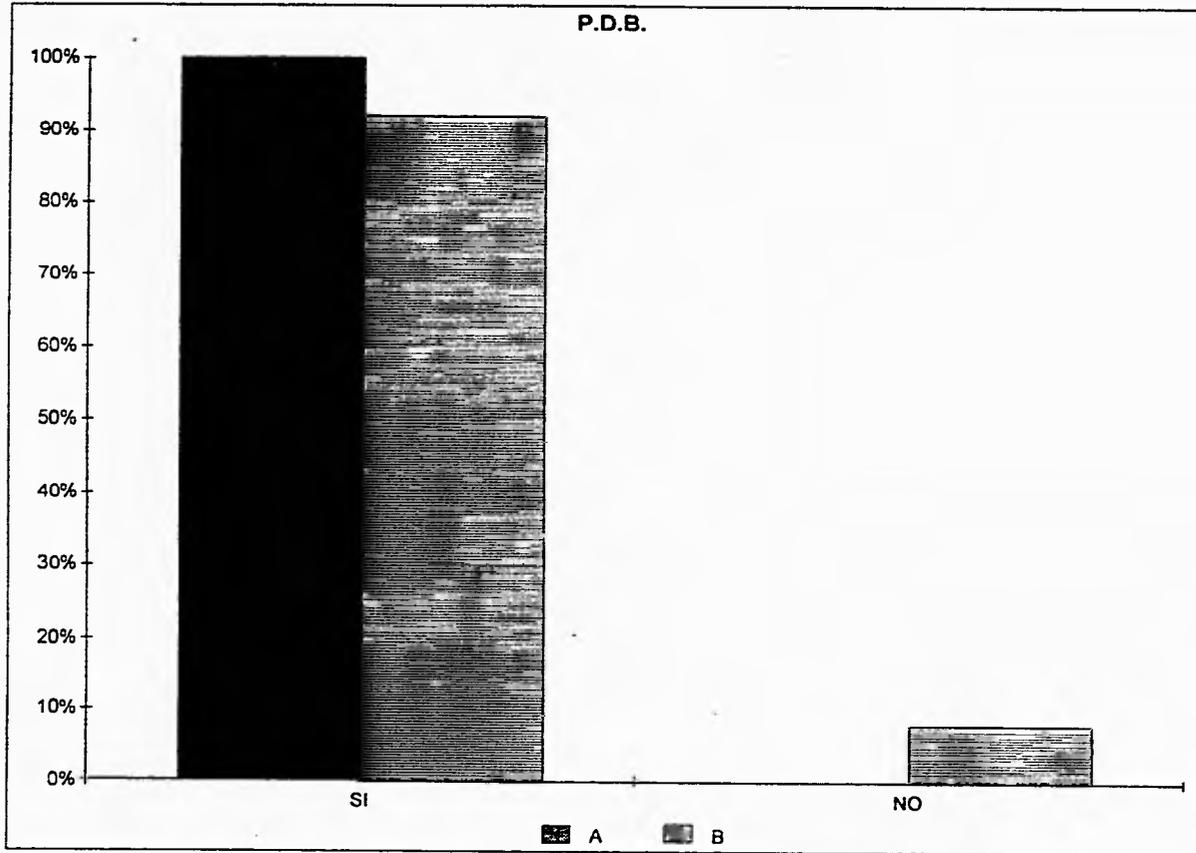


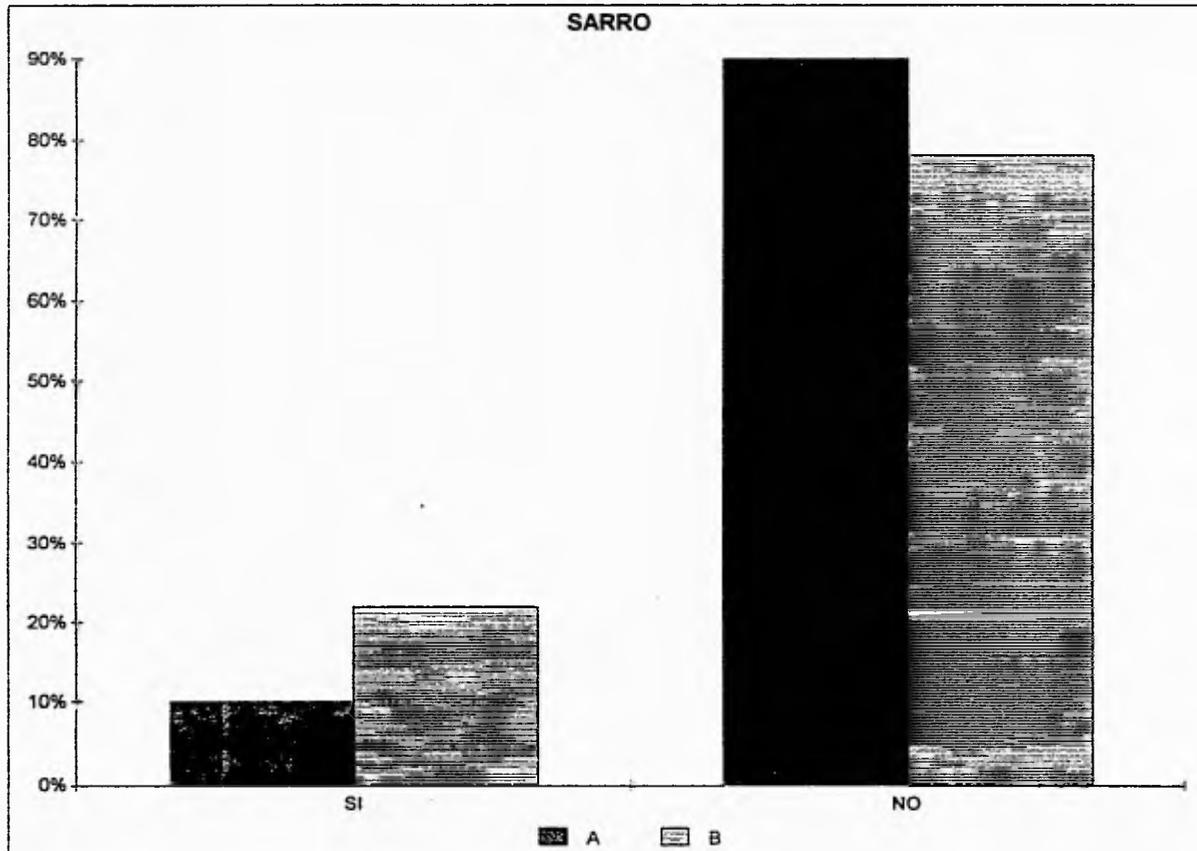


