



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A POBLACIÓN DE UN
RECLUSORIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JUAN GUSTAVO ORTINEZ ORTEGA

TUTOR: MTRO. JORGE MARIO PALMA CALERO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Hacer realidad este sueño ha sido posible gracias al apoyo de dos instituciones: la Universidad Nacional Autónoma de México que me abrigó en La Facultad de Odontología durante mis estudios, y me apoyó con todo para terminar el ciclo, y el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que me permitió concretar anhelos.

Mi más amplio agradecimiento a las autoridades de la Facultad de Odontología y en especial a los Maestros Jorge Mario Palma Calero, Héctor Brindis Pérez y Carlos Morales Zavala, por el apoyo siempre dispuesto y por su asesoría para la realización de este trabajo.

De manera muy especial, mi testimonio de agradecimiento AL C.D. Mario Alfredo Santana Gytoku, que es sin duda, una de las personas que más contribuyó no solo a mi formación profesional sino a mi vida misma; gracias por su paciencia, dedicación y ayuda constante y desinteresada.

Al Lic. Antonio Hazael Ruiz Ortega, Director del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente Del Distrito Federal, quien sin perder la percepción jurídica de mi situación, siempre mantuvo una perspectiva clara y objetiva, lo cual hizo posible la realización y culminación de esta tesis. Gracias por propiciar las condiciones administrativas necesarias, y por abrir puertas no sólo de oficinas sino también de afectos.

Al Lic. Alejandro Escorza Arredondo, Jefe del Centro Escolar del Reclusorio Varonil Oriente, cuyo invaluable y generoso apoyo e interés técnico fueron factores que facilitaron todo el proceso. Gracias por hacerme sentir útil e importante; gracias por su empeño en llevar adelante las actividades y talleres dentro del Centro Escolar y por permitir mi participación en ellos; y también por permitirme ser parte de esas ideas e iniciativas innovadoras; por su excelente disposición y gran responsabilidad para con el Centro Escolar y su comunidad.

Mi agradecimiento va también al Lic. Gildardo Huerta Castañeda, Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión a Centros Escolares de la Dirección Ejecutiva de Prevención y Readaptación Social, por su trabajo meticuloso y eficiente, por su gran sentido de responsabilidad, sensatez y entrega, atributos que le han permitido sacar adelante y con creces, la enorme carga de trabajo que tiene en sus manos. Gracias por poner todo su empeño en su gestión; enfrentando retos, coordinando y dando seguimiento siempre con sentido de compromiso.

Cerca del final, pero no menos enfáticamente, agradezco la generosa colaboración de Guillermo Valencia; por su interminable trabajo, por el interés mostrado hacia este humilde servidor y por supuesto, por la atención y apoyo durante la realización de esta tesis.

Llegar a esta meta hubiese sido imposible sin el apoyo y cariño de mis hijos, de mi esposa, de mis hermanos y sus hijos. Al escribir estas líneas, tengo en mi mente a todos mis amigos, a mis maestros y a todos los que me han enseñado algo que por cierto, son muchos; ante el temor de omitir, los nombro colectivamente, pero mi agradecimiento sincero va afectuosamente individualizado.

DEDICATORIAS

A mis padres, Paulino Ortinez Medina y María Ausencia Ortega Cisneros.

Aunque desde su morada eterna no pudieron ver el final de mis estudios, su ideal me acompañó siempre.

A mi hijo Gustavo Rafael.

Con tu cariño y amor fuiste mi inspiración para la realización de esta meta; espero que ahora, este logro sea tu inspiración para culminar tu carrera. La vida se complica y se requiere de más esfuerzo para terminar lo que hoy empiezas. Que logres llegar a donde tu desees y te realices en la vida, es mi anhelo como padre.

A mi hija Ana Mercedes

Tu amor y ternura me inspiraron para terminar una ruta truncada mucho antes de tu llegada a mi vida.

A mi amada esposa Judith Margarita

Gran compañera, no sólo en los buenos tiempos sino también en estos de gran angustia. He sentido tu amor y comprensión, por lo que a pesar de las circunstancias tan adversas, tu impulso me llevó a terminar este sueño inconcluso; por eso y mucho más, gracias amor mío.

A mi hermana Esperanza y su esposo Sacramento Hernández; a mis sobrinos Juan Carlos y Guadalupe Monserrat

Por su amor y apoyo incondicional; en deuda para siempre, gracias.

A Jaime Becerra y Mercedes Camacho

Por ser excelentes padres, y por proteger a su hija Judith y a su nieta Ana Mercedes en estos momentos de gran suplicio; que Dios los bendiga siempre.

A Sara

Por su apoyo incondicional en situaciones difíciles.

A Oscar

Por estar siempre al cuidado de mi familia; por su amor a mi hija y convertirse en la imagen paterna en esta ausencia

A los demás miembros de la familia Becerra

Gracias por todo el apoyo

A mis compañeros Camilo Flores, José Martagón sus padres y su hijo y a Miguel Ángel Bueno, gracias por su amistad y ayuda incondicional.

ÍNDICE

Introducción	1
Antecedentes	2
• Caries	2
• Enfermedad Periodontal	7
• Estomatitis Herpética	8
• Abceso	10
• Estomatitis Aftosa	11
• Sistema Penitenciario	12
• Centro Médico de Reclusorios	15
• Reglamento de Centros de Reclusión del D.F.	15
• Características Generales de la Población Interna	17
Planteamiento del Problema	18
Objetivo General	18
Resultados	19
Bibliografía	

INTRODUCCION

La caries dentaria y las enfermedades de los tejidos de sostén de los dientes son padecimientos de alta incidencia a nivel mundial, aún en los países con alto nivel de desarrollo.

Aunque las enfermedades mencionadas no tienen relación directa con condiciones socio-económicas, existen situaciones que pueden incrementar la incidencia y severidad del problema; en México, una de esas situaciones es la reclusión penal, ya que todos los reclusorios tienen gran sobrepoblación, lo que significa que la capacidad de servicios se ve notablemente rebasada, y el hecho incluye a los servicios médico-odontológicos.

Para corroborar lo anterior, nos propusimos conocer la magnitud de tratamientos bucodentales realizados en la población de un reclusorio de la ciudad de México. Para ello, consultamos los expedientes odontológicos de los internos del reclusorio Oriente que solicitaron atención en el consultorio de servicios médico-odontológicos de dicho reclusorio.

Los datos obtenidos y reportados en este trabajo, corresponden a los años de 2003, 04, 05 y 2006, e incluyen las distintas modalidades de los tratamientos realizados.

ANTECEDENTES

CARIES

La enfermedad más difundida entre los humanos es la caries dental; en México, más del 95% de la población tiene dientes atacados por este padecimiento que se caracteriza por la destrucción progresiva de todos los tejidos dentales, y que puede provocar consecuencias que en algunos casos, ponen en riesgo la vida del portador.

El padecimiento ataca a cualquier diente sin importar edad, sexo, raza o condición socio-económica y la manera más efectiva de prevenir su aparición no es de alto costo, no requiere del empleo de tecnología sofisticada ni de habilidades especiales, basta con practicar medidas de higiene y no consumir alimentos que probadamente favorecen la aparición de caries.

La aparición y desarrollo de una lesión cariosa es un proceso relativamente lento, y en dicho proceso la secuela de acontecimientos es relativamente fácil de descubrir y de identificar en sus diferentes estadios. El primer signo consiste en la aparición de una zona blanquecina y opaca, producto de la desmineralización inducida por los ácidos que generan las bacterias huéspedes de la película que se adhiere a los dientes por deficiente cepillado; dicha película se llama **placa dentobacteriana**.

