



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"IZTACALA"

CARRERA DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA SANITARIA ACTUAL EN TLALNE-
PANTLA, COACALCO, ECATEPEC, ATIZAPAN EDO.
DE MEXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
ROMAN GOMEZ JULIO ALBERTO
PECH PECH MARLENE CONCEPCION



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.

INDICE

Págs.

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

EL ODONTOLOGO Y LAS RELACIONES HUMANAS.....	3
- Relaciones dentro del servicio.....	5
- Relaciones profesionales.....	6
- Relaciones con la clientela.....	7
- Relaciones públicas.....	8
- Relaciones con las instituciones gubernamentales.....	9
- Conclusión.....	10

CAPITULO II

EL ODONTOLOGO Y SU PERSONAL.....	11
- Personal que presta servicios dentales.....	11
- Personal que presta servicios al paciente..	13
- Personal que presta servicios curativos....	15
- Personal no profesional.....	16

...../

CAPITULO III

EDUCACION HIGIENICA EN ODONTOLOGIA SANITARIA.... 20

- Evaluación de un programa de educación higiénica en odontología sanitaria..... 20
- Selección y uso de los métodos y medios de educación higiénica en odontología sanitaria..... 26
- Material usado actualmente en los centros de información públicos..... 27

CAPITULO IV

PROBLEMAS DE LA ODONTOLOGIA SANITARIA..... 30

CAPITULO V

METODOS PARA COMBATIR LOS PROBLEMAS DE LA ODONTOLOGIA SANITARIA..... 38

CAPITULO VI

NIVELES DE PREVENCION DE LOS METODOS DE SALUD PUBLICA..... 46

- Niveles de prevención..... 46
- Niveles de aplicación..... 49
- Niveles de prevención aplicados a la caries..... 51
- Niveles de prevención aplicados a las parodontopatías..... 51
- Niveles de prevención aplicados a las maloclusiones..... 61

- Niveles de prevención aplicados al cáncer oral.....	64
---	----

CAPITULO VII

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA EDUCACION SANITARIA. 69

- Importancia del concepto de necesidades psicológicas en educación sanitaria.....	70
- Relación de las necesidades psicológicas con los problemas dentales.....	73

CAPITULO VIII

FILOSOFIA DE LA ODONTOLOGIA SANITARIA..... 78

- Realidad económica.....	79
- Realidad social.....	81
- Realidad cultural.....	82
- Realidad educativa.....	82
- Realidad político-administrativa.....	83
- Realidad profesional.....	83

CAPITULO IX

Investigación sobre el estado actual del manejo de los dos primeros niveles de prevención en odontología sanitaria, en los municipios: Tlalnepantla, Ecatepec, Coacalco y Atizapan del Edo. de Méx.....	86
---	----

- Formato elaborado para la investigación del manejo de los dos primeros niveles - de prevención odontológica.....	88
- Presentación de la tabla general de los resultados en la investigación.....	
- Tabla general.....	91
- Presentación de las gráficas.....	93
- Gráfica global de los municipios <u>investigados</u>	97
- Análisis de la investigación.....	98
 CONCLUSIONES.....	 101
BIBLIOGRAFIA.....	104

INTRODUCCION

En esta presente tesis se trata de exponer, la importancia que tiene la odontología sanitaria dentro del marco de la práctica odontológica diaria.

El dentista general debe considerar como su misión la de lograr para la comunidad a la que debe servir, el grado más alto posible de salud oral, para los individuos que la constituyen y poner en práctica en su consulta diaria, medios preventivos para posibles afecciones sanitarias y orales, tratar los establecidos para que su preocupación sea recompensada en el individuo, proporcionarle condiciones favorables para lograr una salud integral.

Es necesario educar al estudiante en odontología a que adopte la organización más eficaz posible para la distribución y remuneración de los servicios profesionales en un futuro.

Actualmente la comunicación es amplia y avanzada y los medios de publicidad bien integrados, usando estos factores se debe educar a la comunidad para que dentro de la tradición socio-politicocultural que le son propios, adopte intereses comunes en la salud.

El dentista clínico no le da importancia debida a la odontología sanitaria y sus propósitos. Solo se preocupa de explotar al máximo y materializar su profesión sin fijarse que el paciente es humano, es por lo que se crea el tabú paciente dentista. Las relaciones son muy estrechas.

En los municipios de ATIZAPAN, COACALCO, ECATEPEC, TLALNEPANTLA; se trata de exponer las condiciones de --

odontología sanitaria en que se desenvuelve el odontólogo general, y la aceptación en los diferentes tipos de zonas, por lo tanto se clasifica el resultado final de la aplicación de los dos primeros niveles de prevención en odontología (Fomento de la Salud y Protección Específica).

Hay que tomar en cuenta los medios socio-económicos y culturales de los pacientes, es urgente que el planeamiento y administración de los servicios dentales en odontología sanitaria, sean de más interés por parte de las personas que manejan los programas de orientación.

También se debe concientizar al dentista práctico a que tome interés en este punto y junto con apoyo y dedicación de las autoridades correspondientes se pueda lograr en un futuro no muy lejano una armonía entre autoridades dentista-paciente.

CAPITULO 1

EL ODONTOLOGO Y LAS RELACIONES HUMANAS

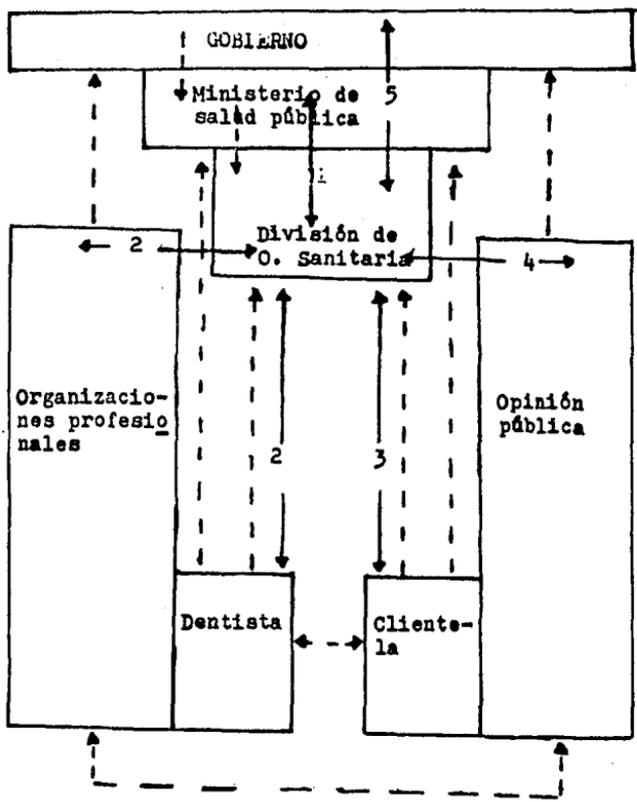
Enfocamos aquí el asunto de las relaciones humanas en un sentido muy amplio. Ahora nuestra atención va a concentrarse en el problema de obtener la mejor armonía posible en su funcionamiento, basándose en la existencia de buenas relaciones humanas dentro y fuera del servicio dental.

De acuerdo a estudios realizados y comprobados *ex* pondremos un diagrama en el cual se trata de esquematizar los distintos aspectos del problema de las relaciones humanas, desde el punto de vista de una división o sección de odontología sanitaria o de la jefatura de un servicio dental.

DIAGRAMA QUE MUESTRA LOS VARIOS TIPOS DE RELACIONES ENTRE PERSONAS E INSTITUCIONES EN UN PROGRAMA AMPLIO DE ODONTOLOGIA SANITARIA.

- 1.- Relaciones humanas dentro del servicio.
- 2.- Relaciones profesionales.
- 3.- Relaciones con la clientela.
- 4.- Relaciones públicas.
- 5.- Relaciones con otras instituciones gubernamentales.

El diagrama nos enseña tres segmentos. Uno superior, que incluye la división de odontología sanitaria, como parte de una estructura sanitaria y del servicio público, y dos inferiores que representan los grupos interesados en los servicios dentales.



—————> Relaciones directas con personas o instituciones.
-----> Relaciones indirectas.

En el lado izquierdo tenemos el segmento que representa los productores del servicio, bien están actuando aisladamente, o como grupo. En el lado derecho se muestra el segmento que representa los consumidores de los servicios dentales, sea como la clientela de un determinado servicio, sea en forma imperial, impersonal, imponderable, de opinión pública.

Nuestro interés en exponer este diagrama es el de saber que una buena administración de odontología sanitaria, debe contar con un fuerte apoyo de los grupos interesados y de una opinión pública bien informada y favorable al programa.

El trabajo de mantener buenas relaciones de armonía con los grupos que tienen interés en el servicio, tiene un aspecto positivo, en el sentido de procurar la mejor protección de beneficios, como también otro de aspecto defensivo, el de protección del servicio contra los ataques. Expondremos cada una de las relaciones humanas en el servicio dental.

RELACIONES DENTRO DEL SERVICIO

El odontólogo, en cualquier nivel que trabaje, puede contribuir de manera señalada, para que haya armonía dentro del servicio dental. El dentista jefe o supervisor debe ser solícito con sus jefes inmediatos y directores de servicios. Debe recibir con entusiasmo cualquier tarea que le sea confiada, tiene la obligación moral de ser competente en la materia, manteniéndose al día en los asuntos de interés para el servicio; procurará informarse sobre el trabajo de otras divisiones y mantenerlos informados sobre su propio trabajo. De esa forma, el dentista no perderá nunca el sentido de proporción y la visión global de los problemas de salud. Mantendrá buenas relaciones con sus colegas subordinados basándose en el principio de respeto al individuo, absteniéndose de toda crítica en público. Ejercerá su jefatura en forma democrática imponiéndose con su competencia e interés sincero en el servicio. El dentis

ta al nivel de operaciones tratará con cordialidad al personal auxiliar que este a sus ordenes.

En suma, sea cual sea el nivel en que actúe, el dentista debe hacer un esfuerzo consciente para estimular, armonizar, servir de incentivo y no para deprimir-destruir o herir.

RELACIONES PROFESIONALES

La profesión organizada, bajo la forma de asociaciones odontológicas de ámbito nacional, constituye la institución clave y con ella debe trabajar el odontólogo sanitario en estrecha relación. Debe ser miembro activo de la asociación profesional, debe ser considerado dentro del grupo "nosotros" y no del grupo "ellos" (estado o gobierno). El odontólogo sanitario debe tratar de fortalecer, unir y prestigiar el movimiento asociativo en el país. Existen varias zonas de interés común de los servicios y las asociaciones. Problemas de ejercicio ilegal, de mejoramiento profesional, de educación sanitaria del público, ofrecen muchas posibilidades para un trabajo en conjunto.

La situación ideal es aquella en que el programa de higiene dental de la asociación está de tal forma -- identificado con los objetivos y orientación de los servicios de odontología sanitaria, que no se saben donde terminan los programas de salud pública y donde comienzan los de la asociación profesional. Cuando el odontólogo sanitario es miembro activo de las comisiones de salud pública de las asociaciones profesionales, y los dentistas líderes del movimiento asociativo son miembros de comisiones asesoras de la división de la odontología sanitaria. Estamos en el camino justo para llevar a cabo un trabajo integrado y eficiente.

El sanitarista que no mantiene buenas relaciones profesionales, puede incluso llegar a sentir fuerzas negativas que actúen sobre sus programas y tendrá que luchar contra obstáculos enormes para desenvolverse. El antagonismo abierto entre una división de odontología -

sanitaria, y una asociación profesional, es una situación dramática para cualquier higienista y representa el fracaso de sus relaciones profesionales.

Es de desear que las asociaciones profesionales - congreguen lo mejor que haya en esta profesión, en el campo de la enseñanza, de la investigación, de la salud pública y de las clínicas, y que disponga de comisiones especiales capaces de levantar una voz digna de ser oída en relación con los varios problemas de la odontología. En el momento, la dilución del esfuerzo asociativo entre pequeñas asociaciones de especialistas, no es recomendable. Debe alentarse en todas las formas posibles el movimiento asociativo en el plano internacional.

En conclusión el odontólogo sanitario tiene el deber de participar en el movimiento asociativo, de fortalecer y prestigiar las asociaciones profesionales, no solo para obtener el apoyo indispensable a sus programas, sino también para ilustrar a la profesión en cuestiones de salud pública y de interés social. El trabajo junto a las asociaciones puede y debe ser considerado como una parte integrante del trabajo del odontólogo sanitario.

RELACIONES CON LA CLIENTELA

Por lo general, las relaciones con la clientela se consideran como un aspecto de las relaciones públicas del servicio. Aquí se plantea el asunto de las relaciones de tipo individual y con grupos pequeños que son los que constituyen la clientela de nuestros servicios. Las mejores oportunidades de establecer buenas relaciones con la clientela surgen durante la prestación de servicios.

El proverbio comercial de que "el cliente siempre tiene la razón", se podría adoptar al servicio dental - que quisiera llevar hasta el máximo su programa de relaciones humanas. No debemos pensar que, por que un servicio es gratuito, desaparece la necesidad de la cortesía,

de la atención de tipo individual. En realidad, el dentista no está prestando un servicio gratuito. Recibe re-
muneración por terceros. La puntualidad que se le exige al paciente se le debe exigir al profesional.

La clientela que tenga un servicio en que se le trata con cortesía, puntualidad, ambiente agradable, -- por profesionales competentes, es una clientela que actuará como importante grupo de presión, en defensa de un servicio. Se debe analizar el contenido de los programas de educación sanitaria para evitar que se creen situaciones difíciles o la realización de esfuerzos inútiles. El dentista debe conocer los obstáculos de orden psicológico, educativo, económico y sociocultural del tratamiento dental para poder educar con pleno conocimiento de los obstáculos que debe vencer.

Economizamos esfuerzos cuando no insistimos en -- trasponer barreras infranqueables en un momento dado. -- Deben ser leídos y modificados por los sanitarios los trabajos de encuestas de opinión y los esfuerzos de motivación. Cada día se hace más evidente la necesidad de educadores sanitarios a nivel universitario en el equipo de salud pública. Querer producir cambios en los hábitos de la clientela, ignorando las causas de las resistencias encontradas, es intentar educar en la obscuridad. Poniendo la educación sanitaria sobre bases científicas, evitamos insistir en esfuerzos improductivos -- que solo nos llevan a la creación de malas relaciones -- con la clientela.

RELACIONES PUBLICAS

En este tipo de relaciones; de relaciones públicas exclusivamente el odontólogo quién dirige la atención hacia la comunidad informar, es preciso motivar. -- Necesitamos enfrentarnos con más realismo a las posibilidades que ofrecen las campañas en masa en el campo de la odontología sanitaria, analizando los costos y evaluando los resultados, como haríamos en cualquier otro programa de odontología sanitaria.

Los informes y publicaciones de carácter informativo deben ser presentados en forma atrayente, con material que puedan aprovechar los editores, periodistas y comentaristas de radio y televisión. Al público no le interesa saber como se gasta el dinero, no necesita cuentas de ganancias y pérdidas ni demostraciones de honestidad; quiere enterarse del resultado obtenido, quiere saber si fueron alcanzados los objetivos.

Un programa de relaciones públicas no debe ser algo que se haga en el momento que se necesita; debe ser mantenida día a día año tras año, a través de informaciones periódicas, discretas y sin caer en la propaganda que desprestigia un buen servicio.

RELACIONES CON LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES

Un odontólogo sanitario, puede ser llamado a establecer relaciones con los tres poderes en altos niveles del gobierno. Por ejemplo, con el poder judicial, en la que se refiere a la aplicación de las leyes de ejercicio profesional, para tratar de descubrir las fallas de los mismos que necesitan ser corregidas; con el legislativo, en cuanto al mejoramiento de las leyes de ejercicio profesional, en la elaboración de legislación relacionada con la odontología y los servicios dentales.

El administrador de odontología sanitaria debe estar siempre auxiliado, esclareciendo al gobierno para elucidar los problemas relacionados con las presiones recibidas, amortiguando los que se oponen y encausando y orientando los que son favorables al programa de salud pública.

En ciertas circunstancias es admisible una acción política por parte del odontólogo sanitario, ejercida en beneficio del programa, pero nunca en su propio beneficio.

Dentro del mecanismo normal del sistema democrático

co, el sanitarista podrá movilizar los grupos de presión y a la opinión pública para que se inclinen a los poderes públicos en el sentido deseado.

El poder legislativo, sobre todo, es muy sensible a los movimientos de la opinión pública. El sanitarista puede obtener por vía indirecta, que le envíen una orden superior para hacer exactamente aquello que el quería hacer y que no le permitieron. La acción política del odontólogo sanitarista, no debe ejercer de forma que entre el conflicto con la lealtad debida a sus jefes inmediatos y al servicio a que pertenece.

CONCLUSION

Las relaciones humanas son la clave del éxito en un programa un jefe de servicio dental o de una división de odontología sanitaria, no puede ser tan solo buen técnico, buen especialista; debe ser un buen administrador, para lo cual debe reunir cualidades de político y diplomático. Un administrador poco hábil en relaciones humanas se convierte en un juguete en manos de los acontecimientos.

Un administrador hábil es un líder democrático. - No toma decisiones precipitadas, sin oír a los grupos interesados. Por vía indirecta, utilizando bien los grupos de presión y la opinión pública, obtendrá el apoyo y la cooperación que necesita para realizar sus programas.

Los dentistas actuando sobre sus clientes, y los organizadores dentales y profesionales obrando sobre la opinión pública pueden reforzar reacciones favorables o desfavorables al programa de la odontología sanitaria.

Si el odontólogo sanitario es un líder genuino, - es sin duda capaz de orientar interacciones en sentido favorable a los objetivos del programa. En caso contrario, será orientado y dirigido por ellos.

CAPITULO II

EL ODONTOLOGO Y SU PERSONAL

Una actividad importante de cualquier programa es el adiestramiento del personal que tiene que llevarlo a cabo. Sin personal adecuado en calidad y cantidad, fracasan hasta los programas mejor planeados, a continuación se mencionarán los diferentes tipos de personal que tienen el papel de realizar junto con el odontólogo servicios dentales de buena calidad.

a).- PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS AL DENTISTA.