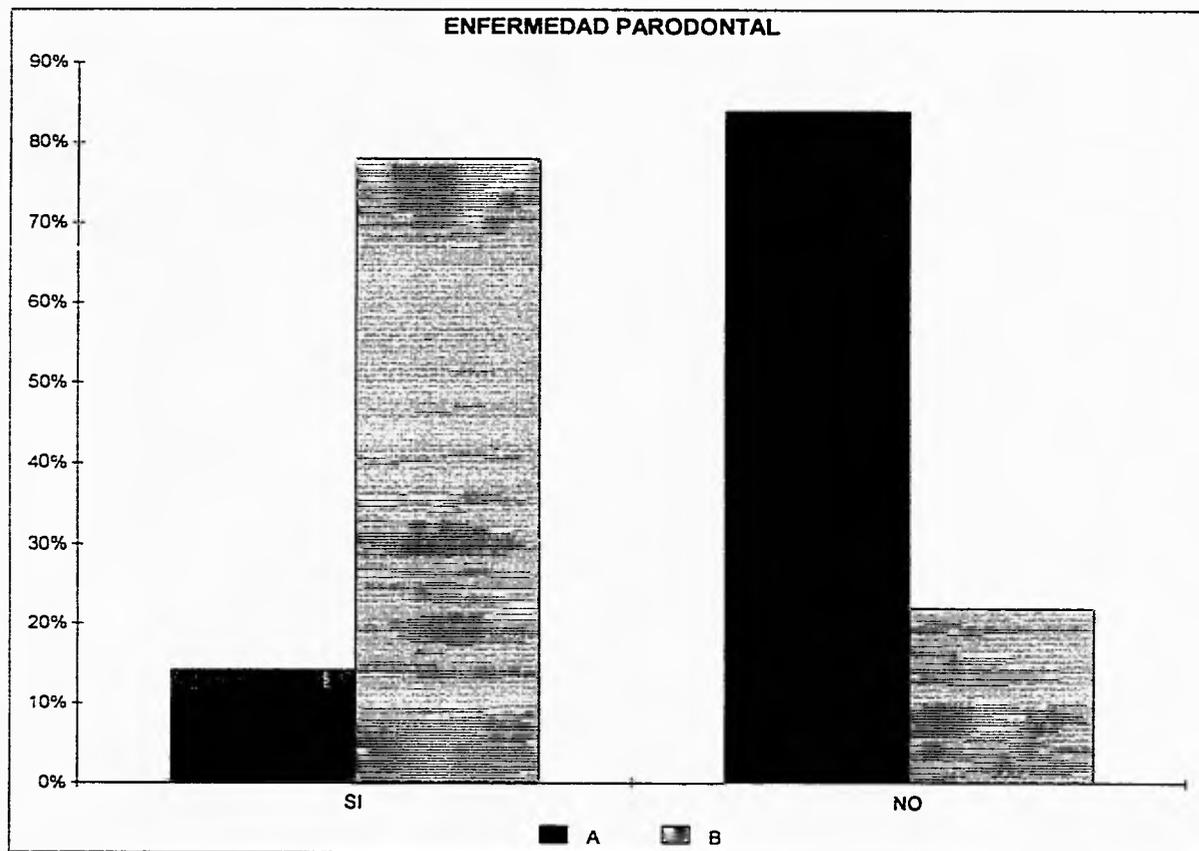