Esa zona blanquecina es fácilmente lavable por fluidos bucales y por la fricción de alimentos y cepillado, y así, empieza la disolución del esmalte dentario formándose una pequeña cavidad, dentro de la cual se forma nueva placa habitada por bacterias, hay nuevo ataque ácido y el ciclo continúa hasta destruir la totalidad del diente afectado.

Cuando la caries alcanza la cavidad donde se aloja la pulpa (nervio), esta se infecta y el síntoma predominante es el dolor; ese dolor tiene una magnitud variable, y relacionada con el tiempo; cuando inicialmente la pulpa es atacada, el dolor suele ser provocado, de baja intensidad y corta duración; en cambio, cuando el ataque a pulpa transcurre por más tiempo, el dolor es espontáneo, de larga duración y de intensidad insoportable. Cuando el problema avanza, a través del foramen apical la infección llega a los tejidos que rodean al diente (ligamento periodontal y hueso) y en poco tiempo puede formarse un absceso. Es importante mencionar que en la mayoría de los casos, el pronóstico puede ser desfavorable para la pulpa pero favorable para el diente; es decir que estando la pulpa afectada, el diente puede mantener suficiente integridad anatómica y entonces, un tratamiento endodóntico resuelve definitivamente el asunto. En la actualidad, la

caries ha dejado de ser la principal causa de extracción dentaria, dejando ese dudoso honor a la enfermedad periodontal avanzada.

CLASIFICACIONES DE CARIES

Para su estudio y tratamiento, la caries puede clasificarse en base a distintos aspectos: la velocidad del avance, su origen topográfico y por la profundidad de la lesión.

POR LA VELOCIDAD DEL AVANCE

Ya se mencionó que la lesión cariosa es básicamente disolución de tejidos duros dentarios por ataque ácido; puede deducirse entonces que un diente bien constituido estructuralmente, puede resistir mejor el ataque. Histológicamente hablando, los dientes de distintas personas son iguales; en donde se encuentran diferencias significativas es en el grado de mineralización, ya que este factor depende de la alimentación de la madre durante la gestación y del infante durante su desarrollo, y ambos factores son a su vez dependientes de aspectos sociales, culturales y económicos que, por diferentes, producirán entre otras cosas denticiones de distinta calidad en distintos individuos.

Como regla general podemos afirmar que un diente con alto grado de mineralización, tardará más tiempo en ser erosionado por el ácido, y si ese diente está reforzado estructuralmente mediante fluorización, su resistencia será mayor. Lo mencionado nos explica por qué, las denticiones de dos personas con alta ingesta de sustancias cariogénicas y deficiente higiene, tienen distinta incidencia de caries. En un diente con deficiencias en su grado de mineralización se desarrollará:

Caries Aguda

La lesión es de poca a mediana extensión, mucha profundidad y con presencia de abundante dentina reblandecida; por la rapidez del avance, hay poca dentina pigmentada, y en pocos meses la pulpa se verá afectada y el dolor acompañará al proceso. Si el diente está bien mineralizado y es atacado, desarrollará:

Caries crónica

La lesión es de poca profundidad aunque de mucha extensión, hay poca dentina reblandecida y mucha pigmentación de color café negrozco; generalmente, este tipo de caries tarda mucho en provocar dolor.

POR SU ORIGEN TOPOGRÁFICO

Como se mencionó al principio, el proceso de la caries se inicia con la formación e implantación de la placa, que ya colonizada por bacterias, pasa a ser placa dento-bacteriana. Es lógico suponer que una superficie regular y tersa dificultará la implantación de la placa, y facilitará su remoción; al contrario de una superficie con surcos y fisuras, que será sustrato ideal para la implantación y retención de dicha placa. Teniendo los dientes superficies con ambas características, se hace una distinción conceptual entre la caries originada en superficie lisa y la que inició en surco, foseta y/o fisura.

POR SU PROFUNDIDAD

Dependiendo de los tejidos dentarios involucrados por la lesión, la caries puede ser de:

Primer grado, cuando únicamente está en esmalte.

Segundo grado, cuando incluye esmalte y es penetrante a dentina

Tercer grado, cuando está profunda en dentina, y

Cuarto grado, cuando involucra cámara pulpar

Siendo distintas las profundidades, es distinta la sintomatología y también el tratamiento. La caries de primer grado es asintomática; la de segundo grado puede presentar dolor que siempre es provocado por agresión mecánica (masticación o cepillado) o química (dulce), el dolor es de poca magnitud y corta duración; el tratamiento incluye eliminar los tejidos cariados, poner protección adecuada y restaurar; todo, en la misma cita. Tratándose de caries de tercer grado, la profundidad de la lesión seguramente ha provocado agresión al tejido pulpar, y por ello, el dolor es espontáneo, exacerbado por cambios de temperatura, de mediana a mucha intensidad y duración (en algunos casos, horas); el tratamiento adecuado indica eliminar la mayor cantidad de tejido degradado, colocar obturación temporal con un material que provea buen sellado y sea anodino y esperar respuesta pulpar (tres o más días); si dicha respuesta es favorable (significativa disminución de síntomas o desaparición de ellos), retirar obturación temporal, terminar la eliminación de tejido cariado y colocar nuevamente obturación temporal. La prudencia indica esperar de ocho a quince días con total ausencia de síntomas y entonces, restaurar. Tratándose de caries de cuarto grado, debe asumirse siempre pulpa infectada y realizarse tratamiento endodóntico previo a la restauración.

PREVENCIÓN

Las medidas de prevención no evitan por completo la caries, pero bien ejecutadas, reducen considerablemente su incidencia. Las medidas de prevención contra la caries inician en el vientre materno; la alimentación de la gestante es factor determinante en la calidad de mineralización de los tejidos duros del producto, y por ende, en el comportamiento que los dientes tendrán cuando estén expuestos a las agresiones químicas del medio bucal.

FLUORIZACIÓN

El contenido inorgánico del esmalte es mayoritariamente hidroxiapatita (fosfato cálcico hidroxilado); este mineral es relativamente poco soluble en ácidos débiles y aún así, ante ataques de largo plazo, se erosiona y tratándose de diente, así se produce la caries. Cuando la superficie dentaria es expuesta a compuestos fluorados, los adsorbe y se forma en el esmalte un compuesto nuevo que es la fluorapatita. Este compuesto resiste mejor el ataque ácido y así, el diente queda protegido contra la caries. Los fluoruros deben ser aplicados tanto a dentición temporal (2 años) como a dentición permanente (12 años); dicha aplicación puede ser por ingesta o por aplicación tópica

SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS

Anteriormente se mencionó que en los dientes existen zonas que por sus características, retienen placa dentobacteriana y dificultan enormemente la remoción de dicha placa; dichas zonas son los surcos, las fosetas, las fisuras y algunos defectos estructurales. Una forma muy efectiva para disminuir la incidencia de caries, es colocar en esas zonas algún material que las selle; dicho material es conocido como sellador y los hay de distintos materiales.

Sin importar el material que es base de su estructura, los distintos selladores se aplican siguiendo una técnica que es común a todos ellos: provocar dentro y alrededor de la fisura micro poros, que al ser penetrados por el sellador (fluido), le sirven de anclaje cuando este ha solidificado. Colocado y solidificado el sellador, el surco, la fisura y/o el defecto quedan obliterados impidiendo así, que restos alimenticios queden atrapados y puedan iniciar el ataque ácido. Este método ha probado ser el más eficaz para prevenir la caries.