- 1.- Servicio junto al sillón y dentro del consultorio (auxiliares de consultorio o asistentes).
- 2.- Servicios de laboratorios de prótesis (mecánicas dentales).

b).- PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS AL PACIENTE.

- 1.- Higiene dental.
- 2.- Auxiliar de higiene dental.
- 3.- Enfermera dental escolar.
- 4.- Practicante diplomado en odontología
- 5.- Ayudante de odontología.
- 6.- Dentista práctico asistente.

Pasamos ahora al estudio separado de cada uno de los tipos de personal.

PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS DENTALES.1.- AUXILIAR DE CONSULTORIO

La auxiliar de consultorio tiene la función de -- ayudar al dentista en todos los menesteres del consultorio, incluso el de instrumentadora para intervenciones en cavidad bucal.

Una auxiliar bien entrenada permite un aumento - considerable de la productividad del dentista. Sin embargo no son muchos los dentistas que logran el máximo provecho del trabajo con auxiliar. Por la costumbre de trabajar solo, adquirida desde la escuela, dedica por lo general a la auxiliar a trabajos de esterilización - de instrumentos, recepción de pacientes, arreglos, cobranzas, teléfonos, etc. Esa es, una utilización limitada de la auxiliar.

La idea actual es la de que el dentista trabaje - sentado y que la auxiliar esté a su lado, acompañando - todos los detalles de la intervención que se está realizando. Deberá por lo tanto, adelantarse a las necesidades, colocando sobre la mesa auxiliar los instrumentos, medicamentos, materiales de obturación ya manipulados, - pastas de impresión en la cubeta; ayudará en el trabajo prestado al paciente, colocando rollos de algodón y retenedores, suministrando espejos, tiras de celuloide, - el aire o chorro de agua a zonas que están siendo trabajadas, poniendo en cavidades la amalgama que el dentista va colocando. En fin, hay un sin número de actos ligados al paciente en que la auxiliar presta un par de - manos adicionales al dentista. Es preciso tener en cuenta que la utilización plena de la auxiliar, sólo es posible cuando existe en el dentista un esfuerzo consciente y un deseo sincero de trabajar auxiliado.

Es importante que el dentista trabaje ayudado por un auxiliar en los servicios públicos y sociales, ya que resulta antieconómico gastar una buena parte del tiempo de un profesional de nivel universitario en menesteres que pueden ser cumplidos por personal de nivel más bajo. Es necesario sin embargo, rodear el trabajo de buenas - condiciones materiales para que resulte productivo y - mantener una moral elevada en los servicios dentales.

2.- EL MECANICO DENTAL.

Este tiene como función confeccionar los diversos tipos de piezas y aparatos protésicos y ortodónticos, -

que se utilizan en odontología, es una profesión auxiliar. El mecánico dental no puede prestar servicios directos al paciente.

La prótesis dental tiene una fase clínica y otra de laboratorio íntimamente relacionados. El dentista ejecuta la fase clínica y delega en el mecánico dental la ejecución de la fase de laboratorio, aunque mantiene -- en todo caso la responsabilidad ante el paciente, por la calidad del trabajo de laboratorio (protésico). Es deber del dentista el prescribir el trabajo de laboratorio y orientar su ejecución.

Los dos tipos de personal que acabamos de estudiar, son unánimemente aceptados y deseados por la profesión. Adiestrados en servicios o en cursos formales, aparecen desde las etapas iniciales de profesionalización. Evolucionan paralelamente a la odontología llegando a organizarse en fuertes asociaciones en algunos países.

No ocurre lo mismo, sin embargo, con otros tipos de personal que pasaremos a estudiar ahora, que constituyen motivo de controversia para grandes sectores de profesión.

PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS AL PACIENTE.

En la clasificación que se mencionó anteriormente, se describen seis tipos de personal auxiliar en este grupo. Para facilitar la discusión, se mencionarán en dos grupos:

a).- PERSONAL PARA SERVICIOS PREVENTIVOS

- 1.- Higienista dental.
- 2.- Auxiliar de higiene dental.

b).- PERSONAL PARA SERVICIOS CURATIVOS.

- 3.- Enfermera dental escolar.
- 4.- Practicante diplomado en odontología.
- 5.- Ayudante de odontología.
- 6.- Dentista práctico asistente.

PERSONAL PARA PRESTACION DE SERVICIOS PREVENTIVOS.

1.- Higienista dental.

La higienista dental tiene funciones como la limpieza de los dientes, la eliminación del sarro, la enseñanza individual y colectiva de la higiene dental, la limpieza de la boca que disponga el odontólogo antes del tratamiento, la aplicación tópica de fluoruros u otras soluciones profilácticas, el examen preliminar de escolares y personas de otros grupos y así pasar al odontólogo los que necesiten tratamiento.

En el caso de los escolares, el enlace con los servicios locales de enfermería de sanidad para velar por la aplicación de las recomendaciones o del tratamiento prescrito. Podríamos agregar a esta lista la toma de radiografías.

La higienista dental ha evolucionado mucho últimamente en los Estados Unidos, en nuestra opinión, la higienista dental es un tipo de personal propio para países donde el odontólogo alcanza su máxima etapa de profesionalista, en los que existe un mercado de trabajo en clínica particular que consume con regularidad un tipo de servicio, la profilaxia oral en este caso, al punto de justificación personal auxiliar dedicado principalmente a esa actividad.

En México, es muy difícil introducir, a este tipo de profesional auxiliar por que el dentista lucha todavía con el problema del práctico, y no requiere permitir el trabajo en la boca de ningún tipo de personal auxiliar, en clínica particular. Así mismo, aún cuando la profesión no opusiera esa restricción, es muy limitada la demanda de profilaxia oral aún le interesa al dentis

ta ejecutarlo personalmente en la mayoría de los casos. Por otra parte los servicios públicos de odontología sanitaria aún no están lo bastante organizados para absorber y utilizar un tipo de personal tan alto como la higienista dental.

2.- AUXILIAR DE HIGIENISTA DENTAL.

Este tipo de personal auxiliar es de gran ayuda - en programas escolares, está capacitado específicamente para prestar los siguientes servicios escolares: limpieza de dientes, aplicaciones tópicas e instrucción individual a escolares sobre técnicas y cuidados de higiene oral. El círculo de atribuciones de ese personal es bastante menor que el de la higienista.

En México sería prematura la introducción de un personal auxiliar para servicios preventivos, puesto que prácticamente no disponemos aún de una profesión para servicios curativos.

PERSONAL PARA SERVICIOS CURATIVOS

3.- ENFERMERA DENTAL ESCOLAR.

La función de este personal auxiliar en odontología es prestar los siguientes servicios dentales a los escolares: obturaciones en dientes deciduos y permanentes, con anestesia local, recubrimientos y profilaxia oral. No hace tratamientos de conductos. Identifica maloclusiones más no los trata, sino que envía los casos al dentista. Trabaja en clínicas escolares, es supervisada por un dentista. La enfermera dental escolar, es un tipo de personal escolar auxiliar para ser introducido por una profesión organizada, en países de altos recursos económicos, después de discusiones con autoridades gubernamentales y, cuando se establezca un consenso de opinión.

3.- PRACTICANTE DIPLOMADO EN ODONTOLOGIA Y AYUDANTE DE ODONTOLOGIA.

Estos son dos tipos nuevos de personal y de evolución profesional. Su función lo constituye las urgencias dentales como el alivio del dolor y la remoción de focos de infección de millares de individuos, que viven en zonas alejadas, en tribus, en áreas rurales y semi-rurales.

Sería utópico pensar para preparar dentistas universitarios con cursos de cinco años, para preparar estas áreas remotas y las extracciones necesarias. Este tipo de personal auxiliar fue creado para satisfacer necesidades inmediatas de grandes masas de población. El ayudante de odontología es preparado en cursos de cuatro a seis meses de instrucción teórica y un período práctico de por lo menos seis meses, para la práctica de extracciones. El practicante diplomado en odontología tiene, una preparación en cursos de dos años de duración para llevar a cabo tipos más simples de servicios de la práctica odontológica.

El planeamiento del sistema de adiestramiento de esos dos tipos de personal, así como la determinación del número necesario de cada uno de los tipos serían llevados a cabo por dentistas de salud pública con un conocimiento íntimo de las necesidades del país.

PERSONAL NO PROFESIONAL.

Se define a esta categoría como la constituida por el personal no calificado, que ejerce la odontología sin adiestramiento formal.

No siempre es ilegal su ejercicio; muchas veces se trata de personal legalmente registrado o que actúa en lugares donde no existe legislación restrictiva del ejercicio profesional.

En la América Latina en las situaciones que el práctico constituye mayoría, es forzoso, reconocer que cuenta entre sus clientes con personas de influencias en la vida política. Por otra parte, es considerable el número de clientes que se benefician de sus servicios. Todo esto ha de ser necesariamente tomado en consideración, al poner soluciones para el problema. Cualquiera ley, basada en la represión de tipo policial, en general constituye letra muerta. A veces se propone ingenuamente, que se prohíba a las casas de artículos dentales -- la venta de estos a los practicantes. Es evidente simplista, por que va contra los intereses del comerciante que tiene en las prácticas mayor clientela.

En el aspecto social, es innegable la importancia que representa el servicio prestado por el práctico a ciertos grupos de población. No cabe duda que el práctico tiende a distribuirse del mismo modo que el dentista de acuerdo con las leyes de la oferta y la demanda. Así observamos entre los prácticos la mala distribución que se observa entre los dentistas: concentración en ciudades mayores y carencia en zonas rurales.

En países donde hay grandes diferencias en el nivel de vida es decir una minoría muy rica, una pequeña clase media y una gran mayoría con medios económicos muy reducidos, se observan muchas veces una situación dentista práctico existente.

Ambos se dirigen a segmentos distintos de clientela, produciéndose dos estados de saturación, cada uno relativo a un segmento.

El trabajo de odontología sanitaria es una labor de equipo. Cuando se pretende crear un servicio dental nuevo, no se trata de nombrar un dentista; se trata de nombrar un equipo. El dentista no debe de trabajar solo tendrá una, dos, o tres o más auxiliares bajo sus órdenes, conforme al caso. Un dentista clínico necesita de una asistente. Pero si puede tener una clínica con dos sillones y con dos asistentes, su productividad aumentará.

El concepto de equipo facilita la planificación, la preparación del presupuesto. Se pueden acumular datos sobre el costo de un equipo, su arsenal básico, material de consumo durante un año y tener una cifra aproximada para pensar en ella, cada vez que se pretenda crear un servicio nuevo. El equipo ofrece ventajas para el servicio, porque permite un mayor rendimiento como resultado de la división del trabajo. Da mayor prestigio a la labor del profesional porque le permite despreocuparse de las acciones de menor jerarquía ya no es necesario resaltar más el interés y la necesidad del personal auxiliar para los servicios dentales y para la profesión odontológica de un modo general. Este capítulo se orientó sobre el personal auxiliar en odontología en América Latina es importante describir más la función de un personal muy importante en México: EL MECÁNICO DENTAL.

El problema de la formación de mecánicos dentales es diferente de los dos tipos de personal auxiliar que hemos descrito anteriormente. En los casos anteriores muchas veces los servicios toman a su cargo la preparación de esos auxiliares para atender a las propias necesidades. Pero en el caso del mecánico dental no ocurre eso. Innumerables servicios dentales que ejecutan trabajos de prótesis, poseen laboratorios centrales o adscritos a las clínicas donde trabajan mecánicos dentales, pero tales elementos son formados fuera, en cursos especiales o por un sistema de aprendizaje. La enseñanza formal para mecánicos dentales sólo aparece en una fase adelantada de la evolución profesional.

En la formación del mecánico dental, como el de la higienista y del dentista, estamos en favor de la evolución etapa por etapa. En nuestro país donde no hay ningún registro o control de la profesión de mecánicos dentales y mucho menos cursos particulares o en instituciones de enseñanza; el mecánico dental aprende el arte a través de otro o de un dentista.

En la parte del personal auxiliar, su actividad - se vinculará a los problemas del adiestramiento durante el servicio o cursos para asistentes y auxiliares de higiene dental, y a las cuestiones relacionadas, con la formación de personal auxiliar así como su estructuración.

CAPITULO III

EDUCACION HIGIENICA EN ODONTOLOGIA SANITARIA

La finalidad de la educación higiénica, en general es ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su comportamiento y esfuerzo. Por lo tanto este empieza con el interés de la gente por mejorar sus condiciones de vida y aspirar a traer un sentimiento de responsabilidad para su propio mejoramiento sanitario, ya sea individualmente o como miembros de la familia, de la colectividad o como ciudadano de un país.

La educación en cualquier materia, debe tener un fundamento científico y planearse de acuerdo con aptitudes y conocimientos de los educandos; debe orientarse hacia metas de importancia y que se encuentren dentro de los límites de su capacidad y sus recursos, todos estos factores varían con el grado de educación, estado social, economía y cultura de los diversos países y por lo tanto la educación higiénica debe variar en consonancia. Solamente después de un cabal estudio de la población, valores culturales, aspiraciones, necesidades y recursos, podrá llevarse a cabo una educación de higiene eficaz, lograr un trabajo de conjunto entre los individuos de cualquier localidad y los programas de salud pública.

Los propósitos generales de la educación higiénica son:

1.- Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.

2.- Capacitar a las personas para el desempeño de las actividades que deben aprender por sí mismos ya sea individualmente o en pequeños grupos a fin de alcanzar plenamente el estado de salud.

3.- Fomentar el establecimiento y apropiada utilización de los servicios de salud.

La adquisición sobre los conocimientos sobre la salud no se limita a la enseñanza dada con esa estricta finalidad sino que es el resultado de una amplia variedad de experiencias adquiridas en el hogar, en la escuela y en la colectividad.

EN EL HOGAR:

a). Costumbres y hábitos higiénicos de los adultos y orientación de los niños hacia una vida sana.

b). Los efectos y la conducta de las personas hacia sus semejantes como miembros de la familia.

c). Actitud de la familia en relación con la salud, con la prevención y cuidado de la enfermedad.

d). Las características del presupuesto familiar, especialmente la preferencia dada a la alimentación, a la vivienda y al vestido.

e). Saneamiento de la casa.

EN LAS INSTITUCIONES DE ENSEÑANZA:

a). Condiciones físicas del local.

b). Alimentación que se les da en las mismas

c). Contenido del plan de estudios en la parte dedicada a la enseñanza directa de la higiene.

d). Educación física.

e). Métodos de enseñanza de los estudiantes de todas las edades en los proyectos de la colectividad.

f). Conducta del profesor en relación con la higiene, como ejemplo para los estudiantes.

g). Relaciones entre los individuos interesados (padres, maestros y estudiantes).

h). Familiaridad con los servicios de la higiene-dental escolar.

i). Actividades colectivas.

EN LA COLECTIVIDAD.

- a). Servicios y consejos recibidos de médicos, dentistas, enfermeras y personal sanitario.
- b). Participación en los programas de salud oficiales y privados.
- c). Relaciones con mercados, tiendas y otros lugares públicos.
- d). Servicio militar.
- e). Diversiones y distracciones.

Los móviles por los que se aprende surgen del individuo y pueden describirse como siguen:

1.- METAS DE INTERES.

El afán de satisfacer ciertas necesidades humanas fundamentales, como supervivencia, alimentación, sentimientos efectivos y aprobación social, es el resorte principal de la conducta humana. Por eso el odontólogo no preguntará: ¿Qué puede hacer para que el paciente se instruya?

2.- APROBACION COLECTIVA.

Otra importante razón de que el individuo se instruya es la actitud del grupo a que pertenece. La mayoría de las personas tienen la inclinación a adoptar las normas y sanciones aceptadas por su familia y amigos. - La tendencia es descubrir lo que se hace y luego hacerlo; el aplauso o el reproche del grupo puede ser un factor decisivo para la aceptación o rechazo de ciertos principios. Por lo anterior una persona solo cambiará su conducta en determinada forma, es decir, aprenderá, cuando aprenda lo que debe ser y cuando vea que el hacerlo es un medio para llegar a un fin deseado. Además de que debe aprender, se debe saber claramente que hacer y ver las conexiones de esas relaciones con los fines que se persiguen. En este punto donde se destaca la importancia del papel que debe desempeñar el médico, - dentista, enfermera o auxiliar, para facilitar el apren-

dizaje; su meta es despertar el interés, facilitar la comprensión, y la obtención de los valores que permitan al hombre, en una situación dada llevar una vida sana. Para lograr este propósito necesitamos tener un conocimiento y apreciación directa de las personas en cuyo beneficio se va a llevar a cabo un programa de odontología sanitaria, se debe estar familiarizado con su cultura, su modo de vida, sus aspiraciones, valores, creencias, tradiciones y costumbres. Una vez conocidos todos estos hechos se podrá trabajar contando con la colaboración absoluta de la colectividad en la elaboración y empleo de los medios educativos que armonicen con ella.

EVALUACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION HIGIENICA EN ODONTOLOGIA SANITARIA.

La evaluación de un programa de educación higiénica en odontología puede definirse como el acopio y valoración sistemática de hechos y opiniones con el propósito de planear cada fase de un programa y tomar decisiones al respecto.

Para obtener el máximo de los beneficios debemos asegurarnos de:

- a). Que los objetivos de un programa sean definidos claramente.
- b). Que se tomen decisiones sobre los criterios de éxito o de fracaso.
- c). Que los procedimientos de evaluación estén elaborados o seleccionados.
- d). Que establezca un punto de partida desde el cual se mida el progreso alcanzado.
- e). Que se elijan y prueben previamente los métodos que deban emplearse para su eficacia.

Debemos, además, para fijar los objetivos: conocer las necesidades odontológicas reconocidas por la población y qué desea hacer para establecerlas; qué sabemos a cerca de ese problema y con qué recursos conta-

mos para resolver esa necesidad. Una vez resueltas estas tres incógnitas, coordinar programas generales de salud pública, pues debe existir, como es fácil apreciar una indestructible armonía con los demás servicios y planes de educación higiénica.

2.- La entrevista. Indicada cuando alguien tiene un problema concreto.

3.- Charlas, conferencias y discusiones. Son métodos comunes de información. Su valor consiste en que presentan un asunto o tema a gran número de personas a la vez.