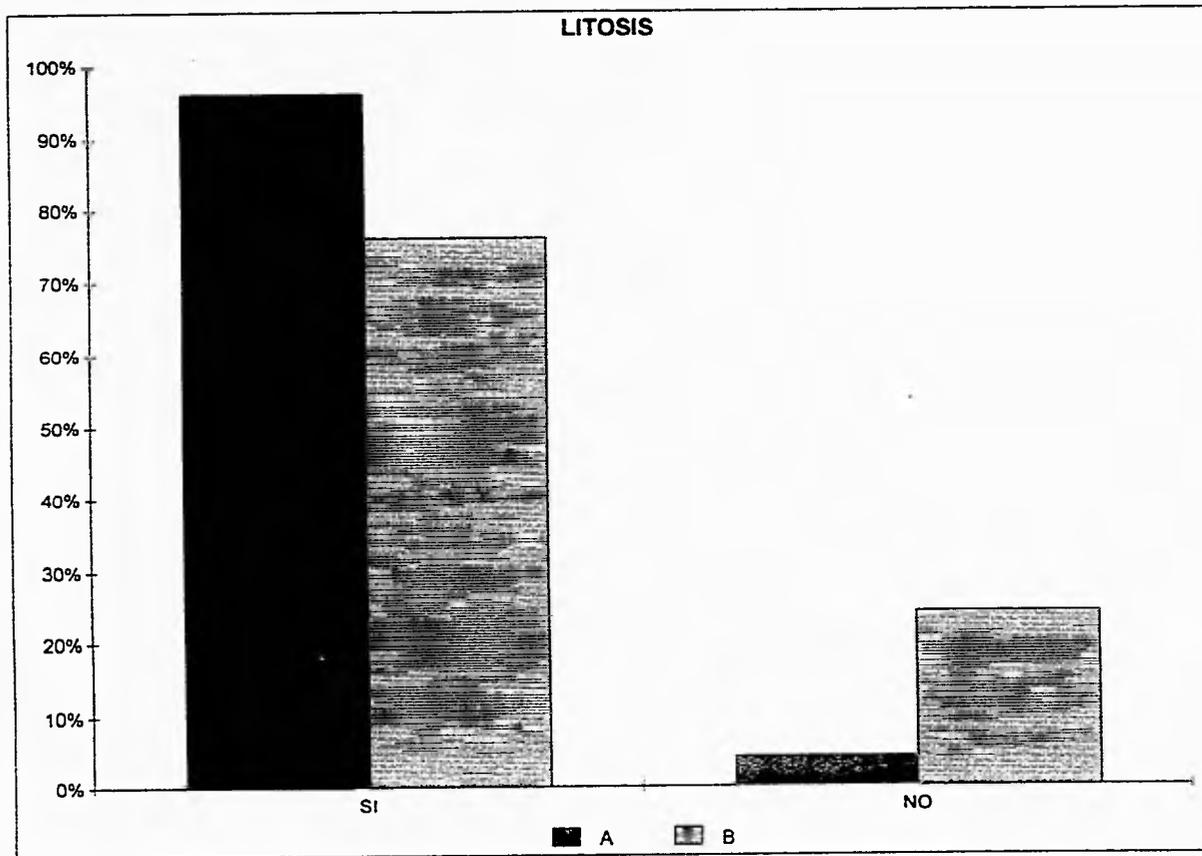












### HABITOS PERNISIOSOS