Los selladores más empleados pueden ser a base de Ionómero de Vidrio o bien de BIS-GMA que es el componente básico de las resinas restauradoras. Ambos tienen ventajas y desventajas: el Ionómero contiene en su fórmula fluoruros así que la protección es doble, ya que por una parte sellan las fisuras y por otra, provocan la formación de fluorapatita; su desventaja es que en la zona donde son

colocados tienen que soportar carga masticatoria, y no tienen gran resistencia ante ese tipo de esfuerzo. Por su parte, los selladores a base de BIS-GMA no

liberan fluoruros, pero se mantienen durante más tiempo sellando la fisura por su mayor resistencia mecánica.

DIETA E HIGIENE

Como se explicó al principio, la disolución de los tejidos dentarios se da por ataque de ácidos; esos ácidos son producto del metabolismo de las bacterias que colonizan la placa dentobacteriana, y la producción de ácidos por parte de las bacterias será cuantitativa y cualitativamente diferente, dependiendo de las características de los alimentos ingeridos por el huésped. Está plenamente comprobado que una dieta rica en azúcares refinados (sacarosa) es un importante factor etiológico de caries; asimismo, existen alimentos que por su textura, dejan residuos que se adhieren firmemente a la superficie dentaria y colaboran de manera importante a la formación de placa dentobacteriana. Una dieta que prescinda de azúcares y no sea pastosa, definitivamente disminuye la incidencia de caries. Aún así, se dará la implantación de la placa y es necesario eliminarla; la mejor manera es por medio del cepillado repetido y sistemático. Un cepillo dental con cerdas más o menos flexibles y con punta redondeada, y cuyo conjunto configure una superficie plana, será un instrumento eficaz para el fin que se persigue. Cuando la superficie del conjunto de cerdas es friccionado contra el diente, la placa es eliminada.

Dejamos para el final un factor de prevención, que si bien no disminuye la incidencia de caries, si disminuye notablemente las nefastas consecuencias de la enfermedad: la visita regular al consultorio dental. La revisión semestral por parte del Odontólogo, permite descubrir lesiones que de otra manera pasarían desapercibidas. El descubrimiento oportuno de caries, permite al profesional realizar procedimientos muy poco invasivos, y eso se traduce en la conservación de la mayor parte de tejido dental.

TRATAMIENTO

El único tratamiento válido de la Caries Dental, consiste en la eliminación del tejido afectado; para ello, el profesional se vale del fresado, procedimiento que realiza con instrumentos rotatorios conocidos genéricamente como fresas. Esas fresas pueden ser de un agente como el diamante micropulverizado que desgasta, o de un metal como el carburo de tungsteno que corta. En ambos casos, el procedimiento tiene como producto final una cavidad conformada por tejido sano, misma que al final, es rellenada con un material que puede ser metálico o plástico.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se reconoce como Periodonto a los tejidos que rodean al diente y le dan sostén; el término incluye al hueso de soporte, al ligamento que une al diente con el hueso (ligamento periodontal), al cemento que recubre a la raíz dentaria y a la encía que recubre a todo lo anterior. Un periodonto sano se distingue por un hueso de soporte en cantidad tal, que casi el noventa por ciento de la raíz dentaria está incluida en él, y gracias a ello, el diente está firmemente soportado; la buena salud periodontal también se relaciona con un ligamento de grosor uniforme, sin ensanchamientos y sin soluciones de continuidad, además de un cemento radicular completamente limpio y liso para constituirse como sustrato ideal para la inserción de las fibras del ligamento y finalmente, una encía bien adherida al contorno dentario con que hace contacto, de color rosa pálido, con puntilleo y con un espacio por arriba de la zona de adherencia y que en condiciones ideales, no debe medir más de 2.00 mm de profundidad.

Cuando hablamos de enfermedad periodontal, nos referimos a la primera causa de pérdida dental, ya que esta enfermedad tiene como efecto final, destruir al hueso que le da soporte a los dientes. El padecimiento puede ser multifactorial, pero la causa más frecuente es –nuevamente- la placa dento bacteriana. Cuando dicha placa se acumula en los dientes, la zona que concentra la mayor cantidad es la que está próxima a la encía y por ello, la respuesta de este tejido no se hace esperar. El primer signo de esa respuesta es la inflamación de la encía marginal que se edematiza y sangra un poco con el cepillado; si la causa no es eliminada, el proceso inflamatorio provoca más edema y se pierde el puntilleo, hay un franco aumento de volumen y ante la presión digital o del cepillo, se presenta dolor y mucho sangrado.

Ya se mencionó que a nivel de la línea cervical del diente, la encía sella contra este y que por arriba de ese sello, hay un espacio que se llama intersticio. El límite interno de dicho espacio es precisamente la adherencia gingival y marca la profundidad de 2 mm. Cuando la encía es agredida (inflamación) esa adherencia migra apicalmente, y la profundidad del intersticio aumenta formando lo que se conoce como bolsa. Si el padecimiento progresa, la migración de la adherencia será cada vez mayor y el problema involucrará al hueso de soporte que, como respuesta, iniciará un proceso de reabsorción que culminará con gran movilidad y pérdida dentaria.

TRATAMIENTO

Cuando el problema se encuentra a nivel de encía (gingivitis), el tratamiento es sencillo, y consiste en eliminar placa bacteriana e instituir la técnica de cepillado más eficaz para evitar la implantación de nueva placa. Si el padecimiento ya provocó pérdida del puntilleo y además existe placa calcificada (sarro), el

tratamiento inicial (fase I) tiene por objeto el control de placa y el empleo de escariadores para eliminar el sarro (curetaje cerrado).

Cuando hay bolsas profundas y pérdida ósea, el tratamiento es francamente quirúrgico (curetaje abierto) y consiste en lograr acceso al hueso afectado y eliminar mediante curetaje todo el tejido afectado. Un aspecto es común a todos los tratamientos: el paciente debe ser dado de alta hasta que logre un cepillado eficaz.

PREVENCIÓN

Aunque, como se mencionó anteriormente, la enfermedad periodontal es multifactorial, la presencia de placa dento bacteriana es el factor etiológico más común, y por ello, controlar su acumulación es la forma más eficaz de prevenir el padecimiento y en muchos casos, de curarlo.

El Odontólogo debe procurar por todos los medios a su alcance, lograr que el paciente aprenda a cepillarse correctamente; conseguirlo implica en muchos casos muchas sesiones, y aún así, el paciente deberá asistir regularmente al consultorio para verificar la eficacia de su higiene bucal. Muchos conceptos y técnicas han cambiado en Periodoncia, pero la importancia que actualmente se da al cepillado es la misma que se le daba en sus inicios como especialidad odontológica en el primer tercio del siglo pasado.

Hasta aquí, tratamos los dos padecimientos bucales más comunes, y que también entre la población motivo de este estudio tienen la más alta incidencia; sin embargo, es necesario tratar los aspectos más relevantes de padecimientos de tejidos blandos bucales que son más o menos frecuentes entre la misma población.

ESTOMATITIS HERPETICA

ESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA

La estomatitis herpética es una enfermedad viral bucal contagiosa, causada por el *herpes virus hominis* o virus del herpes simple, VHS. Esta afección, es probablemente la primera exposición de una persona al virus del herpes ya que es común en niños pequeños.