4.- Grupos de discusión. Pueden constar de un número variable de personas (5 a 20) que se unen para estudiar un asunto, señalar un programa o simplemente para intercambiar ideas.

MÉTODOS.

1.- Complementos de la palabra hablada. Se usan para aumentar la eficacia de la misma. Mediante el empleo de los medios visuales.

a). Maquetas. Para observar instalaciones modelo que no es posible visitar.

b). Cuadros móviles. Para construirse delante del público en sus partes principales y observar su utilidad práctica.

c). Proyecciones fijas. Es uno de los métodos poco costosos al que se debe presentar la debita atención.

d). Cine y televisión. Constituyen medios que se bastan asimismo y que emplea la palabra hablada y figuras móviles; tienen notable autoridad y poder convincente sobre grandes autoridades, suscitando reacciones emotivas.

e). Teatro, representaciones y narraciones. Se emplea eficazmente en educación higiénica, es una provechosa experiencia para conocer el trabajo o problemas de otros.

Un programa que deseemos esté bien elaborado requiere tener en cuenta lo que se ha hecho, lo que queda por hacer, lo que la población quiere que se haga, como debe hacerse los medios para financiarlo y la adaptación de los recursos existentes.

Los intereses, necesidades y aspiraciones de la colectividad nos proporcionan los puntos de partida y los móviles para seguir consiguiendo ayuda a la elaboración de los planes y participar en su ejecución.

El programa escolar es uno de los puntos capitales de la educación higiénica en materia odontológica, es de particular importancia el esfuerzo mancomunado del dentista con las autoridades educativas y los directores de instituciones docentes.

Es de desear que la familia y la colectividad secundan los esfuerzos escolares a fin de que las normas y prácticas enseñadas por el dentista puedan ser reforzadas y no debilitadas.

También puede ser de gran ayuda para nuestro esfuerzo, contar con la colaboración de instituciones agrícolas, industriales y cívicas y cooperativas, en fin, de todos los movimientos que tengan fines educativos de mejoramiento humano y elevación del nivel de vida.

Las autoridades locales, el personal sanitario y de enseñanza, así como la población, pueden colaborar en la elaboración, adaptación y aplicación de los programas de acuerdo con las necesidades, circunstancias y recursos de cualquier localidad.

Este trabajo supone la elaboración de los programas de suerte que cada persona acepte su responsabili-

dad en la parte del mismo que pueda hacer mejor y lleve a cabo su tarea en tal forma que secunda al resto del personal dental.

SELECCION Y USO DE LOS METODOS Y MEDIOS DE EDUCACION HIGIENICA EN ODONTOLOGIA SANITARIA.

La mayoría de los métodos pertenecen a estos tres grupos:

a). Unilaterales o didácticos o sea los que se imparten directamente a un individuo o grupo de individuos.

b). Bilaterales que se basan en el intercambio de conocimientos entre dos o más personas.

SELECCION DE LOS MEDIOS.

La eficacia de los medios depende de muchos factores y se tiene la obligación de estudiar cual combinación de los mismos hará que la enseñanza sea más completa. Se seleccionará, por los mismos medios que impresionen a tantos sentidos como sea posible (vista, oído, tacto, etc.) y se emplearán medios que enlacen conocimientos nuevos con los ya poseídos.

En seguida se dará un resumen de métodos y medios de que valerse para llevar a cabo una labor como educadores higiénicos en materia de odontología sanitaria:

METODOS.

1.- La palabra hablada que es, todavía el medio más universal de comunicación.

f). La palabra escrita. El envío de correspondencia es otro método de comunicación que debemos tener en cuenta.

g). *Volantes y prospectos.* Tienen dos funciones principales:

1.- *Familiarizarse rápidamente a un gran número de personas con algún tema de interés público.*

2.- *Completar y reforzar los consejos dados de palabras. Han de ser cortas y de ser posible ilustrados, atractivos y baratos.*

h). *Carteles.* Llamam rápidamente la atención sobre una simple palabra o idea; deben ser empleados parcialmente y explicados.

i). *Folletos.* Particularmente útiles cuando se trata de temas de mucho interés para el público.

j). *Exposiciones.* Tienen dos funciones definidas en el programa de educación higiénica:

1.- *Si están debidamente organizados y cuentan con buena propaganda, atraen a gran número de personas.*

2.- *Su organización hace que participe mucha gente (periodistas, maestros de escuela, fotógrafos, etc.) que en otras condiciones no hubiesen estado en relación con estas actividades.*

MATERIAL USADO ACTUALMENTE EN LOS CENTROS DE INFORMACION PUBLICOS.

Tras de un estudio cuidadoso de todos los materiales que se emplean en educación higiénica en odontología, atendiendo sobre todo, a su utilidad y a los recursos económicos con los que se cuenta en la generalidad de las veces se recomienda cuidadosamente el uso de:

1.- *Periodico mural.* Este tiene un costo extraordinariamente bajo. Puede hacerse con recortes ilustra-

dos de revistas sobre un tema específico, o en pizarrón con dibujos de gises de colores (ejemplo, cepillado dental; tópicaciones flúbricas, control de azúcares, etc.) Debe colocarse en lugares muy visibles a fin de que sea leído u observado por el mayor número posible de padres de familia o de niños.

2.- Cintas fijas. Cada una de estas películas, de dibujos fijos deberán ser acompañados de un relato que hará el dentista o la auxiliar de higiene dental, siempre poniendo su lenguaje a nivel del auditorio. En este método ya intervienen, por lo menos dos de los sentidos, la vista y el oído y como ya se ha expresado anteriormente, mientras más de ellos intervengan el resultado será mucho mejor.

3.- Rotafolio. Debe ser pasado ante auditorio corto, juega un papel muy importante; la persona que tiene a su cargo la explicación de cada una de las láminas que lo componen puesto que deberá hacer llegar a la mente - de cada uno de los presentes, los fines que se persiguen en los distintos dibujos. Creemos que es necesario decir, que el criterio de los cirujanos dentistas y su entusiasmo hacia la educación higiénica, así como su curiosidad y dedicación, le permitirá hacerse de algunos otros métodos, fuera los individuos, que también sirvan para hacer llegar a la comunidad los beneficios de la enseñanza en una forma interesante.

Se pueden organizar pláticas sabatinas sobre temas diversos de higiene dental; se puede invitar a profesionistas o a personas destacadas de la colectividad y cooperar en las sesiones culturales y desde luego se establecerán grupos de cepillado dental que constantemente enseñarán a los niños la forma adecuada de realizar esta importante maniobra.

El número de acciones que un dentista inteligente puede adoptar en beneficio de su comunidad, es infinito.

Solamente se requiere estar convencido de que la labor que se realiza es benéfica, sobre todo, tener conciencia de que somos antes que nada servidores de la sa lud pública.

CAPITULO IV

PROBLEMAS DE LA ODONTOLOGIA SANITARIA

Siendo la odontología sanitaria una disciplina de la salud pública, sus problemas deben ser al mismo tiempo problemas de la salud pública; esto es, deben reunir los requisitos necesarios para que un problema de salud sea considerado como un problema de salud pública.

Según SINAI, un problema de salud es considerado como un problema de salud pública, cuando reúne tres condiciones esenciales:

- 1.- Constituye una causa de morbilidad o mortalidad grandemente extendida.
- 2.- Existen métodos eficaces de prevención y control.
- 3.- Tales métodos no están siendo utilizados de un modo adecuado por la comunidad.

La primera de ellas es de importancia fundamental ya que tanto más frecuente aparezca una enfermedad como causa de morbilidad o mortalidad, tanto mayor es su significado sanitario.

Con relación a la segunda condición, tomando a la prevención en un sentido más amplio, una determinada enfermedad dental u oral solo sería excluida en caso de que no se pudiera hacer absolutamente nada para prevenirlas o tratar de rehabilitar al individuo. La última condición es axiomática. En el momento en que los métodos conocidos están siendo utilizados plenamente, el problema deja de ser problema.

Dentro del concepto de SINAI, el considerar una enfermedad dental u oral como problema de salud pública dependerá más que de todo de cuán elástico es el concepto entre lo que es común y lo que es raro.

En el caso de la caries dental por ejemplo, no ha brá ninguna duda; es una de las enfermedades más frecuentes que afligen a la humanidad, existen métodos de prevención parcial y de control y como regla general ta les métodos no son utilizados en su debida extensión.

No queda duda que la caries dental es un problema de salud pública.

Va en el caso de las anomalías congénitas como la bio leporino y paladar hendido, cuya incidencia varia alrededor de uno para cada mil nacidos vivos.

Los grupos de enfermedades que constituyen riesgos para la salud oral son los siguientes:

- 1.- Caries dental.
- 2.- Periodontopatías
- 3.- Maloclusiones.
- 4.- Malformaciones congénitas de labio y paladar.
- 5.- Cancer oral. A estos cinco grupos se les aumentan, los siguientes (basándose en diferentes autores):
- 6.- Fluorosis dental.
- 7.- Secuelas de traumatismo faciales.
- 8.- Estigma de sífilis congénita.
- 9.- Enfermedades ocupacionales con manifestaciones bucales.

Tal ampliación exagerada del concepto del problema de la salud pública, haría desaparecer el límite entre lo que constituye un problema de salud de tipo individual, relativamente raro, y un problema de salud colectiva o problema de odontología sanitaria. La enumeración que fue hecha de los problemas de la odontología sanitaria no pretende presentarlos por orden de importancia.

En cada comunidad los problemas de la odontología sanitaria una vez caracterizada como problema, deberán ser dispuestas por orden de importancia de acuerdo con su significado social y sanitario.

Los principales criterios empleados para establecer la prioridad relativa de los problemas de la odontología sanitaria son:

- 1.- Número de personas afectadas.
- 2.- Severidad del daño causado.
- 3.- Posibilidades para su solución.
- 4.- Su costo.
- 5.- Grado de interés de la comunidad.

Ninguno de estos criterios pueden ser tomados aisladamente: es su interés en conjunto lo que hace que un problema se destaque entre los demás, o que ocupe un lugar subalterno en la escala de los problemas. La caries dental por ejemplo, es casi el problema número uno en odontología sanitaria por las siguientes razones:

- 1.- Por su frecuencia, pudiendo afectar al 99% o más de la población.
- 2.- Por el daño causado, produciendo insuficiencia masticatorias y alteraciones de la estética facial; pudiendo ser causa indirecta de periodontopatías y maloclusiones, agravando, por consiguiente, otros problemas de la odontología sanitaria.
- 3.- Por la posibilidad para resolver este problema. Actualmente estamos mejor armados para combatir la caries dental, que para combatir otros problemas de la odontología.
- 4.- Por el costo "per capita". Proporcionalmente es más barato llevar a cabo un programa de caries dental que un programa de ortodoncia, de parodoncia o de prótesis.
- 5.- Por el interés de la comunidad. De un modo general los problemas de salud que mayor interés despertan en una comunidad son aquellos que representan un riesgo de vida o de incapacidad permanente, y llevar consigo la duda en cuanto a la posibilidad de atacar a-

una determinada persona. De un modo general los problemas de la odontología sanitaria, no despiertan el interés espontáneo de la comunidad a no ser que exista un alto nivel de educación sanitaria. Entre los problemas odontológicos es generalmente la caries dental la que despierta mayor interés.

Tal vez por la noción intuitiva de que es el problema que afecta a mayor número de individuos y es en donde hay mayores posibilidades de éxito.

En determinadas situaciones la caries dental podría ceder a otros problemas esa primera prioridad. Se menciona con frecuencia que las enfermedades periodontales son un problema más serio que el de la caries dental en otros países como la India por ejemplo.

En áreas de fluoruración endémica sería este problema, sin duda alguna de mayor importancia que la caries dental, lo mismo se podría decir de comunidades industriales en donde varios tipos de enfermedades ocupacionales o riesgos para la salud, podrán constituir un problema de primer orden.

En la odontología sanitaria todavía se esta en la fase de la caries dental, tan grande es la prioridad que ella guarda con relación a los demás problemas de la odontología sanitaria.

La siguiente fase que se recorre, sería sin duda de las enfermedades crónicas, las enfermedades de la edad madura. Esa fase vendrá después del día que se haya resuelto satisfactoriamente el problema de la caries dental, entonces las periodontopatías ocuparán la principal atención del dentista, por ahora se está desarmado ante las enfermedades periodontales, y la caries dental todavía es causa indirecta e importante en su origen.

Con relación a los problemas de maloclusiones, desde el punto de vista sanitario, se esta todavía poco

preparados para enfrentarse a este problema. Se reconoce la existencia del problema sin embargo, raramente los recursos son suficientes para hacerle frente de una manera significativa.

En el caso del cancer oral en que la participación del dentista en el descubrimiento de casos puede significar la posibilidad de tratamiento eficaz o la muerte de un paciente, el problema no es exclusivo del dentista. El problema en el que la responsabilidad del tratamiento es médico y quedará mejor situado entre los problemas relacionados con los cánceres de varios tipos y localizaciones. La importancia que adquiere el problema esta ligado a la gravedad de la enfermedad que es fatal en gran número de casos, lo que la participación del dentista, es principalmente para el diagnóstico.

Las anomalías congénitas de labio y paladar constituyen problemas de salud pública para aquellas comunidades que ya están organizadas y preocupadas con los varios tipos de defectos o desventajas que ciertos niños pueden presentar al nacer.

Pocos programas de odontología sanitaria incluyen hoy en día el problema de las anomalías bucofaciales de formación.

La fluorosis dental endémica constituyen un problema genuino de la odontología sanitaria donde quiera que ocurra. Naturalmente que ella tendrá relación a los otros problemas de la odontología, en la misma comunidad o comunidades vecinas bajo la dependencia de un mismo departamento de salud, dependerá del balance de conjunto entre los varios criterios mencionados. Así un programa de remoción del flúor del agua de una ciudad con fluorosis endémica, podrá ser considerado en un programa de salud, en relación con un programa de fluoruración una ciudad vecina que pudiera ser afectado con idéntico costo.

La noción que se pretende dejar es de que la odontología sanitaria tiene responsabilidad de varios problemas que reúnen las condiciones necesarias para ser consideradas problemas de salud pública.

Siendo los recursos muy limitados, el dentista tendrá que optar por algunos de ellos, a los cuales dará prioridad en sus programas.

Para efectuar la selección en forma racional, aplicará varios criterios en la evaluación de cada problema y verá cuales de ellos reúne en su conjunto, mayor número de circunstancias favorables para su selección.

El orden en que se presentaron los problemas pueden variar de una comunidad a otra dependiendo de factores epidemiológicos, socioeconómico y culturales. Se puede decir que los problemas de la odontología sanitaria antes mencionados, los más importantes son: Las caries dentales, periodontopatías, y las maloclusiones, se puede decir que como regla general, el problema de la caries dental tiene prioridad en relación a los demás problemas. Para medir los problemas de una comunidad en odontología sanitaria, o en otras palabras, el grado de salud oral, el odontólogo tiene a la mano diversos índices o unidades de medida, cada uno de ellos adaptada a las características de la enfermedad a ser medida. No existe un índice de salud oral, sino varios índices relativos a los problemas varios de este tipo.

Los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la frecuencia con que ciertas enfermedades o ciertos eventos en la comunidad, pudiendo influir o no, una indicación de la frecuencia de la caries dental.

El índice de mortalidad dental, da una indicación de la frecuencia de un evento, la pérdida de dientes permanentes; y el índice de RUSSEL refleja la severidad de las afecciones de los tejidos de sustentación a los dientes. Según JOHNSON "un índice útil" para el estado-

de salud oral, en relación con una enfermedad o condición determinada debe reunir los siguientes criterios:

1.- PERTINENCIA.

Debe haber una relación entre el índice utilizado y la enfermedad o condición que está siendo estudiado.

2.- CONFIANZA.

Para que se pueda tener confianza en un índice es preciso que el mantenga su validez cuando sea sometido a análisis estadísticos. Las conclusiones alcanzadas han de merecer ser sostenidas con seguridad.

3.- SIGNIFICADO.

Para que se pueda tener una idea comprensible y significativa de lo que se pretende decir, se puede resumir la posición del odontólogo con respecto a los índices:

1. Con relación a los problemas de distrofias congénitas y cáncer oral no se necesitan índices específicos. Se utiliza con buenos resultados los coeficientes comunes de morbilidad y mortalidad. Se trata de enfermedades de ocurrencia relativamente rara y en los que su medición, bajo la forma de incidencia o prevalencia, satisface las necesidades.

2.- En cuanto a caries dental se dispone de índices muy buenos, que tienen como base unidades de medida de diversos tamaños (individuo- porcentaje de individuos con CPO igual a mayor que uno; diente CPOD; superficie CPOS) que nos permitan escoger el índice que este más de acuerdo con las necesidades de medición que se requieren utilizar.

3.- Respecto a parodontopatías y maloclusiones, - ambas de alta prevalencia, recientemente han aparecido-

índices prometedores, desde el punto de vista de salud pública; entre ellos los de RUSSEL y HLD.

El índice PMA, ya consagrado, tiene su uso restringido a las gingivoplastias.

4.- En el caso de las fluorosis dental, se dispone de un índice específico que han prestado excelentes servicios.

Los problemas de la odontología sanitaria no son únicamente problemas para los sanitaristas, es decir, es deber de todo tipo de personal tanto profesional como auxiliar tener conciencia y ética para darle mayores soluciones ya que ninguno de los conocimientos sobre la materia deben ignorar las necesidades del individuo, de bemos ayudarnos para ayudar.

CAPITULO V

MÉTODOS PARA COMBATIR LOS PROBLEMAS DE LAODONTOLOGIA SANITARIA.

El principal problema al que se enfrenta la odontología sanitaria en nuestro país, es el elevado incremento anual de caries que presenta la población a nuestro cuidado y la imposibilidad de atender clínicamente a ese gran número de pacientes, cuyas necesidades dentales aumentan a un ritmo más elevado que las posibilidades de los servicios. El único método eficaz de combatir este desnivel es dedicar esfuerzo y tiempo a la aplicación de medidas preventivas logrando así que dentro de algunos años disminuya la incidencia de los padecimientos orales principales.

El primer paso que se deba dar, antes de cualquier medida preventiva, es instruir a la población sobre la importancia de la salud dental y su influencia en el estado general; es decir, mediante una buena educación dental despertaremos el interés de la comunidad en sus problemas orales y darles a conocer las posibilidades y facilidades que se le brindan para evitarlos.

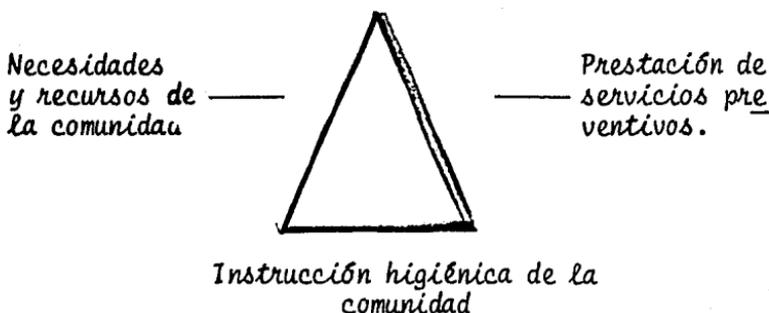
La necesidad de "educar" en salud oral es requisito indispensable antes de iniciar cualquier programa.

Todo programa de salud se puede representar como una estructura triangular, de la que no se puede retirar ningún elemento sin causar la destrucción de todo el triángulo.

Los tres elementos de esta estructura serían: por un lado, la investigación de necesidades y recursos de la comunidad; otro lado sería representado por la presentación de los servicios preventivos; y la base sobre la que se apoyan estos elementos sería, la instrucción-

higiénica de la comunidad.

TRIANGULO REPRESENTATIVO DE UN PROGRAMA DE SALUD ODONTOLOGICA.



A continuación se expondrán las diferentes preventivas que se tienen al alcance para combatir la caries dental y las parodontopatías.

Por prevención en caries dental, debe entenderse no sólo el significado estricto de la palabra, esto es, evitar la aparición de la enfermedad; debe entenderse también como "prevención" cualquier interferencia que se pueda efectuar para detener el desarrollo de la enfermedad, evitando así posteriores complicaciones.

De lo anteriormente dicho se desprende que se puede agrupar los recursos preventivos en dos clases:

a). Medidas, que confiriendo una protección específica, evitan la aparición del padecimiento.

b). Padecimientos tendientes a interrumpir el proceso morboso limitando el daño ocasionado.

Para comprender mejor las medidas de protección específica, recordemos que en medio del complejo proce-

so de la caries sobresalen dos factores causales; la estructura química del diente como causa endógena; y la acción de microorganismos acidófilos como factor exógeno determinante. Las medidas preventivas estarán por lo tanto dirigidas a aumentar la resistencia de la estructura dental o bien a disminuir la acidogénesis de la cavidad bucal. Hay que tener cuidado de que durante el período de formación dentaria, que se inicia desde la décima u onceava semana de la vida intrauterina, haya un suficiente aporte de elementos nutritivos tanto minerales como vitamínicos. Esto desde luego ayuda a una formación del diente, pero sobre todo es de especial importancia que el diente disponga de la suficiente cantidad de sales de flúor para la formación de flúorapatita, éste, es el que confiere una resistencia específica al esmalte contra la acción acidogénica.

El método más eficaz para lograr que el individuo de una comunidad ingiera suficientes cantidades de sales de flúor, es agregar, en porciones debidas estas sales de agua de consumo de la población.

Las principales ventajas de este procedimiento son:

- 1.- Se beneficia al mismo tiempo a toda la comunidad.
- 2.- Se necesita de toda la cooperación activa del individuo al que se trata de proteger.
- 3.- Su inocuidad está totalmente comprobada.
- 4.- Su costo es muy bajo.
- 5.- La protección que se logra, es más conocida hasta ahora.

Las sales más utilizadas para agregar al agua han sido el flúoruro de sodio y el silico flúoruro de sodio, este último utilizado en nuestro país. La dosificación se hace utilizando aparatos de alimentación que pueden ser dosificadores en seco o dosificadores en solución, para lograr en el agua de consumo una proporción de flúor por un millón de partes de agua.

No sólo se ha probado que la fluoruración reduce en un 65% efectivo la incidencia de caries, también cada vez existen más pruebas de que no se produce ningún efecto nocivo en el desarrollo somático y psíquico de niños que habitan en regiones donde se consume agua con la proporción de flúor antes mencionada, ya sea que dicho flúor se encuentra en forma natural o se agregue artificialmente.

En proporciones mayores de dos miligramos por litro se comienza a encontrar ciertas anomalías, especialmente el moteado de los dientes. En concentraciones muy exageradas de 40 a 80 miligramos se encuentra la llamada fluorosis anquilosante.

Actualmente en varios países millones de gentes consumen agua con contenido de flúor de un miligramo por litro, en ninguno de ellos se han encontrado que las medidas de prevención hayan provocado algún padecimiento y en cambio en todos se ha notado la disminución de la caries en beneficio general.

Como medidas alternas para lograr un aporte suficiente de sales de flúor se ha propuesto la adición de este elemento a la leche, sal de mesa y la ingestión de tabletas.

Otro método para lograr que el esmalte mejore su constitución química y que se aplica cuando no ha sido posible la fluoruración artificial de los abastos públicos de agua, es la aplicación tópica sobre la superficie adamantina de algunas soluciones de sales de flúor. Actualmente las más utilizadas son el fluoruro de sodio y el fluoruro de estaño. Este método confiere una protección que oscila entre el 20 y el 40%, es más efectiva cuando se aplica en dientes que han hecho su erupción recientemente, que cuando se aplica sobre el esmalte de los adultos. Este procedimiento por las prácticas que se han hecho se debe considerar como método específico preventivo eficaz contra la caries dental.

Los procedimientos antes mencionados tienden a aumentar la resistencia del esmalte ante el ataque de agentes morbosos; pero también podemos disminuir los índices de caries combatiendo directamente a la acción de los microorganismos acidófilos.

El proceso de la caries dental se inicia siempre por la destrucción del cemento interprismático, por la acción conjunta de gérmenes y ácidos.

Experiencias llevadas en universidades de los Estados Unidos demuestran claramente este hecho; se sometieron a observación tres grupos de ratas, administrándoles una dieta rica en carbohidratos; los grupos tenían las siguientes características; primero las llamadas "A", pertenecían a un lote de animales que habían nacido mediante operación césarea y se habían mantenido en un círculo cerrado, libre de gérmenes. El segundo grupo, llamado "B" eran animales que poseían una flora bucal rica en lactobacilos y en los que comenzaban a aparecer caries. El tercer grupo "C" eran animales con pocas colonias de lactobacilos y en los que no aparecieron caries dental. A los grupos "A" y "C" se les sometió a dieta rica en carbohidratos por ingestión bucal y al grupo "B" se le alimentó por medio de sonda gástrica evitando la presencia de substratos alimenticios en la cavidad oral. Los resultados de la experiencia después de un tiempo fueron los siguientes:

Al grupo "A", mantenido libre de gérmenes no se les desarrolló ninguna caries, demostrando el origen bacteriológico del padecimiento; en el "B" se observó que en cuanto eran suprimidos al paso de los alimentos fermentados por la boca, se detenía la formación de nuevas caries y la cuenta de nuevos microorganismos acidogénicos disminuía notablemente, esto demostró la necesidad de la presencia de carbohidratos para el proceso cariogénico. Finalmente el grupo "C" presentaba un aumento en su índice de las caries al administrarle una dieta sobre azucarada. Algunas observaciones en el hombre confirman lo anterior, el esquilmo está completamente

libre de caries, mientras permanece ingiriendo su dieta habitual, que es por fuerza escasa en carbohidratos.

Esto demuestra que no existe inmunidad en esta raza, ni que las condiciones climatológicas fueran causa de su resistencia, pues aun prevaleciendo estas, aparece el proceso carioso al modificar la dieta.

En los niños y adolescentes diabéticos sometidos a un régimen adecuado a su estado, se observa que las caries comienzan a disminuir al eliminar de su dieta los carbohidratos.

El método de reducción de carbohidratos, lograría una protección del 100%, sin embargo, existen muchas dificultades, pues su aplicación es forzosamente difícil ya que se necesita la cooperación total del individuo y una vigilancia estricta.

En el niño sobre todo, este método es de difícil aplicación ya que existe una impulsión natural a este tipo de alimentos y por otro lado, es fuente de calorías que muchas veces, por motivos económicos, no se puede obtener en otro modo.

Sin embargo, podemos beneficiarnos con este método aplicándolo en una forma lógica y práctica procurando crear el hábito de reducir la frecuencia de la ingestión de carbohidratos y no tratar de reducir el consumo total de ellos.

Como medidas para combatir al lactobacilo se han propuesto también los siguientes procedimientos: El uso de antienzimáticos inhibidores de la formación de ácidos y la neutralización del ácido inmediatamente después de su formación.

Los procedimientos tendientes a interrumpir el proceso de caries, si este no se ha logrado evitar en su aparición son: el diagnóstico precoz, que nos ayuda a eliminar el daño y la rehabilitación, para devolver -

la función perdida, ambas medidas caen dentro de las -- técnicas de operatoria dental.

Toda medida preventiva está basada en el conoci-- miento exacto de la etiología del padecimiento, tratán-- dose de parodontopatías las causas son muy numerosas y-- complejas y por lo tanto, los recursos preventivos con-- que se cuenta son numerosas.

Entre los factores causales de algunas parodonto-- patías, que pueden ser eliminadas con miras preventivas se tienen principalmente los que causan una irritación-- local tales como cálculos salivales, obstrucciones y pró-- tesis mal ajustadas, áreas de contacto defectivo, oclu-- sión traumática, anomalías de posición en las piezas den-- tales y métodos defectuosos de cepillado o la falta to-- tal de ellos. Estos pueden ser considerados como facto-- res locales, a los que se agregan otros de índole gene-- ral como son las deficiencias endocrinas, estados diabé-- ticos, desnutrición, etc.

Para combatir y prevenir en lo posible las enfer-- medades parodontales se recomienda:

- 1.- Fomento de la salud del individuo, creando -- así condiciones favorables de resistencia.
- 2.- Dieta adecuada, ya que alguna deficiencia vi-- tamínica puede actuar como factor coadyuvante.
- 3.- Insistir, por todos los medios posibles, en -- la necesidad de una buena higiene oral, enseñando y fo-- mentando el uso del cepillo dental.
- 4.- Profilaxis bucal en casos en que se encuentre -- tártaro dentario.
- 5.- Evitar las maloclusiones, corrigiendo hábitos -- perjudiciales y evitando, hasta donde sea posible las -- extracciones.

6.- Efectuar las restauraciones en forma correcta.

7.- Despertar en el paciente el hábito de revisión periódica de su boca lo que nos permite un diagnóstico oportuno.

Esta somera exposición se ha sujetado a estimar superficialmente la materia, pues la odontología preventiva abarca un campo inmenso, no solo por lo que se refiere a su ejercicio técnico sino por la amplitud en -- que debe desarrollarse la investigación y la educación dental pública para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos que se encuentran al alcance.

CAPITULO VI

NIVELES DE PREVENCIÓN DE LOS METODOS DESALUD PUBLICA.

Una vez ya establecidos los problemas de la Odontología Sanitaria y sus métodos para enfrentarse a ellos es importante señalar los métodos para resolverlos. Este capítulo procura situar los métodos de que se dispone actualmente, dentro de una perspectiva propia y en relación con su valor potencial para la Odontología Sanitaria.

Método, es cualquier medida o acción que una vez adaptada resulte o deba resultar: en la prevención de la ocurrencia de una enfermedad; en la limitación del daño causado; o en la rehabilitación del individuo atacado por ella. Estos resultados de la acción tomada, permiten desde luego identificar diferencias en el modo de actuar de los métodos existentes.

El concepto de los niveles de prevención según -- LEAVELL y CLARK; el término prevención en Medicina y -- Odontología no debe ser considerado en el sentido estricto de prevención pura, prevención de la ocurrencia de una enfermedad. La interferencia en el desarrollo de cualquier dolencia puede ser considerada, como la interposición de barreras en distintas etapas del ciclo evolutivo. Las etapas en que se puede interferir, en que se opone la progresión, las enfermedades, se denominan "NIVELES DE PREVENCIÓN".

NIVELES DE PREVENCIÓN1o. Fomento de la salud.

En este nivel se procura crear las condiciones más favorables que sean posibles para que el individuo

este en condiciones de resistir al ataque de una enfermedad o grupo de enfermedades. Se procura aumentar la resistencia del individuo y colocarlo en un ambiente favorable a la salud. El fomento de medidas como las de una nutrición adecuada, los ejercicios al aire libre, el goce de vivienda limpia y cómoda, ropa adecuada al clima, trabajo estimulante desde el punto de vista mental, así como el disfrute de distracciones y vida familiar, no constituyen ciertamente un método específico de prevención de las enfermedades, pero ayudan a crear un ambiente desfavorable a la mayoría de ellas.

2o. Protección Específica.

En este nivel se trata de proteger al individuo específicamente contra una determinada enfermedad.

El dentista actúa con métodos positivos, comprobados, y de eficacia mensurable. En este grupo caben medidas, como la vacunación, yodación de la sal y fluoruración del agua.

3o. Diagnóstico y Tratamiento Precoz.

En las enfermedades que no fueron evitadas, bien sea porque no existen métodos para la actuación en nivel anterior, o porque no fueron aplicados los existentes, nuestra actuación deberá orientarse en el sentido de identificarlos y tratarlos lo más pronto posible.

El cáncer oral, por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento precoces constituyen la mejor forma para hacer frente al problema.

4o. Limitación del daño.

Cuando existe falla en la aplicación de medidas de los niveles anteriores, debemos procurar, cualquiera que sea la fase en que se encuentra la enfermedad, la limitación del daño causado, o sea, evitar un mal mayor. Así -

por ejemplo, al hacer un recubrimiento a una pulpa accidentalmente expuesta, estamos evitando un mal mayor, al tratar un conducto infectado se procura evitar un mal mayor; una infección periapical por ejemplo.

Las intervenciones comunes en odontología curativa o restaurativa, tienen una finalidad preventiva, -- cuando se considera la prevención en un sentido amplio.

5o. Rehabilitación del individuo.

En este último nivel de prevención nos enfrentamos ya con el hecho consumado. La enfermedad evolucionó hasta su fase final, y nos hallamos frente a un individuo lesionado por la dolencia, portador de sus secuelas, e incapacidad parcial o totalmente, pues bien aún esta situación da lugar para un trabajo de prevención -- para evitar que el individuo se convierta en una carga permanente tanto para sí mismo como para su familia y -- para la sociedad.

La prevención en su estado amplio, comprende la -- actuación del dentista en cualquier fase de la evaluación de la enfermedad.

La Odontología Preventiva, también en sentido amplio, es sinónimo de Odontología Integral, o sea la mejor odontología Integral, o sea la mejor Odontología -- que puede aplicarse en un momento dado.

En sentido estricto, la Odontología Preventiva es aquella que se aplica en el periodo de prepatogénes (prevención primaria); y la Odontología Curativa o Restaurativa la que se practica en periodo de evolución de las enfermedades dentales o después de ellas, (prevención -- secundaria y terciaria). El ideal de la Odontología consiste en la prevención, interpuesta lo más pronto posible a la historia natural de cada enfermedad. En realidad la actuación, en un nivel más alto solo deberá ser justificada por existencia de recursos en fases anteriores, o por haberse agotado su capacidad protectora.

El ideal de la Odontología Sanitaria y de la Salud Pública es la prevención primaria; solo en la imposibilidad de ésta, debe acudir-se a la prevención secundaria o terciaria.

NIVELES DE APLICACION

En varias enfermedades, como la caries dental se dispone de varios métodos en un mismo nivel. Tenemos que considerar entonces dos aspectos para proceder a la selección. El primero de ellos llamado "fuerza del método", es representado por la protección obtenida, y en general expresada en porcentajes.

En el campo de la Odontología Sanitaria, al comparar aplicaciones tópicas con la fluoruración del agua, nos encontramos con dos métodos de "fuerza" distinta; - ambos proporcionan una protección parcial contra la caries dental, el primero de 40% y el segundo de más de 60%.

1o. Nivel: Acción Gubernamental Amplia.

Una serie de problemas de Salud Pública, como el de ciertas deficiencias de la nutrición, exigen, para la obtención de resultados apreciables, programas gubernamentales de verdadera envergadura, capaces de mejorar el nivel de vida de las poblaciones.

La mejora del estado nutricional de un pueblo, de manera global, tipifica un método de salud pública destinado al fomento de la salud (primer nivel de prevención), y que exige una acción político-social muy compleja, constitutiva de un verdadero programa de gobierno y que exigen una acción coordinada de todos los departamentos gubernamentales, en el sentido del desarrollo socio-económico.

2o. Nivel: Acción Gubernamental Restringida.

Ciertos métodos de Salud Pública, como por ejemplo

la yodación de la sal, la fluoruración del agua, etc., - requieren una acción de gobierno más restringida que la anterior, y limitada apenas a uno o más departamentos gubernamentales. Así por ejemplo, un programa de fluoruración del agua depende principalmente de la acción combinada de dos ministerios: el de Salud y el de Obras Públicas.

3o. Nivel: Paciente-Profesional.

La categoría del profesional requerido, introduce un factor económico en la prestación de los servicios, - determinada por su costo. El tipo de relación que envuelve la acción entre estas dos personas (paciente-profesional), presupone la existencia de una voluntad individual, de un deseo, de un requerimiento de servicios profesionales que parte de parte del paciente, y que viene a instalar factores educativos y culturales en las consideraciones sobre métodos aplicables a este nivel.

4o. Nivel: Paciente-Auxiliar o Subprofesional.

Siempre que se pueda ponerse en práctica un método de Salud Pública por medio de personal auxiliar, bajo la supervisión de profesionales, se multiplican en gran escala sus posibilidades de aplicación y se reducen los costos.

El método de aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio, cuando es practicado por un Odontólogo, ofrece posibilidades limitadas para la Salud Pública. Sin embargo, si en los programas escolares amplios se utiliza personal auxiliar para llevar a cabo aplicaciones, se transforma en un método eminentemente de Salud Pública.