Clínicamente se caracteriza por fiebre alta, inflamación gingival y aparición de ampollas que al reventarse, dan lugar a múltiples úlceras en lengua, carrillos y parte del paladar y garganta. Las úlceras cuyo tamaño varía entre uno y cinco milímetros de diámetro, son de base blanca grisácea, perímetro rojizo y muy

dolorosas. El paciente produce mucha salivación y como no puede mantener la boca cerrada (por la molestia), babea bastante. Debido al dolor que provoca la deglución, el paciente reduce drásticamente su alimentación y eso acarrea

problemas adicionales. El plazo promedio para la remisión de signos y síntomas es de diez días.

TRATAMIENTO

Es sintomático; el Aciclovir por vía oral acelera el término del padecimiento y en el transcurso, una dieta líquida es útil y de ella deben excluirse los ácidos; un anestésico tópico (lidocaína) alivia el dolor pero debe cuidarse en extremo la sobredosificación. Una forma más benigna de herpes ataca únicamente los labios y su contorno dérmico, y se conoce comúnmente como fuego; los signos iniciales son similares aunque circunscritos a las zonas mencionadas. Aunque molesto, la sintomatología no alcanza la magnitud y gravedad del anterior y remite rápidamente con la aplicación tópica de Aciclovir.

La recurrencia de la enfermedad a menudo se asocia con traumatismo, fatiga, menstruación, embarazo, infección de vías respiratorias, problemas emocionales, alergia, exposición a la luz solar o a las lámparas de luz ultravioleta, alteraciones gastrointestinales. Se desconoce el mecanismo a través del cual estos factores precipitantes consiguen el surgimiento de las lesiones, las cuales se desarrollan en los labios (Herpes Febril recurrente) ó intrabucalmente, en cualquier sitio las lesiones a menudo son precedidas por una sensación de quemazón o de picazón y se siente rigidez, hinchazón, o una ligera ulceración en el sitio donde las vesículas se desarrollan subsecuentemente, tienden a presentarse en racimos localizados, y se unen para formar lesiones más grandes. Estas vesículas son de color gris ó blanco, se rompen rápidamente y dejan una pequeña ulceración roja, cuando aparecen en los labios son de color café, es bastante variable la intensidad del dolor.

COMPLICACIONES

Normalmente las dos variedades de Herpes mencionadas curan sin secuelas, sin embargo, las lesiones ulcerosas pueden fácilmente infectarse por alguna bacteria y entonces el padecimiento se agrava y prolonga, y el tratamiento se complica, ya que debe incluir entre otras cosas, antibióticos. Otra complicación, muy frecuente en niños, consiste en llevar el padecimiento a los ojos y provocar una queratoconjuntivitis herpética que, si no es tratada como emergencia, puede conducir a la ceguera.

Sin importar de qué variedad se trate, el Herpes simple es extremadamente contagioso en la etapa vesicular (ampollas) y se transmite por contacto directo; una vez reventadas las vesículas, la posibilidad de contagio se reduce al mínimo.

ABSCESO

El absceso es la acumulación localizada de pus y circundada por inflamación (hinchazón); puede darse en cualquier parte del cuerpo. El absceso se debe a la infección de un área de tejido y al proceso de defensa por parte del sistema inmunitario. Presentada la infección, los glóbulos blancos se dirigen al lugar a través del torrente sanguíneo y se acumulan dentro del tejido dañado para eliminar a las bacterias. Durante el proceso, se forma el pus que es una acumulación de líquidos orgánicos, glóbulos blancos vivos y muertos, tejido muerto, bacterias y otras sustancias extrañas.

En Odontología, los abscesos más frecuentes son de origen dentario (pulpa) y periodontal. En el primer caso, la mayoría de las veces se trata de una complicación de la caries, aunque también puede resultar de un traumatismo o de agresión química o física a la pulpa. Una vez infectado el tejido pulpar, los dolores son intensos y el problema progresa hacia el único lugar que puede: el forámen apical; una vez ahí, la infección llega al hueso y se inicia el proceso de formación del absceso. El problema será fácilmente distinguible cuando el pus se concentre en tejidos blandos ya que ahí, provocará un aumento de volumen (hinchazón) que puede alcanzar grandes proporciones.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Cuando el problema está en el periapice (aún sin formación de pus), el ligamento se inflama y se forma una **periodontitis apical aguda**, que se identifica porque el paciente refiere mucho dolor provocado por contacto con el antagonista y sensación de alargamiento del diente afectado. Cuando el proceso progresa, se forma el absceso en hueso y el dolor es espontáneo, localizado (algunas veces irradiado), y de gran magnitud; cuando el pus alcanza tejidos blandos y se concentra en ellos, el dolor es de mediano a intenso, irradiado (sin lesión visible, la única manera de ubicar el diente causante es mediante percusión) y hay aumento de volumen en encía o visible extrabucalmente.

TRATAMIENTO

La finalidad del tratamiento tiene como objetivo central salvar el diente; para ello, hay que eliminar la infección. Establecer un drenaje a través de conductos radiculares y cámara pulpar, más la prescripción de antibiótico y analgésico, hará desaparecer rápidamente la fase aguda; la aplicación de calor húmedo en la zona inflamada es de gran ayuda. Pasada la fase aguda, deberá realizarse el tratamiento de conductos y la restauración definitiva.

Tratándose de un absceso periodontal, el problema rara vez provoca signos extrabucales, ya que se localiza en la encía; al contrario del absceso de origen dentario, en el gingival, la pulpa está vital y responde a estímulos; el dolor, que

siempre es localizado, es de poca a mediana intensidad. El drenaje es fácilmente establecido a través de la adherencia.

ESTOMATITIS AFTOSA

Esta enfermedad provoca la aparición de úlceras en la boca, generalmente en la zona interior de los labios, las mejillas o la lengua; el padecimiento también se conoce como “aftas”. A diferencia de las úlceras provocadas por el Herpes, las úlceras aftosas no son precedidas por vesículas, son más grandes y deprimidas, no son tan numerosas y rara vez toman el paladar; además, el problema no se acompaña de fiebre.

La estomatitis aftosa no es contagiosa y su etiología es aún confusa; los factores identificados con el desarrollo de aftas son debilitamiento del sistema inmune, ciertas alergias, estrés, ataque viral y mala nutrición. El problema se presenta desde la infancia y es recurrente. El diagnóstico se realiza fácilmente y basado en historial médico y del padecimiento e inspección de las lesiones que por sus características únicas, son fácilmente identificables.

TRATAMIENTO

Debido a que es una enfermedad viral, los antibióticos no son eficaces para tratamiento, aunque si se trata de lesiones de gran tamaño, sí están indicados para prevenir (o tratar) infecciones subsecuentes. El manejo del problema es sintomático, e incluye aumento del consumo de líquidos, anestésicos tópicos y enjuagues antisépticos; es importante evitar el consumo de irritantes y de ácidos. Las lesiones tardan de siete a catorce días en sanar.

SISTEMA PENITENCIARIO

ANTECEDENTES

Lecumberri.- Surge a partir de la reforma del Código Penal de 1871, en el que se anexó un proyecto arquitectónico para la creación de un nuevo centro penitenciario; dicho proyecto fue elaborado por el Ingeniero Antonio Torres Torija. La construcción estuvo a cargo del Ing. M. Quintana, y su primer director fue el prestigioso jurista Miguel Macedo.