5o. Nivel: Acción Individual.

Un gran número de métodos preventivos, relacionados con la realización de actos favorables para la salud, dependen para su aplicación, casi exclusivamente de decisiones que se adapten en la esfera individual.

Al parecer se trata de un nivel cómodo y práctico de -- aplicación de los métodos, puesto que envuelve a un solo individuo, que es a la vez el principal interesado en su propia salud. No obstante sabemos lo difícil que resulta inducir a las personas a modificar sus hábitos, a alterar formas tradicionales de vida que tienen a veces raíces profundas en la propia cultura. Por esa razón, - los métodos de este nivel que exigen fundamentalmente - una labor de educación sanitaria, son de los más difíciles de aplicar.

MÉTODOS DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS EN SALUD

PUBLICA

La Educación Sanitaria no es el método en sí, sino el instrumento para poner en práctica todos los métodos. En el caso de la caries dental, que es como sabemos nuestro principal problema, se procura situar a continuación los principales métodos disponibles contra el problema de la caries dental, han sido empleados o indicados los siguientes métodos de prevención.

NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS A LA CARIES

1o. Nivel de Prevención. (Fomento de la Salud)

a). Nutrición adecuada en el periodo de formación de los dientes

Se trata en realidad de un método genérico dirigido hacia el logro y mantenimiento de salud plena del individuo y, por lo tanto, de la salud oral como parte integrante de aquella. Los dientes bien formados deben resistir necesariamente el ataque mejor en la caries dental. A pesar de dicha generalización, se ha podido establecer la existencia de una relación perfectamente definida entre la nutrición y la caries dental, determinada por la presencia de un elemento, el flúor en cantidad adecuada, durante el periodo de formación. En lo que - respecta al Ca y P. y vit D, el interés principal se pro

yecta en un sentido de conjunto, relacionado con la formación de los dientes y la buena constitución de las estructuras de implantación de los mismos, y no en el de una protección específica contra ésta o aquella enfermedad.

La modificación de una dieta, excesivamente rica en hidratos de carbono (calorías baratas) y pobre en proteínas animales (alimento caro), está en la mayor parte de los casos, más vinculada en la mejora del nivel de vida que a programas de Educación Sanitaria.

b). Alimentación Detergente.

Una dieta resistente, fibrosa, estimula la función y facilita la limpieza de las superficies dentales.

c). Hábitos Higiénicos.

El cepillado de los dientes aún no puede ser considerado como medio de "protección específica" contra la caries dental. Algunos dentífricos como fluoruro estañoso son en realidad prometedores, y, en el caso de que se confirmen las esperanzas y se pueda decir que, usando el dentífrico "x" o "y" se obtiene una reducción significativa en la incidencia de la caries, preferimos considerar los hábitos de higiene oral, incluyendo el cepillado y desde el punto de vista de la caries, como un método de fomento de la salud.

d). Oclusión Normal.

No cabe duda de que una mala oclusión dificulta la masticación y la autolimpieza, favorece la retención de residuos alimenticios y hace al individuo más susceptible a la caries dental. La relación no es directa, de causa a efecto, pero sí indirecta, de acondicionamiento.

2o. Nivel de Prevención (Protección Específica).

Fundamentalmente, los métodos de protección específica son de dos grupos distintos; el de los que aumentan la resistencia del esmalte dental al ataque, y el de los que disminuyen o debilitan ese ataque. La teoría -- acidogénica sobre la etiopatogenia de la caries dental -- es la que reúne mayor cantidad de advertencias a su favor. La teoría acidogénica explica una fase importante, es la defensa. Desde este punto de vista teórico, para interrumpir el desarrollo libre del ataque, podemos interponernos en su mecanismo en distintos momentos del encadenamiento que constituye, haciendo uso de alguna -- de las siguientes medidas:

- a). Reduciendo los azúcares presentes en la dieta.
- b). Procurando eliminar de la boca los residuos -- alimenticios después de la ingestión de los azúcares.
- c). Procurando reducir la flora bucal determinante de la formación de los ácidos.
- d). Procurando, mediante antienzimáticos, inhibir la formación de ácidos por las bacterias impidiendo que el PH de la placa baje más allá del nivel crítico.
- e). Neutralizando el ácido inmediatamente después de su formación.

En la práctica de esas cinco alternativas, apenas la primera a presentado resultados positivos, sobre la -- segunda, aunque se han registrado varios resultados favorables, existen todavía hechos controvertidos, en cuanto a las otras, aun se encuentra en fase experimental y es muy posible que las investigaciones de ese sector -- traigan, en el futuro, nuevos métodos para la prevención de la caries dental.

a). Fluoruración del Agua.

Constituye el mejor método de que se dispone actualmente para la prevención de la caries dental. Siempre que sea técnica y económicamente posible; se trata, de la medida consagrada, establecida.

La fluoruración se trata de un método de Salud Pública de interés especial para una de sus ramas, la Odontología Sanitaria y cuya ejecución está en manos de - - otra, la Ingeniería Sanitaria.

Es innecesario hacer resaltar la necesidad evidente de coordinación entre estas dos ramas de la Salud Pública, sobre todo si se tiene en cuenta que en general los abastecimientos de agua estén en manos de ministerios de obras públicas, fuera, por lo tanto, del control directo del de Salud Pública. Existe un movimiento para que se logre el sistema de fluoruración en la América Latina, está pidiendo cada día más el liderazgo del Odontólogo para superar los obstáculos técnicos, económicos, profesionales y de opinión pública.

El Odontólogo al enfrentarse con el problema de la deficiencia de flúor en una comunidad cualquiera, solamente podrá en otras soluciones alternativas para suplir las de flúor por la dieta, cuando llegue al convencimiento pleno de que resultan infranqueables los obstáculos contra la fluoruración del agua.

b). Aplicaciones Tópicas.

Encontramos aquí un método de protección específica menos favorable que el anterior. La técnica de aplicaciones tópicas consagrada por la experiencia es la que fue establecida por KNUTON. De acuerdo con ella, se utiliza el fluoruro de sodio al 2% en cuatro aplicaciones, constitutivas de cada serie de tratamiento; la primera aplicación de cada serie deberá ser precedida de una "limpieza de los dientes", las series de aplicaciones deben ser hechas en ciclos trienales, a los 3, 6, 7, 9, 10, 12 y 13 años, de forma que se pueda abarcar las superficies de los varios grupos de dientes a medida que van haciendo su erupción en la boca.

MUHER y sus colaboradores trabajando con fluoruro estañoso para aplicaciones tópicas, se utiliza del 8% - y en una sola aplicación en vez de cuatro. Los resulta-

dos obtenidos demuestran que este método es más eficaz que el de fluoruro de sodio al 2%.

La aplicación tópica es un método aceptable comprobado y de valor para la salud pública, siempre que se lleve a cabo programas organizados y amplios.

30. Nivel de Prevención.

Es un nivel de suma importancia en relación con el problema de la caries dental. También en este nivel se incluye la llamada Odontología Profiláctica. Consiste en la obturación sistemática de ciertos surcos y fisuras altamente susceptibles a las caries, antes de que presenten lesiones clínicas evidentes. La Odontología Profiláctica sólo puede ser incluida en el tercer nivel de prevención, puesto que incluye una forma de tratamiento. Pero el principio es el mismo: obturación de una cavidad preparada, a costo de tejido dental entresacado de zonas susceptibles a la caries.

En la práctica de la Odontología Sanitaria, la Odontología Profiláctica debe resultar de la conjugación de un concepto epidemiológico en el sentido clínico servirá para señalar a los individuos con elevada resistencia a la caries dental, o con completa inmunidad. Este nivel de prevención es el ideal dentro de la Odontología Restauradora. La calidad del tratamiento es vital para el éxito de nuestra actuación en este nivel. Operativa dental de alto patrón y tratamiento a intervalos cortos, constituyen una barrera eficaz contra la marcha de la caries dental en este nivel.

40. Nivel de Prevención. (Limitación del Daño).

A este nivel clásicamente se denomina Odontología Curativa. La actuación del dentista en relación con un diente determinado será conservadora o radical conforme a lo que indique el caso, lo que él concuerde, y a la labor que dicho profesional pueda realizar. Aquí se sitúa los métodos que permitan limitar el daño causado a-

determinados dientes, a un segmento o parte de la dentadura. Es el tipo de Odontología recibida durante la vida, poco a poco, por quien va al dentista esporádicamente, de tantos en tantos años, o cuando en realidad algo le molesta. Los métodos de este nivel, que constituyen la mayor parte de la Odontología, son de aplicación cara, y de tercer nivel de aplicación: como sabemos exigen la acción bilateral dentista-paciente.

50. Nivel de Prevención. (Rehabilitación del Individuo)

El concepto de rehabilitación es un concepto psicósomático.- El individuo que necesita ser rehabilitado por haber recibido un ataque intenso y prolongado de caries dental, es aquel cuya dentadura fue seriamente atacada, y que presenta problemas de orden mecánico (mast^{ic}ación), fisiológicos (dinámica articular, oclusión, ofrece en otras palabras, lo que ahora acostumbramos llamar un problema de rehabilitación oral. En su aspecto más simple, esto es cuando se produjo una gran destrucción de piezas por la caries, pero existe hueso y relaciones intermaxilares favorables, podría ser un caso de dentaduras completas. En su forma más compleja, puede llegar a tratarse de casos de rehabilitación oral de ejecución carísima, que requiere un trabajo en conjunto de varios especialistas, y un estudio y planeamiento metódicos de todo el tratamiento. Como vemos, desde el punto de vista de la Salud Pública, el quinto nivel de prevención resulta de difícil aplicación. Exige muchas veces el trabajo de un grupo de especialistas y ciertos casos pueden costar una pequeña fortuna.

NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS A LAS PARODONTOPATIAS.

Las parodontopatias, ocupan en la Odontología Sanitaria, la misma posición que las enfermedades crónicas en la Salud Pública en general.

10. Nivel de Prevención. (Fomento de la Salud).

La actuación del dentista a este nivel tiende a -

crear condiciones favorables para que el parodonto se mantenga en estado de salud. Es una actuación no específica, dirigida en el sentido de apartar causas indirectas o profesionales. Los métodos de este nivel se relacionan fundamentalmente con la estructura o constitución de los tejidos del parodonto (nutrición) o con el estímulo fisiológico al funcionamiento de esos mismos tejidos (carácter físico o mecánico de la dieta; oclusión normal).

a). Nutrición

Sobre la nutrición, como método específico de fomento de la salud parodontal, se puede decir que no existen métodos o características especiales de una nutrición que fuese aconsejable desde el punto de vista de la salud del parodonto. Si hay deficiencias en la dieta o desequilibrio en la proporción en que entran los diversos componentes, se debe corregir el defecto encontrado, tanto por razones de orden parodóncico como por razones de orden general.

b). Carácter Físico de la Dieta.

La consistencia del alimento ingerido, a base de que sea fibroso, resistente, que ofrezca estímulo a los tejidos parodontales y favorezca la autolimpieza, constituye un método de fomento de la salud del parodonto. Inversamente, una alimentación blanda, pastosa, apta para determinar la acumulación de residuos y de fermentaciones bucales, sería favorecedora de inflamaciones gíngivales.

c). Oclusión Normal.

Una buena función masticatoria crea condiciones favorables a la salud parodontal. En ese sentido, la corrección ortodóncica de las anomalías de posición de los dientes y de las relaciones intermaxilares, o la prevención de los mismos defectos, constituyen un método de primer nivel en la prevención de las parodontopa-

tias.

2o. Nivel de Prevención (Protección Específica)

En este nivel se sitúan los métodos que ofrecen una relación más directa con la causa de las molestias parodontales, hasta el punto de poder decir que en realidad salvaguardan contra ellas.

La clasificación en este nivel se basa en una inferencia lógica, que tiene su punto de partida en la constatación clínica de relaciones de causa-efecto entre irritaciones locales y parodontopatías. Los métodos en este nivel serían los siguientes:

1. Prevención de la caries dental y tratamiento incremental.
2. Odontología restauradora de alto nivel.
3. Remoción de tártaro.
4. Cepillado y masaje gingival.

Los dos primeros se refieren a la prevención y tratamiento de la caries dental que, de dos maneras, viene a convertirse en causa determinante de la aparición de parodontopatías:

a). Por la falta de tratamiento.

Ciertas lesiones abiertas y pulpas expuestas, pueden hacer que el individuo no mastique de un lado de la boca, perjudicando la autolimpieza, y que se acumulen así residuos alimenticios y aparezcan gingivitis y parodontitis. Los bordes de la cavidad que irritan encía, las pérdidas de dientes al producir erupción pasiva del antagonista, son algunas de las formas por las cuales la falta de tratamiento de la caries viene a degenerar en causa de parodontopatías.

b). Por el tratamiento inadecuado.

Con frecuencia se comprueba, de que la aparición de una

parodontopatía está directamente vinculada a un trabajo dental, realizado con deficiencias de orden técnico. La inadecuación del tratamiento puede consistir, bien sea en restauraciones con falta de punto de contacto o con contacto defectuoso, en las restauraciones o coronas con excesos en los márgenes gingivales, en la colocación de aparatos protésicos con una mala distribución de las fuerzas sobre los dientes en que se apoya, o en defectos en los contornos y en el tallado de las superficies oclusales que pueden ser causa de interferencias de cúspides y trauma oclusal.

Sin la corrección del defecto observado, resulta inútil la insistencia en el tratamiento, solamente desde su aspecto parodóncico. Créanse así serios problemas de relación profesional entre el especialista y el clínico general, sobre todo si se tiene en cuenta que éste último, que es quien envía al paciente a consultar con el parodontista, sería en último término, el responsable de la enfermedad producida.

Es tanta la frecuencia de parodontopatías relacionadas con la falta de tratamiento o con un tratamiento inadecuado, que es perfectamente considerar, la prevención de la caries, el tratamiento incremental y la odontología restauradora de alto nivel, como métodos de protección específica contra las parodontopatías.

El tercer método, remoción del tártaro no necesita en realidad comentario. El tártaro como agente irritativo puede desencadenar el ciclo que perpetúa y agrava progresivamente una parodontopatía iniciada con una gingivitis simple.

El cepillado y masaje gingival constituyen un método coadyuvante en el tratamiento parodóncico. Aplicada con técnica adecuada, en ausencia de enfermedades, la fisioterapia gingival, como fase importante de la higiene oral y en combinación con las medidas anteriores, puede ser considerada como método de protección específica contra las afecciones parodontales. Aumenta la resistencia del epitelio gingival, estimula la circulación, el

mina los residuos alimenticios fermentables, y hace a la encía más apta para resistir a los agentes agresores.

3o. Nivel de Prevención. (Diagnóstico y tratamiento precoz.

En este nivel nos hallamos ante una fase de afecciones en estado inicial, la mayoría de las cuales podría ser tratada por el clínico. En dicha fase las parodontopatías podrían ser tratadas por métodos relativamente simples, que, en conjunto constituyen lo que podríamos calificar de tratamiento parodontal menor, y que incluiría: raspado subgingival, desgaste selectivo, (balance oclusal), y corrección de posibles factores generales predisponentes.

4o. Nivel de Prevención. (Limitación del daño)

En este nivel nos encontramos con la enfermedad parodontal ya en fase más avanzada, después de haber producido destrucciones de consideración. El tratamiento aquí tiene que ser necesariamente aplicado por un especialista o por un dentista cuya formación haya incluido una buena preparación en parodoncia. Los métodos en este nivel vendrían a constituir el tratamiento parodontal mayor, para incluir: gingivectomía, osteotomía, osteoplastia, gingivo plastia y reposición de la encía marginal. También habría que situar aquí los aparatos de contención.

5o. Nivel de Prevención. (Rehabilitación del individuo)

La enfermedad parodontal, abandonada a su propio curso por largos períodos de tiempo, puede llevar a grandes destrucciones de hueso alveolar, con la consiguiente pérdida de gran número de dientes. En algunos casos podría ser necesario todo un trabajo complejo de rehabilitación oral o, en circunstancias extremas la evolución de las piezas restantes y confección de dentaduras completas.

En el sentido de las parodontopatías con respecto a la prevención se puede decir que los métodos de mayor interés para la salud pública, en los diversos niveles de entre los anteriormente citados serían: los de prevención de la caries dental, como la fluoruración del agua o las aplicaciones tópicas en masa, remoción de tártaro a intervalos regulares, cepillado y masaje gingival y dentaduras completas.

NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS A LA MALOCCLUSIÓN

El problema ortodóncico, desde el punto de vista de la salud pública, se presenta en forma distinta al de la clínica particular, en la que cualquier desvío de posición de los dientes en relación a lo normal, constituye un caso para tratamiento. En salud pública, debido a la limitación de recursos, se considera en general como caso para tratamiento, solamente aquel que produce inconveniente funcional o estético de tal magnitud, que constituye, o puede llegar a constituir, causa de dificultad a la vida de relación del individuo o al ejercicio normal de la función masticatoria. Para hacer frente al problema de la maloclusión, podríamos distribuir los métodos de que disponemos en la actualidad, del modo siguiente:

1o. Nivel de prevención (Fomento de la salud).

En este nivel pensaríamos principalmente en factores genéticos o hereditarios, de valor puramente académico, pues, ya se mencionó anteriormente en relación con la caries, no podría servir de base a ninguna acción práctica.

2o. Nivel de prevención (Protección específica).

a). Prevención de la caries dental y tratamiento incremental.

Aquí la caries también viene siendo causa determinante de la aparición de maloclusiones. La pérdida pre-

coz de dientes temporales y de dientes permanentes sin sustitución protética de los mismos, pueden crear problemas ortodóncicos. Por eso se considera que un buen programa contra la caries, que incluya prevención y tratamiento periódico, puede ser considerado como una protección específica contra las maloclusiones.

b). Mantenimiento del espacio.

La pérdida temprana de cualquier diente, puede -- ser considerado como causa potencial de maloclusión. Es preciso medir y observar el espacio dejado, y colocar un aparato que lo mantenga abierto ante cualquier sospecha de reducción del mismo. Ciertos dientes, como el primer molar temporal y el segundo molar permanente, son particularmente importantes en el sentido del mantenimiento del espacio después de la pérdida de estos dientes.

Hacen falta estudios controlados, sobre la incidencia de maloclusiones en grupos escolares sometidos a programas dentales en que se da tratamiento en forma ligera a dientes temporales, con vista a dar a esos programas una mayor cobertura.

c). Corrección de hábitos.

Existe una serie de hábitos relacionados con la posición de la lengua, presiones sobre la cara al dormir, succión del dedo, uso de chupete y respiración bucal, que favorecen la aparición de maloclusiones y cuya corrección debe ser considerada como método preventivo.

30. Nivel de prevención (diagnóstico y tratamiento precoces).

a). Ortodoncia interceptiva.

Para interrumpir la marcha de una maloclusión en su inicio, dispone la ortodoncia en la actualidad de in

numerables artificios. A fin de sorprenderla en la fase ideal, se hace indispensable ejercer una vigilancia constante del niño, a través de exámenes periódicos llevados a cabo por dentistas clínicos con una buena preparación en ortodoncia. Resultaría utópico querer pensar en ortodoncistas para vigilar millares y millares de niños, cuantos aparatos móviles muy simples y planos inclinados, son a veces insuficientes y a la vez suficientes para evitar en el momento oportuno una mordida cruzada que años después exigiría un tratamiento costoso.

b). Extracción oportuna de dientes permanentes.

Esto se lleva a cabo en casos indicados, de dientes supernumerarios o de dientes temporales anquilosados retenidos por tiempo demasiado largo.

c). Desgaste de dientes temporales.

Esto se efectúa a fin de evitar interferencias durante el período de dentición mixta.

4o. Nivel de prevención (Limitación del daño)

Así como en el nivel anterior se pensaba en términos de ortodoncia que puede ser aplicada por el clínico general, y en casos de maloclusiones incipientes, éste se sitúa el ortodóncico mayor, que debe ser ejecutada por especialistas. Aquí se incluirían los casos más complicados de maloclusiones que exigen aparatos complejos y supervisión durante períodos largos.

5o. Nivel de prevención (Rehabilitación del individuo).

En este nivel habría que situar los métodos de rehabilitación oral necesarios para los casos más graves de maloclusiones, esto es, los constitutivos de desventaja acentuada para el fisiologismo bucal y la adaptación social del paciente. Se trata de casos con un componente genético importante en su etiología. El tratamiento es complejo y puede incluso exigir la cooperación

de un grupo de especialistas. Ciertos casos de prognatismo pueden requerir tratamiento quirúrgico bajo la forma de resecciones mandibulares.

En resumen, con respecto a los métodos de que se disponen en la actualidad para enfrentarnos con el problema de la maloclusión, se establece lo siguiente: que en el primer nivel es difícil poder hacer algo, por ser imposible influenciar el fondo genético de las causas determinantes, que los métodos de 2o. y 3o. nivel son los de más alto valor para la salud pública, pues un buen programa contra la caries dental puede ser considerado como base esencial para los de ortodoncia; que la mejor forma de enfocar el problema del mantenimiento del espacio, es la de eliminar las causas de la pérdida de ese espacio; que la ortodoncia interceptiva podría ser considerada como de la competencia del clínico general que debe aplicarla ordinariamente como una de sus funciones; que los métodos de 4o. y 5o. niveles presentan interés para la salud pública en los casos de programas ortodóncicos orientados hacia los niños con impedimentos o limitaciones.

NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS AL CÁNCER ORAL.

En este nivel tendríamos presente, al igual con otros problemas, el lastre genético encontrado en muchos casos de cáncer, así como el valor práctico casi nulo de esta noción.

Podríamos situar en este nivel el problema de la creación de las condiciones de trabajo y hábitos de vida convenientes, para evitar las exposiciones excesivas a rayos etínicos de importancia para el cáncer del labio, y otros irritantes crónicos, así como también el de la nutrición bien equilibrada para impedir sobre todo la avitaminosis B.

Desde el punto de vista, y a pesar de que hoy en día se atribuye muy poca importancia al papel de las irritaciones producidas por dentaduras mal ajustadas o

bordes agudos de dientes y cavidades, se debe incluir - en este nivel, el ejercicio de una buena odontología.

2o. Nivel de prevención (Protección específica).

En la protección específica contra el cáncer - oral, teniendo en cuenta la frecuencia con que se instala el cáncer sobre una lesión oral de fondo lúctico, podrían tal vez incluirse aquí los métodos de combate a la sífilis. Naturalmente que ese combate estaría ya indicado por el daño causado por la propia enfermedad, sin necesidad de relacionarla con el cáncer oral.

También en este nivel habría que situar el ejercicio de una vigilancia periódica sobre ciertas lesiones de tipo precanceroso, como leucoplasias y queratosis. Como dice Martin la leucoplasia es ocasionalmente una lesión precancerosa. Cuando no esta complicada tiene poco significado clínico. Ocurre como respuesta del epitelio superficial a una o más formas de irritación crónica, como la producida por la sífilis, tabaco, infección crónica,avitaminosis, que también constituyen factores en la etiología del cáncer. La presencia de leucoplasias debería por consiguiente, servir de aviso al dentista y al médico de que el paciente tiene más probabilidad de venir a presentar un tumor maligno que el promedio de las personas. El dentista tendría que enviar a todos los pacientes con leucoplasias a que sean examinados periódicamente por un médico.

3o. Nivel de prevención (Diagnóstico y tratamiento precoz).

Este es precisamente el momento por excelencia para la actuación del dentista en el problema del cáncer oral. La práctica de visitar al dentista a intervalos regulares, a pesar de limitada, es más frecuente que la de visitar al médico. Además, el dentista es la persona a quien probablemente se dirigirá el paciente cuando observa algo anormal en la boca. Es preciso que el dentista esté acostumbrado a pensar en términos de cáncer, a-

preocuparse por él. Se trata de una enfermedad muy grave en la que la probabilidad de cura disminuye en proporción del tiempo transcurrido desde el inicio de la le-
sión. Por esa razón el diagnóstico y tratamiento precoces constituyen el nivel principal de actuación en rela-
ción con el cáncer.

El ideal sería, en realidad, que se proporcione - un buen entrenamiento en diagnóstico de cáncer durante el período de formación profesional. Para la generación actual, es forzoso reconocer que ese entrenamiento fue muchas veces deficiente durante los años de facultad y que hay necesidad de cursos de revisión para ponerse al día.

Todo diagnóstico de cáncer debe ser confirmado - por una biopsia. En casos sospechoso, debe tratarse de - que el paciente sea sometido a examen a una clínica especializada. No debe adoptarse en modo alguno la acti-
tud pasiva de espectador en caso de sospecha de cáncer; es preferible pecar por exceso que por defecto. En el su-
puesto de que el resultado sea positivo, el dentista es-
tará preparado para discutir la seriedad del caso con - el paciente o con miembros de su familia, especialmente desde el punto de vista de la necesidad urgente de cui-
dados médicos especializados. Si la prueba resultase ne- gativa, no por eso debe olvidar que la hipótesis de cán-
cer no está totalmente descartada.

40. Nivel de prevención (Limitación del daño).

En caso de cáncer oral, en diferentes etapas evo- lutivas, ya sea que se haya instituido el tratamiento - quirúrgico o el tratamiento por irradiación, el dentis- ta tiene una participación perfectamente caracterizada en el equipo de profesionales que actúa en una "clínica de tumores". En la parte del tratamiento por irradiación el dentista es llamado a confeccionar aparatos móviles - especialmente contruidos para albergar las agujas de - radio, y con protección de plomo para orientar la irra- diación únicamente en la dirección deseada y proteger -

los tejidos normales de los efectos perjudiciales de la irradiación. El trabajo de mantener la boca en condiciones higiénicas y tratamiento dental ordinario, antes, durante y después de un tratamiento de un caso de cáncer, es una más de las contribuciones del dentista al trabajo de colaboración.

50. Nivel de prevención (Rehabilitación del individuo).

En casos de cáncer con acentuada destrucción de tejidos y estructuras orofaciales, y después del tratamiento hecho con éxito aparente, colabora el dentista en el importante trabajo de rehabilitación del paciente, en la parte de la restauración estética o funcional de las partes destruidas. La variedad de casos exige del dentista una capacidad de improvisación y un grado notable de habilidad. El es quien ha de facilitar la readaptación a la vida social, a veces por pocos años, de un paciente mutilado por el cáncer.

En resumen, la actuación del dentista en el problema del cáncer oral es de gran importancia, sea en 30. nivel como clínico general haciendo el diagnóstico precoz, sea en el 40. y 50. niveles, como miembro de un equipo profesional especializado.

Para comprender los conceptos de niveles de prevención establecidos en la odontología es necesario conocer los problemas en que se encuentra esta actualmente y sabe aplicar a tiempo sus métodos en forma correcta.

Junto con el dentista existen otros profesionales que en conjunto con el odontólogo integrarán la buena salud bucal y general del individuo. También es de suma importancia demostrar a las autoridades gubernamentales y educativas lo necesario y elemental que es el sostener a lo largo del desarrollo de toda profesión los incentivos y motivaciones que lo mantendrán en contacto con la comunidad por medio de la cual tratarán de orien

tar a la gente a un uso adecuado de métodos de salud pública con lo cual estarán poniendo en práctica la ética profesional necesaria en todo profesionalista.

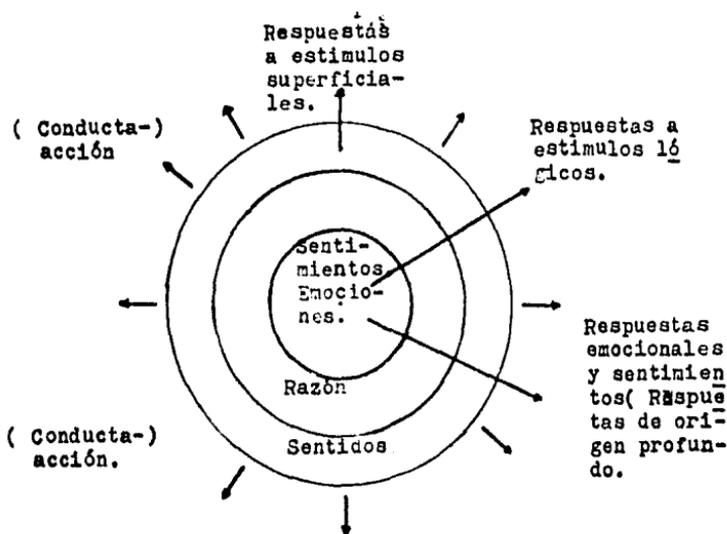
En México, la salud pública no se ha desarrollado en toda su magnitud por lo que respecta a los niveles de prevención en la odontología sanitaria, por un sin número de problemas en que se enfrenta tanto el paciente como el profesionalista.

CAPITULO VII

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA EDUCACION SANITARIA

Es importante que la participación de factores irracionales en el proceso de la educación sanitaria sea reconocida. En consecuencia, gracias a este reconocimiento no nos sentiremos frustrados cuando los pacientes no respondan a nuestros esfuerzos y continuen perdiendo dientes en el trans curso de prácticas sanitarias inadecuadas o inexistentes; además es de esperar que esto nos impulsará a buscar los factores irracionales implicados en cada caso, con el objeto de hallarles una solución y tornar nuestra tarea educativa tan exitosa como sea posible. Por lo tanto con el fin de aclarar en alguna medida los términos del problema consideremos un ser humano en sus estructuras fundamentales.

REPRESENTACION GRAFICA DE LAS TRES ESFERAS REACTIVAS DEL INDIVIDUO.



La interacción entre dichas esferas y el medio, da origen a conductas. (ACCIONES Y ACTIVIDADES).

Todo individuo está esquemáticamente compuesto por tres esferas concéntricas, a saber; percepción, razón y sentimientos o emociones. La interacción de estas esferas con el ambiente circundante produce conceptos, es decir actividades perceptibles o respuestas exteriores a actitudes interiores. A un nivel más elevado, la expresión conducta puede ser definida como una serie de selecciones entre varias acciones posibles. En ambos niveles, obviamente, conducta significa acción.

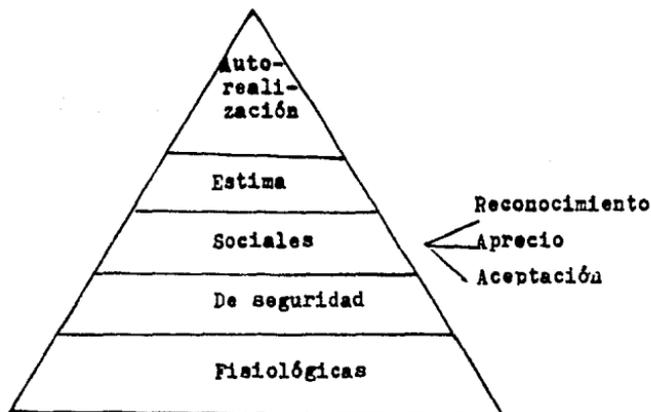
De acuerdo con MALSON, la esfera interior o naturaleza íntima del individuo está compuesta de necesidades, capacidades, talentos, temperamentos o inclinaciones. Entre los componentes de esta esfera íntima citados por MALSON, los que más interesan a este tema son los denominados necesidades, o necesidades psicológicas, pues de ellos depende el proceso de motivación, que es a la vez la base del éxito de todo programa educativo.

IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE NECESIDADES PSICOLÓGICAS EN EDUCACIÓN SANITARIA.

La clave del éxito en educación sanitaria estriba en "motivar al paciente" a estar en acción. El éxito radica en demostrar al educando, que nuestra proposición tiende a la satisfacción de algunas de sus necesidades. Cuando más básica sea ésta, más puede--

rosa será motivación. El problema radica en que muchas veces la necesidad no es aparente para el individuo, en estos casos, llevar el requerimiento al foco de la conciencia es una parte fundamental del proceso motivacional. No hay razón para creer que la situación es distinta con respecto a la educación sanitaria. Por el contrario, si los profesionales aprendiéramos a reconocer necesidades relacionadas con la salud, y motivar a nuestros pacientes, el éxito de nuestra tarea educativa se beneficiaría acentuadamente.

PIRAMIDE DE NECESIDADES EN CINCO NIVELES



10. NIVEL: NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

Estas necesidades son las más poderosas y deben ser satisfechas antes de que el organismo pueda funcionar a un nivel más elevado. De esto depende que nunca debe intentarse educar a un paciente que, por ejemplo, haya experimentado una situación de miedo o ansiedad frente a una extracción dentaria (ataque a su integridad corporal), hasta que hayan sido eliminados. Lo contrario será un mero derroche de tiempo y energía, tanto del odontólogo como del paciente.

20. NIVEL: NECESIDADES DE SEGURIDAD.

En este nivel incluye la protección contra la inestabilidad tanto física como política y económica.

30. NIVEL: NECESIDADES SOCIALES.

A este nivel el individuo busca cordialidad y calor en sus relaciones afectivas y es particularmente apto para afrontar problemas interpersonales.

40. NIVEL: NECESIDADES DE ESTIMA.

Este nivel comprende dos categorías; la necesidad de autoestima, que determina la creación de un sentimiento de valor personal, competencia, dignidad, inteligencia, sensibilidad, independencia, etc.; y la estima, de parte de terceros, que origina impulsos de superación, como adquisición de conocimientos, competencia, maestría, poder, etc.

50. NIVEL: NECESIDADES DE AUTOREALIZACIÓN.

En este nivel juega un papel muy importante el odontólogo en su profesión, aquí las necesidades serán realizadas satisfactoriamente cuando en conjunto con las necesidades anteriores se coordinan para sentirse un profesional capaz de ser reconocido en su área de trabajo.

RELACION DE LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS CON LOS PROBLEMAS DENTALES.

En el mundo contemporáneo "civilizado" en general y en particular, en lo que respecta a los pacientes dentales, las necesidades fisiológicas y de seguridad están satisfechas básicamente. Como consecuencia es que los dos niveles básicos tienen poca utilidad en educación sanitaria odontológica. Por cierto que hay excepciones en esta regla, por ejemplo: el dolor que causa una pulpitis motivará sin duda al paciente a concurrir inmediatamente al consultorio. Sin embargo una vez que el problema agudo ha sido resuelto, y el dolor ha desaparecido, el efecto motivador cesa. También es verdad que los aspectos del tratamiento relacionados con sus costos apelan a las necesidades de seguridad económica. En este sentido, si el odontólogo explica al paciente que el costo mayor no es del tratamiento, sino del abandono hacia su cavidad oral. Por lo tanto el enfoque preventivo constituye una fuente de ahorros a través del tiempo no cabe duda de que ciertos pacientes, se verán motivados, al menos temporalmente a practicar hábitos más saludables. A partir de su relativa ineficacia, las apelaciones al nivel de seguridad son las que se utilizan más a menudo, si no práctica un mejor control de placa, el resultado será la pérdida de sus dientes; para evitar caries no hay que ingerir demasiados carbohidratos, etc.

Para poder concientizar al paciente es necesario relacionarlo psicológicamente con las motivaciones de sus necesidades sociales ya que varían estas con el nivel social, económico y educacional de las personas.

Para obtener los mejores resultados, la tarea educativa debe ajustarse a las características siguientes:

- 1o. Proceder por etapas de duración limitada, no más de lo que el paciente puede captar, entender y retener.

20. Incluir la participación activa del educando.
30. Incluir la transmisión inmediata de los resultados.
40. Seguir un ritmo adecuado a cada paciente.

Las necesidades odontológicas del paciente pueden ser clasificadas en necesidades educacionales y de tratamiento. Las segundas son determinadas durante el diagnóstico, y lo mismo puede efectuarse, en buena medida - con las primeras.

A medida que el profesional diagnostica las necesidades de tratamiento puede hacerlo mismo con las educacionales, una vez que las ha identificado, las necesidades educacionales deben ser asentadas en la ficha del paciente. Lo mismo que se hace con las necesidades de tratamiento. El odontólogo que se habitúa a este procedimiento será un mejor educador que el que no lo practica.

Para lograr que el paciente reconozca y acepte -- sus necesidades educacionales es preciso que éstas se expresen dentro de su propia estructura mental y escala de valores. Así mismo debe tratar de relacionar tanto - como sea factible las necesidades odontológicas del paciente con las psicológicas. Cuando más básico sea el nivel para que esto se pueda realizar, tanto más poderosa será la motivación que se consiga. No es indispensable que esto se haga de manera abierta y explícita; por el contrario, lo mejor es dejar que el paciente encuentre por sí mismo el significado implícito en nuestro mensaje.