Se inició su construcción en el año de 1885 y se inauguró el 29 de septiembre de 1900, siendo entonces Presidente de la República el Gral. Porfirio Díaz Morí.

El edificio fue diseñado y construido de tipo Panóptico radial, en el que, todas las crujías, convergían al centro de un polígono; en dicho centro se erguía una torre de 35 metros de altura desde la que se vigilaba todo el penal.

La construcción se previó para 800 varones, 180 mujeres y 400 menores de 18 años. Contaba con 804 celdas, talleres, enfermería, cocina y panadería. Tenía un área de Gobierno, sección de Servicio médico y salas de espera. Las crujías tenían celdas para un solo preso con cama y servicio de sanitario. En cada crujía existía una celda de castigo con puertas sólidas que tenían una mirilla. Se regía por un Consejo de Dirección que hacía las veces de Jefe Inmediato de todas las áreas.

En 1908 se dió autorización para ampliar la construcción y aumentar la capacidad para 996 internos. En el año de 1971, la población ascendió a 3800 internos y más adelante llegó a tener 6000.

La gran sobrepoblación y la multicomplidad, favorecían una corrupción que afectaba todas las áreas del penal. El reconocido penalista Sergio García Ramírez anota en su libro *El final de Lecumberri*: “Después de un año y medio de luchar día con día, minuto a minuto, incesante y fatigosamente para alcanzar los fines propuestos, había conseguido convencerme de que algunos de mis colaboradores habían cedido al dinero de los introductores de drogas y alcohol; que el enemigo capaz de mantener en la prisión esa fuerza constante y activa, que desbarataba en un momento lo conseguido en días, semanas o meses de trabajo, radicaba fuera del penal; que la autonomía de los talleres se mantenía primero gracias a la influencia política de quienes los manejaban y después gracias al sindicalismo burocrático,... que la disciplina del personal no se lograría mientras subsistiera el poderío de los intereses creados...”

“Los apandos”, celdas de castigo que José Revueltas describe cruda y realmente después de haber estado preso en una de ellas, hizo una novela en la que refleja la podredumbre de la cárcel, su anacronismo y la degradación del ser humano.

La historia del “Palacio Negro” concluyó el 27 de agosto de 1976, al ser clausurado por su último Director, el Dr. Sergio García Ramírez. Actualmente es sede del Archivo General de la Nación.

En 1973, se inició la construcción de cuatro reclusorios tipo peine, que se ubicarían en los 4 puntos cardinales de la ciudad; la responsabilidad de sus construcciones correspondió al Arq. Machorro. En la actualidad se encuentran funcionando tres, uno en el norte, otro en el sur y otro en el oriente, siendo el Reclusorio Norte el primero que entró en funciones en el año de 1976.

Estos centros surgieron como consecuencia de la Reforma Penitenciaria instrumentada por el Gobierno de la República, y por la ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, promulgada en el año de 1971. Cada uno de estos reclusorios están diseñados para una capacidad de 1200 internos, y cuenta en su estructura con un centro de observación y clasificación, dormitorios, edificio de visita íntima, centro escolar y áreas de talleres, además de espacios para visita familiar y áreas verdes.

En estos centros se aplica el *Sistema Progresivo Técnico*, el cual tiene como fin la readaptación social de los internos mediante la educación, el trabajo y la capacitación.

Cabe señalar que cada uno de estos centros contaba con un espacio anexo para la población femenina que se encontraba sujeta a proceso, pero que en el año 2004, fue trasladada al nuevo Centro Femenil de Readaptación Social del distrito Federal.

En julio de 1972, el Jefe del Departamento del Distrito Federal, otorgó a los titulares de las Delegaciones Xochimilco, Álvaro Obregón y Coyoacán, facultades para manejar los reclusorios de su jurisdicción; disposición que entró en vigor a partir del 31 de diciembre de 1972.

El 19 de octubre de 1976 se creó la Comisión Técnica de Reclusorios del Distrito Federal.

El 04 de octubre de 1977 se creó la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social, quedando adscrita a la Secretaría General de Gobierno.

El 14 de agosto de 1979, se expidió el Reglamento de Reclusorios del Distrito Federal.

El 21 de abril de 1990, se creó el Instituto de Capacitación Penitenciaria.

De 1983 al 15 septiembre de 1995, la Dirección General ha sufrido los siguientes cambios de adscripción:

04 de septiembre de 1985. Parte de la Secretaría de Desarrollo Social.

10 de junio de 1986. Readscripción a la Secretaria General de Gobierno.

12 de diciembre de 1988. Readscripción a la Secretaria General de Protección y vialidad.

15 de noviembre de 1991. Readscripción a la Secretaria General de Gobierno.

15 de septiembre de 1995, depende estructuralmente de la subsecretaria de Gobierno, que a su vez depende de la Secretaria de Gobierno.

11 de agosto de 1999, se determina la nominación actual de esta unidad administrativa como dirección General de Prevención y Readaptación Social.

El principal problema que enfrenta el sistema penitenciario es la sobrepoblación; y es el principal problema porque incide en casi todos los aspectos relacionados con la estancia del interno y su liberación. En primer lugar, el fenómeno mencionado no permite que la atención hacia los internos tenga la rigurosidad necesaria; la excesiva carga de trabajo impide que se tengan oportunamente los estudios técnicos que agrupan los informes de las áreas de Trabajo Social, Psicología, Centro Escolar, Seguridad y Custodia y Criminología; y cuando esos informes son generados, la información que contienen es escasa y en ocasiones inexacta; como resultado, es imposible dar un seguimiento especial a cada interno, hecho que es fundamental para conocer con detalle aspectos importantes, tanto a nivel individual y familiar como social y así, individualizar la pena, valorar con criterios ciertos una solicitud de preliberación u otro beneficio.

La sobrepoblación también incide en el tiempo de reclusión, ya que por cuestiones económicas la mayoría de los internos debe recurrir al defensor de oficio y este, tiene tal carga de trabajo que en ocasiones transcurre más de un año sin que tenga contacto con su defendido, y éste no se entera de su situación jurídica ni de los beneficios que probablemente acelerarían su liberación. Por demás está mencionar que otro aspecto gravemente afectado por la sobrepoblación es la seguridad, respecto a esto, baste decir que el promedio para todos los reclusorios de la Ciudad de México es de 24 internos por cada custodio por turno. El hacinamiento constituye otro problema derivado de la sobrepoblación, en promedio, en cada celda puede haber hasta 20 internos.

CENTRO MÉDICO DE RECLUSORIOS DEL DISTRITO FEDERAL

Se inició su construcción en el año de 1973 y se inauguró el 11 de mayo de 1976, en dicho centro se contaba con equipo hospitalario moderno, además de que se incluyó un servicio de Psiquiatría, mismo que permitió un trato humano a los enfermos psiquiátricos. En ese año, fueron trasladadas a este lugar las internas del Centro Femenil de Readaptación Social de Santa Marta Acatitla. Actualmente se encuentra albergando a sentenciadas y se le denomina Centro Femenil de Readaptación Social.

REGLAMENTO DE CENTROS DE RECLUSIÓN DEL DISTRITO FEDERAL

Todos los reclusorios el D.F. cuentan con un reglamento para los internos y tiene entre otros, los artículos los siguientes:

Artículo 131.- Los Centros de Reclusión del Distrito Federal contarán permanentemente con servicios médicos-quirúrgicos generales y especiales de psicología, psiquiatría y odontología, . Dichos servicios proporcionarán dentro del ámbito de su exclusiva competencia, la atención médica que los internos requieran.

Cuando el personal médico de los Servicios de Salud determine necesario trasladar a los internos a otra unidad médica, sea para diagnóstico, tratamiento, o bien en casos de urgencia, solicitará a la Dirección del Centro de Reclusión de que se trate el traslado, acompañando dicha solicitud con la hoja de referencia correspondiente; en el entendido que el Centro de Reclusión será responsable de la seguridad y custodia que requiera dicho traslado.

El Director General cuidará que las instalaciones de los Servicios de Salud de cada Centro de reclusión, cuenten con el personal de seguridad y custodia suficiente para garantizar la seguridad y el orden de la Unidad.

Artículo 132.- Los servicios médicos de los centros de reclusión, velarán por la salud física y mental de la población interna, así como por la higiene general dentro de la institución.

Sin perjuicio de lo anterior, y a solicitud escrita del interno, de sus familiares o de la persona previamente designada por aquél, podrá permitirse a médicos ajenos al centro de reclusión que examinen y traten a un interno; en este caso, el tratamiento respectivo deberá ser autorizado previamente por el responsable de los servicios de salud del centro.

Artículo 134.- Los médicos integrantes de los servicios de salud correspondiente en cada uno de los centros de reclusión, deben supervisar constantemente que las instalaciones de la institución se encuentren apegadas a los lineamientos de higiene y salud. Los dormitorios o secciones destinadas para custodia en aislamiento, serán visitados por el Servicio Médico de la Institución, informando a las autoridades del centro de reclusión respecto del estado en que se encuentren los internos y anomalías que puedan ser detectadas.

Artículo 136.- Los responsables de los servicios de salud, además de las actividades inherentes a su función, coadyuvarán en la elaboración y ejecución de los programas nutricionales y de prevención de enfermedades en los internos.

Es responsabilidad de los servicios de salud de cada centro de reclusión, aplicar periódicamente pruebas de enfermedades infecto contagiosas, y establecer campañas preventivas respecto de dichas enfermedades, así como de educación sexual y hábitos de higiene.

El responsable de los servicios de salud procurará que exista material quirúrgico y los medicamentos necesarios

Artículo 137.- Cuando en virtud de su padecimiento o estado delicado de salud, un interno deba someterse a una dieta especial, los servicios de salud se coordinarán con la autoridad del centro de reclusión de que se trate para su otorgamiento.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN INTERNA

Los Reclusorios Preventivos están destinados para recibir personas a las que se les denomina "Internos". Ellos pueden ingresar en calidad de indiciados, depositados con fines de extradición, procesados o sentenciados por delitos del fuero común o del fuero federal; estos últimos con base en los acuerdos que suscriban la administración pública del Distrito Federal con la Federación, además de personas sujetas a arresto administrativo por orden de autoridad competente.

Inmediato al ingreso, el interno queda a disposición del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación del Tratamiento (C.D.U.D.T) que se encarga de realizar los estudios correspondientes para clasificarlo y ubicarlo en la población; dichos estudios son de índole socioeconómica y nivel educativo así como de personalidad, y desglosados en cuatro básicos que son:

- 1.- Estudio Pedagógico.- Consiste en determinar el nivel educativo del interno.
- 2.- Estudio Psicológico.- Un análisis de la personalidad del interno a través de test y exámenes sicométricos.
- 3.- Estudio de Criminología.- Este estudio pretende determinar entre otros aspecto el llamado "Nivel de Peligrosidad" del interno.
- 4.- Estudio Socioeconómico.- Se determina el nivel social. Familiar y económico del interno.

Una vez ubicado en el dormitorio correspondiente de acuerdo a su clasificación, podemos notar cómo el origen socioeconómico, cultural y educativo del interno se refleja en su actitud hacia su persona, higiene y salud; en estas últimas, la variedad de costumbres o falta de ellas son notorias; por un lado tenemos al interno esmerado en su persona, mientras por otro observamos el descuido personal, al grado de presentar enfermedades como por ejemplo la Escabiosis (sarna); estas circunstancias inciden también en el ámbito del cuidado bucal, y es alta la incidencia de enfermedades como la gingivitis y la caries por mencionar las más comunes, dichas enfermedades y otros temas odontológicos son estudiados en el presente trabajo, y su magnitud valorada en función de los tratamientos realizados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries y las enfermedades periodontales son problemas de salud muy difundidos a nivel mundial; muchas son las causas que favorecen su aparición y/o influyen en la magnitud del problema, y consideramos que la reclusión es una de ellas. Las especiales condiciones psico-sociales de un recluso, forzosamente alteran hábitos alimenticios e higiénicos y el hecho, puede aumentar la susceptibilidad a los padecimientos mencionados y por ende, la demanda de atención. Es importante conocer la magnitud del problema.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el tipo y número de tratamientos odontológicos realizados en el Centro de salud del reclusorio Oriente de la Ciudad de México, en los años 2003, 04, 05 y 2006.

RESULTADOS

Una vez investigados los archivos del Servicio Médico en su área de Odontología, y después de graficar los datos obtenidos, a continuación se muestra un comparativo entre los años estudiados: 2003, 2004, 2005 y 2006.-

Año	Limpieza Bucal	Odontoxesis	Amalgamas	Resinas	Obturbación semipermanente	Extracciones	Terapia Pulpar	Cirugía Bucal	Rayos X	total
2003	157	552	1004	232	1584	588	24	5	129	4275
	3.67%	12.91%	23.49%	5.43%	37.05%	13.75%	0.56%	0.12%	3.02%	
2004	201	510	1141	580	1669	613	21	4	114	4853
	4.14%	10.51%	23.51%	11.95%	34.39%	12.63%	0.43%	0.08%	2.35%	
2005	1753	446	959	1055	2273	398	455	3	165	7507
	23.35%	5.94%	12.77%	14.05%	30.28%	5.30%	6.06%	0.04%	2.20%	
2006	1757	364	970	1145	2142	509	391	5	180	7463
	23.54%	4.88%	13.00%	15.34%	28.70%	6.82%	5.24%	0.07%	2.41%	

En base al número de pacientes atendidos podemos notar que aproximadamente el 70% es atendido en el servicio dental, podemos hacer notar que las limpiezas bucales que se realizaron en los dos primeros años estudiados, ~~fue~~ fueron el 10% de las realizadas en los dos últimos años, lo que implica un aumento significativo.

Si comparamos los tratamientos preventivos como obturaciones semipermanentes o temporales y la colocación de Amalgamas y Resinas, notamos que algunos pacientes dejan inconcluso su tratamiento por diversas razones, con una tendencia a disminuir, ya que en el 2003 fueron 348 y en el 2006 fueron 27 pacientes.

En el caso de que el tratamiento de Amalgamas y Resinas no funcione o que el daño en las piezas dentales sea severo, se procede a las Terapias Pulpares y finalmente a la Exodoncia (extracciones), las cuales son aproximadamente el 12% de los tratamientos dentales, cabe mencionar que las cirugías dentales realizadas son pocas, algunos de las causas de esto es que la mayoría de los pacientes

esperan hacer sus tratamientos al salir de la institución o porque en caso necesario, son remitidos a algún nosocomio fuera de la institución para tener una atención más especializada.

Finalmente, en cuanto a rayos X, notamos un uso poco frecuente de este instrumento de diagnóstico, siendo solamente el 5% aproximadamente de los tratamientos de obturaciones semipermanentes, tratamientos pulpares y extracciones.