Cuando el paciente ya se encuentra motivado, debemos de establecer objetivos para que un programa educacional proporcione al paciente un fin concreto al que - debe arribar, y sirva al mismo odontólogo para que organice su enseñanza, estos objetivos son:

10. CONCRETAR. Es decir, fáciles de entender.
20. RELEVANTES. Es decir, importantes para el paciente.
30. ATRACTIVOS. Es decir, lo que no requiere comentarios.
40. POSIBLES. Es decir, que el paciente los pueda alcanzar.

Se puede dividir los objetivos en dos categorías:

a). A corto plazo; se refieren a los resultados totales del programa.

b). A largo plazo; se refieren a las distintas etapas en que dicho programa se debe dividir para poder llevarlo a la práctica con éxito. Por ejemplo, en el caso de un paciente de 15 años con una susceptibilidad exagerada a la caries, el objetivo final es que la boca se haga resistente a la formación de caries nuevas. Los objetivos inmediatos, que habrá de cumplir un por vez, podrían ser:

1.- CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA.

- a). Reconocimiento de la placa.
- b). Cepillado.
- c). Uso del hilo de seda.

2.- CONTROL DE LA DIETA.

3.- VISITAS REGULARES AL DENTISTA.

Una vez que los objetivos han sido definidos y entendidos debe comenzarse con la acción. Aprender implica actuar, de modo que debemos enseñarle al paciente lo que queremos que haga. Esto se realiza por medio de la instrucción, explicación y demostración. El paciente por su parte no debe ser elemento pasivo del proceso, sino que debe participar de dos maneras principales a saber:

a). Haciendo preguntas y comentarios, para lo cual debe ser estimulado continuamente.

b). Practicando, practicando y practicando la actividad que se le esta enseñando.

Le etapa final de esta tarea educativa es su evaluación, y la educación en el consultorio no es una excepción. En este caso la evaluación estriba en:

1.- Que el paciente pueda percibir cuanto a adelantado en la obtención de sus objetivos.

2.- Que el paciente se de cuenta que le sirve como estímulo psicológico porque le demuestra su progreso o falta de el.

3.- Que le permita al paciente establecer la diferencia entre desempeño o esfuerzo y objetivo.

4.- Que permite al odontólogo y su personal determinar si su tarea educativa ha sido adecuada o no.

5.- Que puede indicar la necesidad de clasificar los objetivos en ciertos casos.

La educación del paciente depende totalmente de -- que la comunicación entre el odontólogo y su personal -- sean tan efectivas como factibles. Sin comunicación no puede haber aprendizaje.

El odontólogo como su personal deben estar actualizados respecto a los avances de la odontología moderna. La actitud del profesional en odontología es importante en su función educativa. Si su interés en ésta es genuina, es prácticamente seguro que va a encontrar los medios y el tiempo necesario para proporcionar a sus pacientes una experiencia educativa de real valor; si no lo es, el programa educacional (si es que existe) será desorganizado, repetitiva e ineficaz. El planeamiento de las actividades es fundamental; los programas conducidos

a la aventura pueden tener éxito ocasionalmente, o resul
tar en pérdidas de tiempo y esfuerzo.

CAPITULO VIII

FILOSOFIA DE LA ODONTOLOGIA SANITARIA

La finalidad de la odontología sanitaria es humanístico, la salud oral, es el objetivo que se persigue.- La salud oral es un componente de la salud general y ésta es un elemento del bienestar o felicidad individual, está asociado al de vida plena, fecunda, activa; presupone convivencia, participación, vida familiar y social, respeto a los semejantes, contribución a la colectividad. - El hombre deja de ser instrumento de producción, instrumento de desarrollo económico para ser un fin en sí. En la practica de la odontología podemos considerar como sujeto al grupo productor de servicios, y objetivo, al grupo consumidor del servicio. Profesión es el sujeto; la clientela, el objetivo.

El odontólogo sanitario ocupa una doble posición;- Es al mismo tiempo, sujeto y objeto. Como dentista es sujeto, forma parte de una profesión, está imbuido de ciertos preconceptos y debe encausar su procedimiento por las normas del grupo. Como sanitarista es objeto ya que su responsabilidad se relaciona con los intereses del grupo social consumidor de servicios.

El odontólogo sanitario, por su doble posición, - procura soluciones de compromiso, soluciones realistas, - soluciones de terminos medios para los conflictos entre el sujeto y el objeto. Esta actitud tiene un aspecto humanístico, pues no hace abstracción total de los intereses de un grupo, la profesión, en beneficio de un grupo mejor a la comunidad.

La base fundamental en que se debe solidificar la filosofía de la odontología sanitaria es actuar con pleno conocimiento de la realidad.

Debe adoptar una actitud realista en el análisis -

de los problemas, para que su programa pueda descansar - sobre bases realistas.

De nada servirá adoptar actitudes idealistas ya - que esta forma de idear programas de odontología sanitaria caen en grandes errores, nunca animan a sacrificar - aunque sea en una pequeña parte, a reducirlos, a adaptar los según las circunstancias. Los patrones mínimos en- - cierran un gran peligro; el de lo que es mínimo para un país o región podrá ser muy poco o demasiado para otro. - Los odontólogos debemos adaptarnos a patrones aunque míni- mos y de bajo reconocimiento a los medios que nos van a - ayudar a llegar al único interés de la odontología sani- taria, crear programas que lleguen a toda persona para - ayudarlos a una buena salud integral en la sociedad.

Debemos adoptar actitudes realistas que lo mínimo- son lo máximo que se pueda efectuar, según sea la situa- ción, para cualquier actividad, para cualquier programa, existe toda una serie de posibilidades, una gama de posi- ciones intermedias desde lo más simple hasta lo más com- plejo.

Como realista hay que aceptar la realidad como es, procurar modificar lo que es modificable, facilitando la evaluación, integrarse fácilmente a cualquier equipo de salud pública, estar siempre con los pies en la tierra. - El idealista tiende a pensar como un especialista de vi- sión estrecha, como un generalista de mirada amplia. Pa- ra poder establecer y mantener un programa con bases rea- listas; el odontólogo sanitario debe conocer la realidad. A continuación se enuncian varios aspectos de la reali- dad Latinamericana que representan directa e indirecta- mente los programas dentales en nuestro país.

a). REALIDAD ECONOMICA.

En América Latina en particular México la situa- ción de los países exportadores de materia prima e impor- tadores de productos industriales y manufacturados, no ha

sido favorable. Los precios de los productos primarios se estacionan o caen en el mercado internacional, mientras que el precio de los productos manufacturados aumentan constantemente. La escasez de divisas es un problema crónico de la América Latina, por el alto precio de la industrialización, que se presenta como la forma natural de obtener la elevación de los niveles de vida. La preocupación de los países Latinoamericanos con la industrialización y la política de desenvolvimiento económico que exige, obliga a los gobiernos a enormes gastos que mal pueden soportar, sus modestas economías. Dentro de esta situación los gobiernos se encuentran en posición bastante difícil en lo que se refiere a gastos sociales.

Son poco probables las expansiones inmediatas considerables de salud pública que no se encuentran vinculados al desenvolvimiento económico. Hemos de acostumbrarnos a trabajar con recursos modestos, pequeños. Tenemos que reconocer la necesidad de una política de desarrollo para evitar problemas de gobiernos aún más serios. Se hace necesaria la creación de empleos para millones de individuos que el crecimiento demográfico explosivo, lanza cada año al mercado del trabajo.

El hombre, la miseria, la enfermedad, serían las alternativas que ofrecería a ciertos países una política de disminución de gastos relacionados con el desarrollo económico. En último término, todo lo que significa elevación de los niveles de vida, puede ser considerado como contribución directa a los programas de salud pública. El odontólogo sanitario, debe aceptar presupuestos reducidos como precio a pagar por una situación más holgada en el futuro.

Países recientemente industrializados, o en vías de industrialización reproducen en sus bienes de consumo duraderos, a veces en menos de un año después, progresos hechos en la fabricación de mismas en países más avanzados. Dentro de nuestro campo, los motores dentales con turbinas de aire ya son fabricados en más de un

país Latinoamericano. Avanzamos hacia una etapa en la que los países se asemejan unos a otros, en gran parte, debido al progreso tecnológico en los países menos adelantados.

b). REALIDAD SOCIAL.

Es muy difícil indicar el punto en que termina lo económico y comienza lo social. Por esa razón se habla generalmente de desarrollo socioeconómico.

El cine, la televisión y otros medios de comunicación en masa, nos muestran los altos niveles de vida de los países industrializados. Los viajes, el turismo, confirman la información. Los pueblos comienzan ya a considerar innecesario o irremediable la situación de carencia de necesidades, llena de dificultades, en que vivía y pasan a tener ambiciones por un automóvil, y casa propia con nevera y televisión. Surge la idea del desarrollo económico como forma para alcanzar esos objetivos. Sabemos que en ciertos sistemas políticos puede efectuarse la industrialización rápidamente pagándose como precio el sacrificio de una generación. Pero nosotros los latinos, no estamos dispuestos al sacrificio; la filosofía dominante todavía es vivir por hoy. Programas gubernamentales de austeridad, con promesas para el futuro, no encuentran eco en las masas populares. La América Latina es la región del mundo, donde la población crece más, actualmente.

Un fenómeno indicativo de la realidad social Latinoamericana; es el crecimiento de las instituciones de seguro social.

Los nuevos conceptos de justicia social, de garantía al trabajador en caso de desempleo, enfermedad, accidentes y vejez, han ganado terreno.

Los servicios de las distintas instituciones tienen a crecer y deben atraer la atención de los sanitarios. Los servicios dentales que no han crecido en

la misma proporción que las poblaciones urbanas, sufren en algunas partes intensas sobrecargas, obligando a la reducción de los servicios prestados.

c) REALIDAD CULTURAL.

Cada país tiene sus características propias. Fue diferente el grado en que el indio, el colonizador, el esclavo, o el misionero participaron en la formación cultural de cada país. La inmigración fue distinta cuantitativamente y cualitativamente; el grado de mezcla racial, los valores, las creencias son diferentes en cada país.

Dentro de esta diversidad, incurrimos con frecuencia en el error de querer introducir prácticas de uniformes de salud pública.

Dentro de un mismo país existe una gran diferencia entre la cultura del ciudadano y el hombre del campo. No podemos pretender que éste tenga interés en la conversación de los dientes, cuando le faltan cosas mucho más fundamentales para su bienestar, la reforma agraria constituye aún asunto de discusiones puramente endémicas; las condiciones de vida de las poblaciones rurales, en grandes áreas del continente, son todavía tan bajas que es prematuro hablar de odontología sanitaria para esas regiones.

d) REALIDAD EDUCATIVA.

La alfabetización es variable en las regiones diversas de México. A pesar de la diferencia e insuficiencia de la enseñanza primaria; las masas se están alfabetizando y adquiriendo conciencia social en los grandes centros.

Es de tomar en cuenta las áreas semi rurales y rurales de México, donde existe un índice alto de alfabetización puesto que es un serio problema que debe ser

considerado en los programas de educación sanitaria, no se debe hacer uso de carteles y material de lectura donde existe un predominio, del alfabetismo. Como ejemplo de ilustración sería una comunidad de nivel educativo muy bajo donde llegan sanitarios con grandes carteles bien ilustrados pero que no los llevarán a nada, el pueblo o región donde se está realizando esta campaña se mostrará indiferente al programa y le seguirá el nulo interés de valor a la salud oral. Esta actitud negativa es perjudicial. Es evidente que la comunidad no va a comprender nuestro trabajo, si estamos intentando cambiar hábitos o introducir conceptos y programas completamente fuera de la realidad educativa existente en un momento dado.

e). REALIDAD POLITICO ADMINISTRATIVA.

Muchos gobiernos latinoamericanos son aún del tipo paternal. Las relaciones de los políticos con sus electores son como los de un padre para con sus hijos. El político se considera más o menos como dueño de los bienes públicos y distribuye empleos, ejecuta otras como dadas que permanecen asociadas a su nombre.

Una de las consecuencias de la existencia del gobierno paternaes, es, la multiplicación de cargos, la creación de una burocracia numerosa, generalmente mal retribuida y poco eficaz. En el caso concreto del dentista, raramente vemos que se incline hacia el servicio público por carrera.

La inestabilidad del funcionario en muchos países y la inflación desmedida que representa una verdadera confiscación de la parte del salario, no estimulan el ingreso de muchos elementos realmente con vocación para una carrera de odontología sanitaria.

f). REALIDAD PROFESIONAL.

Nuestra profesión se estructuró en una época de -

diferente filosofía social y está ahora sufriendo el impacto de los cambios que se están operando a su alrededor. A cada paso nos encontramos con colegas que piensan que el servicio público es malo por naturaleza. El odontólogo sanitario debe conocer la realidad profesional en determinadas situaciones, comunicarse con ciertos profesionales de la rama odontológica y obtener su confianza y apoyo. No podemos partir del principio de que ellos están equivocados y nosotros en lo cierto. Tenemos que trasladarnos a su perspectiva y procurar ampliarla ante ellos para que vean el problema de la misma manera que nosotros.

Creemos que la formación de odontólogos sanitarios, de visión amplia, hábiles, capaces, realistas, -- constituye un punto fundamental para el mejoramiento de los servicios dentales. Ese mejoramiento debe producirse de arriba hacia abajo, comenzando desde el liderazgo en nivel central. Considerando el aspecto geográfico, la evolución deberá desarrollarse del centro a la periferia, de la zona urbana hacia la zona rural.

Es en la zona urbana donde están concentrados los recursos, donde existe una prioridad mayor para los problemas dentales.

El odontólogo sanitario, como agente de transformación, como puente entre los intereses de la profesión y de la comunidad, tiene una misión difícil de cumplir. Al igual que un catalizador, él no provoca, solamente acelera el ritmo de las modificaciones que lentamente se están produciendo. No basta poseer conocimientos técnicos, el sanitarista debe comportarse como un verdadero humanista. La formación de la odontología sanitaria no debe terminar cuando el odontólogo abandona las bancas de una escuela de odontología. El desarrollo de su educación debe continuar durante toda la vida. El conocimiento que necesita acumular no es solo en profundidad, dentro de la disciplina, sino también la extensión, amplitud, abriendo horizontes para comprender la reali-

dad y ajustarla a los programas. Necesitamos recluir lo mejor de nuestra profesión para el trabajo de salud pública.

La odontología sanitaria ofrece un campo de trabajo lleno de atracción y de interés para la actividad de un cirujano dentista.

Como comentario final a este tema esperamos que - los cirujanos dentistas capten el interés de la odontología sanitaria, para trasladarlos a intereses puramente humanísticos ya que es el único objetivo final y real de la salud pública, ayudar a dar información dental sanitaria para percatarse de daños futuros a la salud y como finalidad, integrar individuos a todas las regiones de nuestro país; su salud, que es la única herencia que tiene fin sino se interesan por ella.

CAPITULO IX

Investigación sobre el estado actual del manejo de los dos primeros niveles de prevención en odontología sanitaria, en los municipios: Tlalnepantla, Ecatepec, Coacalco y Atizapan del Edo. de México.

Para presentar el resultado de la investigación - del estado actual del manejo de la salud pública en odontología se elaboró un formato para realizar encuestas - en consultorios particulares de los siguientes municipios:

1. Tlalnepantla Edo. de Méx.
2. Coacalco Edo. de Méx.
3. Ecatepec, Edo. de Méx.
4. Atizapán, Edo. de Méx.

El formato está elaborado con doce preguntas para ser contestadas concretamente, tomándose en cuenta los dos primeros niveles de prevención (fomento de la salud y protección específica): se seleccionó estas preguntas por que son esenciales en la práctica diaria de cualquier profesional que está relacionado con la salud del paciente.

El cirujano dentista no debe olvidar los principios u objetivos de la odontología; es mejor prevenir enfermedades y no tener que tratar enfermedades que aunque el individuo se restablezca con prótesis u otro tipo de métodos curativos, sabemos que no pueden dar las mismas funciones normales en su aparato estomatognático.

FORMATO ELABORADO PARA LA INVESTIGACION DEL MANEJO DE -
LOS DOS PRIMEROS NIVELES DE PREVENCION ODONTOLOGICA.

1.- ¿Realiza historia clínica antes de empezar cual-
quier tratamiento?

2.- ¿Su paciente se presenta con una buena higiene gene-
ral?

3.- ¿Aconseja alguna dieta?

4.- ¿Motiva al paciente a realizar visitas periodicamen-
te al dentista?

5.- ¿Sus pacientes aceptan la motivación que Ud. les da
para la prevención de enfermedades orales?

6.- ¿Realiza aplicaciones de flúor en pacientes infanti-
les?

7.- Lleva a cabo sellado de fisuras?

8.- ¿Utiliza con frecuencia mantenedores de espacio?

9.- *¿Elabora índices CPO?*

10.- *¿Realiza control de placa bacteriana?*

11.- *¿Indica alguna técnica de cepillado a sus pacientes?*

12.- *¿Combina los métodos físicos y químicos en sus procedimientos de esterilización?*

En la investigación realizada se hizo cincuenta - formatos por municipio (Tlalnepantla, Coacalco, Ecatepec y Atizapan del Edo. de Méx.), haciendo un total de doscientos dentistas de práctica privada que fueron interrogados. La tabla contiene respuestas negativas y positivas. Algunas preguntas fueron contestadas con más de una respuesta y se tomaron como positivas en la tabla para poder ser graficadas.

Para poder comprender la tabla se hace una breve explicación de la misma. Podemos tomar como ejemplo el municipio de Ecatepec de los cincuenta dentistas que fueron interrogados, de la pregunta número uno cuarenta y cuatro contestaron si y seis contestaron no que es igual a cincuenta por lo tanto para poder entender la importancia que le dan los dentistas a la Odontología Preventiva, se hizo un recuento total de las preguntas respondidas positiva y negativamente que sumándolos se obtiene doscientas respuestas. Por ejemplo Ecatepec con este en la pregunta número 1 (44) positivas y (6) negativas; Atizapan (37) positivas y (13) negativas; Tlalnepantla (45) positivas y (5) negativas; Coacalco (35) positivas y (15) negativas que hacen un total de (161) positivas y (39) negativas que es igual a 200 investigados, y así sucesivamente con las siguientes preguntas del formato.