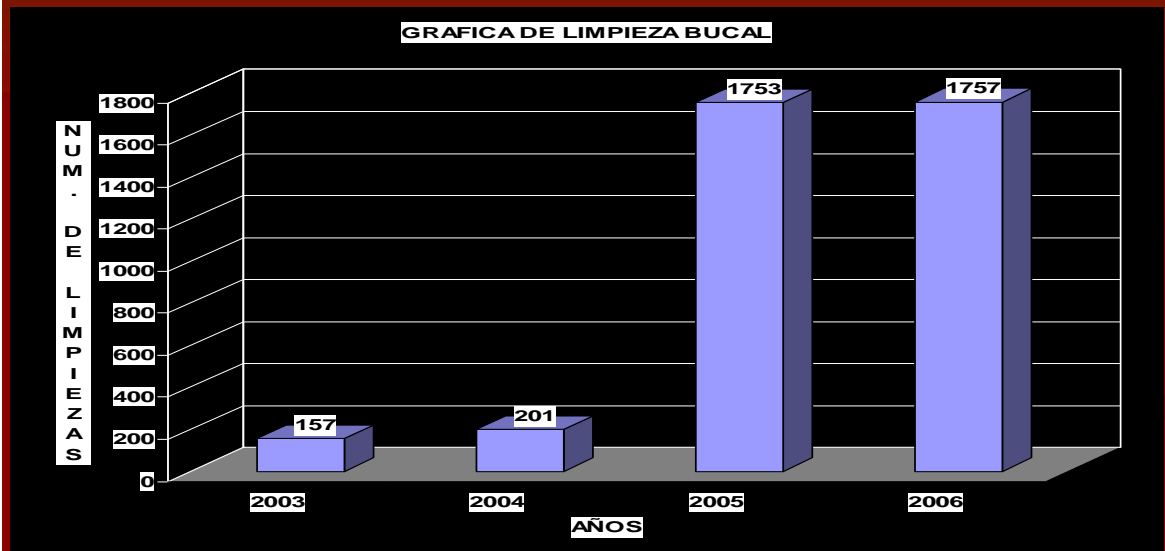
UNIVERSO DE TRABAJO

Las cifras reportadas se obtuvieron de la revisión de los expedientes del Servicio Médico de la institución en su área de Odontología; dichos expedientes corresponden a los pacientes atendidos en el periodo comprendido entre los años 2003 al 2006. Se obtuvieron cifras con respecto a:

- 1.- Limpieza Bucal
- 2.- Odontoxesis
- 3.- Amalgamas
- 4.- Resinas
- 5.- Obturación semipermanente
- 6.- Extracciones
- 7.- Terapia Pulpar
- 8.- Cirugía Bucal
- 9.- Rayos X

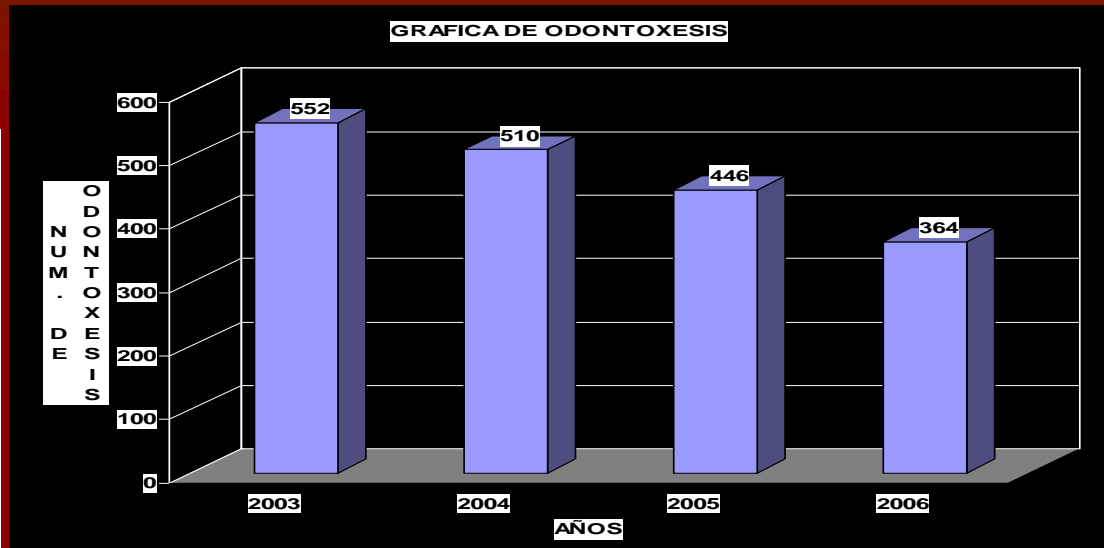
RESULTADOS

Tratamientos realizados limpieza bucal



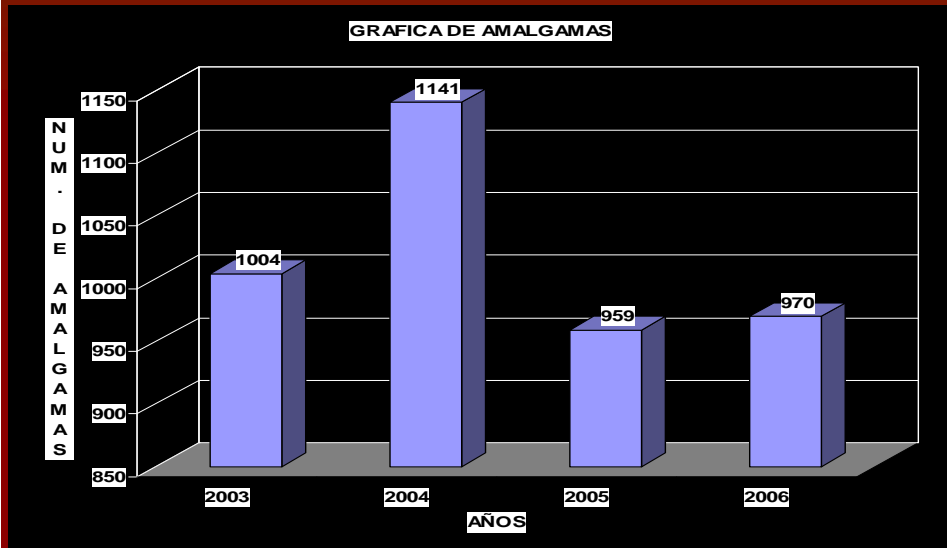
Los problemas relacionados únicamente con gingivitis marginal localizada fueron tratados con simple control de placa. Llama la atención el dramático incremento de este tipo de tratamiento después del 2004. Investigando la causa, resultó que pláticas informativas y motivacionales provocaron el incremento de consultas no motivadas por emergencia.