Esperamos que esta investigación sea tomada en cuenta a los futuros profesionistas de odontología que se están preparando para darle un mejor servicio a la odontología en nuestro país.

..../

A PARTIR DE

ESTA PAGINA

**FALLA
DE
ORIGEN**

TABLA GENERAL

Pure	Sistema		Cooperativa		Escuelas		Utilización		St	No	Total
	St	No	St	No	St	No	St	No			
1	45	5	32	15	44	6	32	13	161	39	200
2	20	30	31	19	24	26	31	19	106	94	200
3	38	12	44	6	46	4	36	14	164	36	200
4	49	1	47	3	49	1	47	3	192	8	200
5	30	20	10	40	34	16	37	13	111	89	200
6	38	12	40	10	42	8	40	10	160	40	200
7	18	32	25	24	23	27	26	24	93	107	200
8	19	13	15	34	29	21	16	34	80	120	200
9	7	43	6	44	13	37	12	28	38	162	200
10	41	9	45	5	48	2	41	9	175	25	200
11	20	30	20	30	18	32	34	16	92	108	200
12	16	34	23	27	31	19	23	27	93	107	200

En las gráficas presentes se exponen los resultados obtenidos en la investigación de los cuatro municipios ya mencionados con anterioridad. Se presenta una gráfica global o general y una individual por cada municipio.

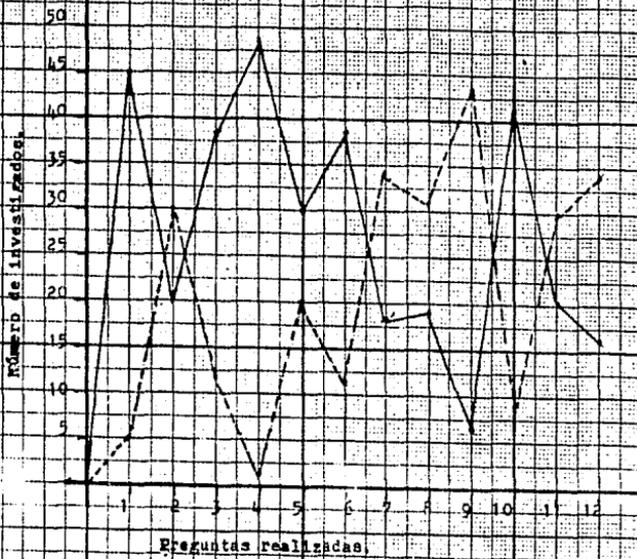
Por el lado del eje "Y" se presenta el número total de investigados (200) que corresponden 10 personas por cada Cm; en el eje "X" se presentan las preguntas contenidas en el formato. En las gráficas individuales se siguen las mismas características con la diferencia que cada Cm., viene siendo 5 personas hasta llegar a los 50 investigados.

_____ Respuestas positivas.

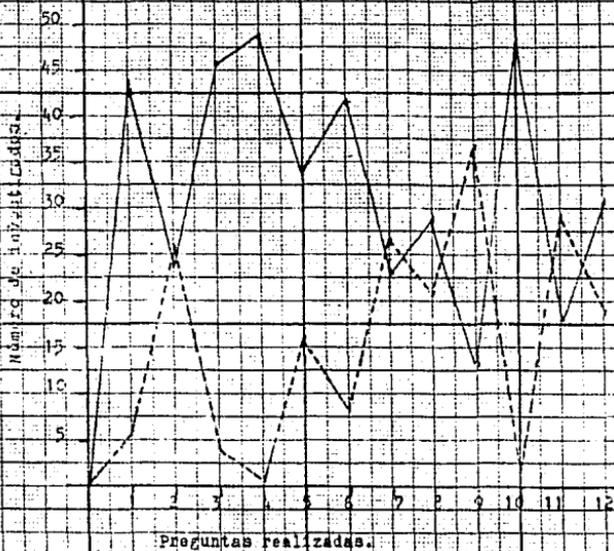
----- Respuestas negativas.

..../

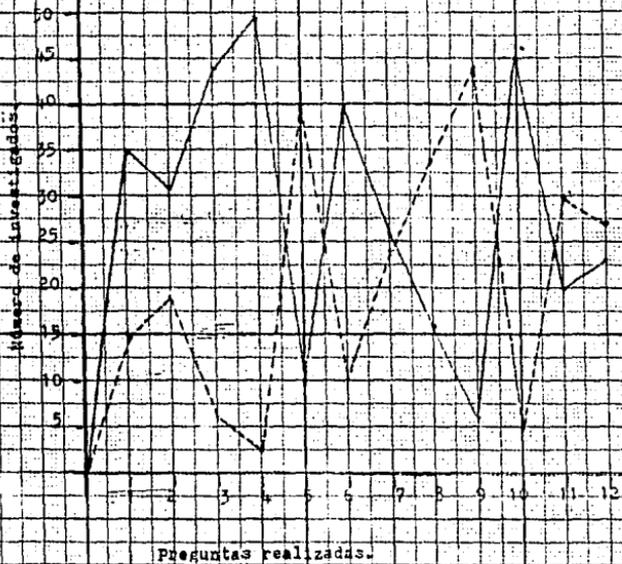
MUNICIPIO DE TIALNEPANTLA.



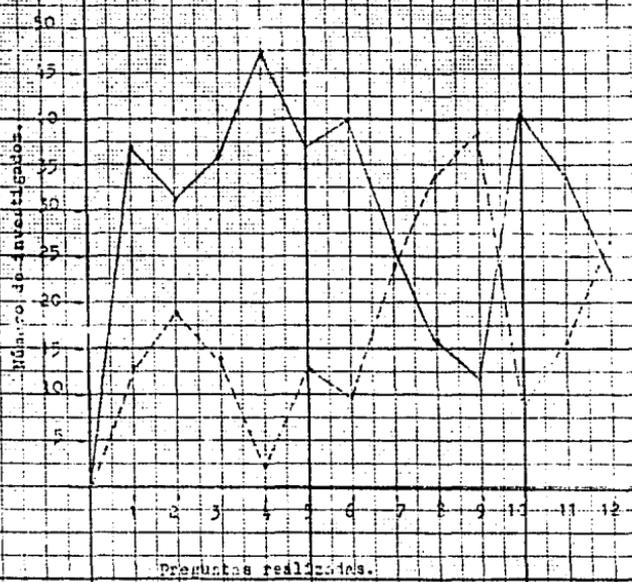
MUNICIPIO DE EGATEPEC.



MUNICIPIO DE COACALCO.



MUNICIPIO DE ATIZAPAN.



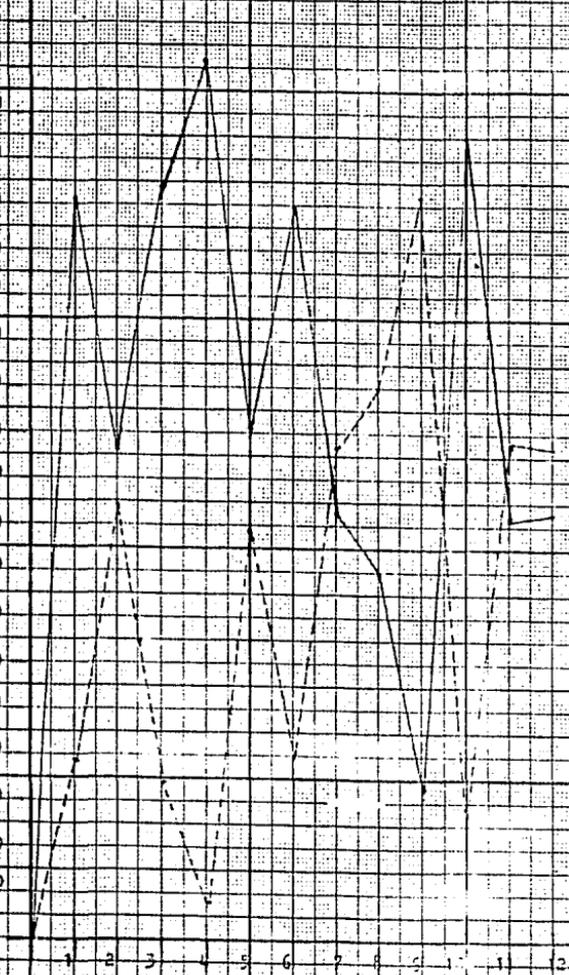
GRAFICA GLOBAL DE LOS
MUNICIPIOS INVESTIGADOS

Número total de investigadores.

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Presupuesto realizado



ANALISIS DE LA INVESTIGACION

Haciendo un análisis de cada una de las cuestiones planteadas en la investigación sacamos las siguientes conclusiones:

1. El interés en el consultorio dental para desarrollar una historia clínica es de alta importancia. Es bueno para la profesión saber que al elaborar una historia clínica aunque sea de pocas preguntas, pero esenciales, son tomadas en cuenta por el dentista en su práctica diaria.
2. El paciente es un elemento que debe estar consciente de las ventajas que da una buena higiene, pero la realidad es que está descuidada y por lo tanto viene a repercutir en su salud. Es importante que sea más informado y lo más necesario que a él le importe.
3. El dentista de práctica privada al percatarse del estado físico de sus pacientes puede prevenir enfermedades aconsejando dieta adecuada, se observó con regularidad el interés que este da a la alimentación.
4. Los resultados obtenidos dan gran satisfacción, porque el dentista se preocupa de la salud dental del individuo. Es un buen paso para la salud bucal que se hagan revisiones periódicas de su cavidad bucal.
5. En México, el paciente es un individuo que solo consulta al dentista cuando siente el malestar por lo tanto una enfermedad avanzada. Es de desearse con los programas de salud pública actuales puedan cambiar esas ideas que a la larga perjudiciales para él ya que en ningún aspecto es obligatoria la visita al dentista.

6. En lo que respecta tópicaciones con flúor, son practicados regularmente, esto quiere decir, -- que también hay gente que se interesa por un método de prevención que desde temprana edad viene a mantener bajo un estado de alerta contra cualquier afección dental principalmente las caries que son de alto índice en la población Mexicana.

7. El sellado de fisuras se puede decir que -- no es practicable en las zonas investigadas, tal -- vez sea que no le dan la importancia debida por el -- dentista o por que al paciente no le interesa mucho prevenir, sino tratar de aliviar sus dolores. El -- dentista debe ser más consciente y debe encausar estos métodos de prevención para no tener que llegar -- a tratamientos más costosos tanto en tiempo como económicamente.

8. Los mantenedores de espacio siempre serán -- efectivos para que se pueda dar una buena estética -- y función aceptable de la cavidad oral. Lamentable -- mente son poco utilizados a su tiempo y necesidades.

9. El dentista de práctica privada está sistemáticamente -- materializado en su profesión. Solamen -- te hace trabajos que le redituan buenos porcentajes -- y dejan más tiempo, es lamentable pero muy visto en -- la actualidad.

10. Es de gran aliciente que el dentista rea -- lice control de placa bacteriana ya que es sabido -- que el factor principal de enfermedades parodontales -- que tanto afectan a nuestra población.

El interes en este punto de la odontología -- preventiva es muy marcado esto quiere decir que to -- davía se puede hacer más en lo que respecta a la -- odontología de salud pública.

11. Es importante indicar al paciente las técnicas adecuadas para la limpieza de su cavidad bucal. También es importante conocer su técnica de cepillado para cambiarle a una mejor si es necesario. En la práctica de consultorio no se hace esto, tal vez sea por descuido imperdonable del dentista.

12. Se practica irregularmente una buena técnica de esterilización, tal vez se deba a que son de bajo costo los utilizados o porque son más seguros para otros, pero siempre se debe tener en cuenta que una buena asepsia y antisepsia da seguridad de trabajo y de tratamiento.

CONCLUSIONES

La situación actual de la odontología sanitaria en México está todavía mal administrada tanto en programas como en su desarrollo, a pesar del esfuerzo enorme que tratan de darle las autoridades de la rama de la salud pública.

Es importantísimo que para tener buenos resultados en los programas de odontología sanitaria se integre a todo el personal tanto auxiliar como profesional para darle mejor orientación a la odontología preventiva y así evitar padecimientos bucales tan altos cuantitativamente como la caries y las parodontopatías que son los que ocupan el primer lugar en todas las zonas de la población. Sabemos que aunque estos padecimientos orales son los más prevalentes del mundo, poco se hace en nuestro país para su contención. La prevención a nivel masivo ejecutada por el departamento de salud pública a sido un fracaso. Las causas de estos fracasos quizá se deba a que en primer lugar el Estado no ha proporcionado los fondos suficientes para implementar programas de odontología sanitaria a nivel masivo, un ejemplo claro de esto es que ni siquiera la fluoruración del agua se ha hecho posible a una mayoría, sino a un determinado sector de la población. Esto requiere grandes erogaciones y las autoridades invierten el dinero en la prevención y tratamiento de enfermedades con altos índices de mortalidad y morbilidad. Y como ni la caries ni la parodontitis, afortunadamente, son causantes de muerte, se encuentran reelegadas en el presupuesto.

En segundo término, la prevención no es rentable a nivel de práctica privada y nuestro pueblo no está acostumbrado ni dispuesto a gastar su dinero en intangibles; quiere a cambio un aparato o servicio patente. Por eso el profesionalista no emplea -

el tiempo en enseñar técnicas de cepillado o métodos preventivos ya que no le son productivos.

Nuestras escuelas de Odontología insisten en poner énfasis para sus planes de estudio en la Odontología curativa y no preventiva.

La Odontología Sanitaria posee un campo extenso e interesante para los estudiantes de Odontología pero es tan mínimo su interés por esta área, tal vez porque no están debidamente informados sobre los objetivos reales de esta carrera.

Parece que la salud bucal de nuestro pueblo se encuentra bajo el régimen de negligencia benigna y que existe una gran laguna en los planes de estudio de nuestras escuelas Odontológicas. Se hace necesario insistir en los métodos de Odontología Sanitaria a nuestro alcance sobre todo en las escuelas -- de Odontología; tratando de hacer ver a sus egresados los problemas de la salud pública y sus posibles soluciones actuales.

Las relaciones que tenga la población con cualquier tipo de persona a nivel de salud pública debe ser amplia y que despierte el interés en ella, sin relaciones humanas fracasa cualquier programa de salud pública.

Se debe ser realista y enfrentarse concretamente a los problemas de la odontología sanitaria. Para que en un futuro se cosechen buenos frutos en salud pública; por lo tanto, proporcionar una salud óptima al individuo.

En la investigación realizada nos percatamos claramente del poco interés de la mayoría de los -- dentistas de práctica privada; de lo necesario que es educar al paciente sobre su cavidad bucal, tal -- parece que al poner su consultorio ve en la gente -- una máquina de hacer dinero, solo se preocupa de ex

traer piezas porque así lo quiere el paciente, cuando le puede practicar mejores métodos de tratamiento. Es importante aunque no fácil que el dentista - sea inteligente para crear en el paciente técnicas preventivas, ya que por la psicología existente en la población sobre el dentista, se tiende a crear - situaciones traumáticas. Desarrollando por ejemplo - buen cepillado dental, insistiendo consultar periódicamente al dentista y poder detectar cualquier -- problema bucal y de salud general y darle mejores - soluciones para que no sea demasiado tarde para su bienestar integral.

No se puede estimar un servicio dental; una - escuela de odontología, una asociación o un sindicato profesional como una cosa estable que siempre - fue y será igual. Es así, en este momento, era diferente ayer, será diferente mañana. Nada está quieto sobre la faz de la tierra, nada es definitivo. Si - hubiésemos estado atentos podríamos haber visto el - germen de las transformaciones que hoy se están esperando; podemos descubrir hoy el fermento de las - transformaciones que irán a operarse mañana. Crear - más conciencia sobre la importancia de la odontología sanitaria y modificar los planes de estudio sobre la odontología preventiva. Quizá valdría la pena crear una breve carrera técnica o cursos en los - estudiantes de odontología que capacite a los futuros profesionales para hacer prevención a todo el - nivel aunque a nuestro criterio la solución está en la investigación para conocer a fondo sus fallas y - encausarlas a un fin que es la salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BALCKERBY, PHILIP. E. *¿Porqué no crear un departamento de Odontología Social?*
- 2.- CHAVEZ, MARIO M. *Odontología Sanitaria. Washington, Organización Panamericana de la Salud 1967.*
- 3.- JOSEPH C. MULLE. *Odontología Preventiva. Buenos Aires. Ed. Mundi.*
- 4.- KATZ, SIMON. *Odontología Preventiva en Acción - Centro Regional de Ayuda Técnica. México, 1975.*
- 5.- OCAMPO ALVAREZ ARTURO. *Principios de Odontología Sanitaria., Bogotá, Colombia. Ed. Antares, - 1958.*
- 6.- MENDEZ, RIVAS JOSE. *Aspectos Económicos en Odontología. Buenos Aires. Tercera Edición. 1969.*
- 7.- RICHARDS, N. DAVID. *Aspectos Sociales en Odontología.*
- 8.- SAN MARTIN FERRARI, HERNAN. *Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana, Segunda Edición. - - 1968.*
- 9.- A.D.M. *Campaña Nacional de Salud Dental. México Imprenta Moderna, 1963.*
- 10.- *Organización Panamericana de la Salud. Oficina-Panamericana Sanitaria. Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a Odontología. -- Washington. 1970.*
- 11.- *Principios de Administración Sanitaria. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana. 1954.*

- 12.- Organización Mundial de la Salud. *Odontología - Sanitaria. Educación Sanitaria e Higiene Dental.* Ginebra. 1970.
- 13.- Organización Mundial de la Salud. *Educación Sanitaria e Higiene Dental.* Ginebra. 1970.
- 14.- *Odontología Clínica de Norteamérica. Una Eficiencia Práctica Dental.* Buenos Aires, Ed. Mundi. - 1970.
- 15.- S.S.A. *Odontología Sanitaria. Dirección de Odontología.* México, 1963.