Tratamientos realizados odontoxesis



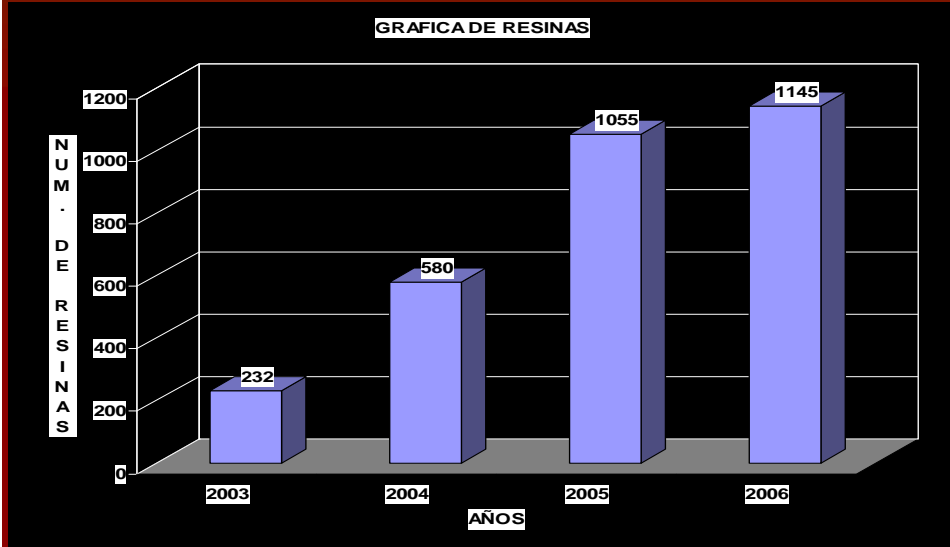
Los tratamientos contemplados en este apartado incluyen mayoritariamente detartraje y curetaje cerrado y excepcionalmente, curetaje abierto. Nótese la relación inversamente proporcional entre esta gráfica y la anterior; en aquella, el número de consultas se incrementó con el pasar de los años y recuérdese que se trata de procedimiento preventivo. Como consecuencia de esa prevención, en esta gráfica, el número de tratamientos de mayor complejidad disminuye casi 35% entre 2003 y 2006.

Tratamientos realizados amalgamas



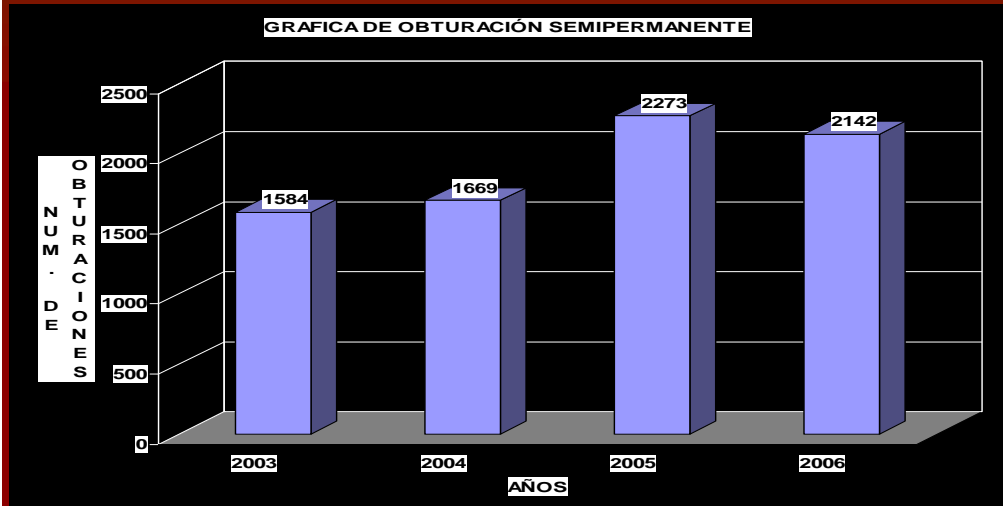
Los tratamientos con este popular y exitoso material restaurador no muestran variación significativa en cuanto a su número, durante los años investigados. El bajo costo del material y el dominio de la técnica de manipulación, son factores que provocan éxito clínico mayoritariamente.

Tratamientos realizados resinas



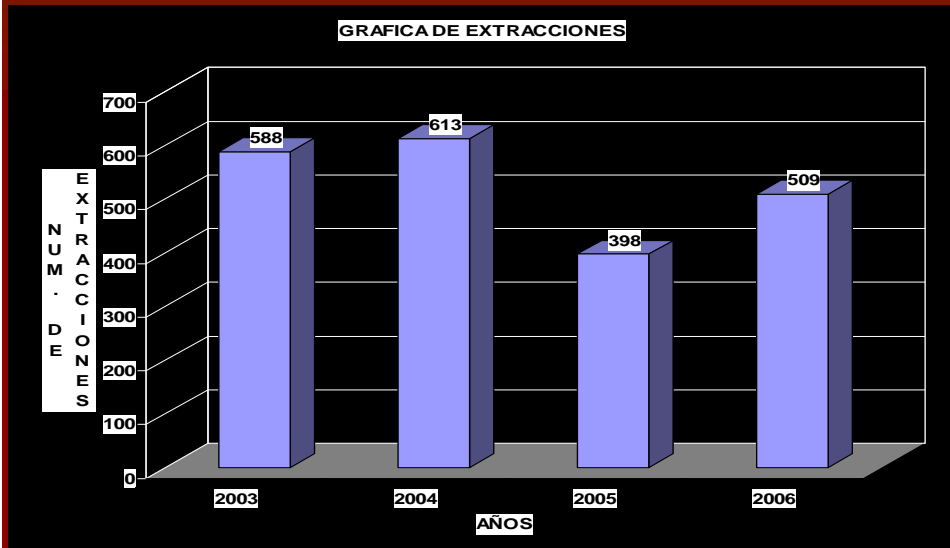
Uno de los materiales restauradores más empleados en la actualidad, ha aumentado significativamente su presencia como elección en los tratamientos restaurativos. Ese incremento sigue una tendencia mundial, y lo estudiado en este trabajo, no muestra excepción.

Tratamientos realizados obt. semipermanentes



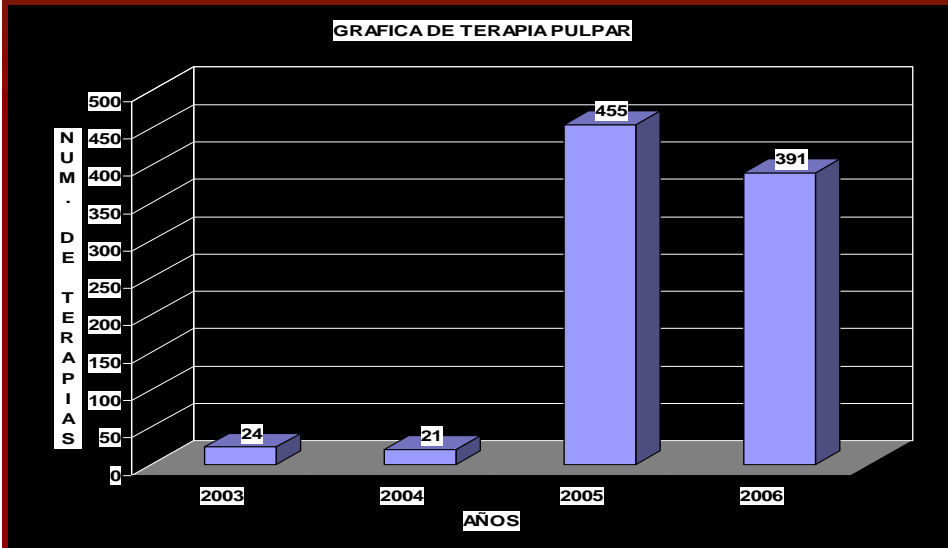
Este renglón incluye desde obturaciones con eugenolato de Zinc hasta obturaciones con material provisional. Estos tratamientos constituyen mayoritariamente los casos de tratamientos que no son concluidos ya que el interno, ante la proximidad de su liberación, prefiere concluirlo en el exterior.

Tratamientos realizados extracciones



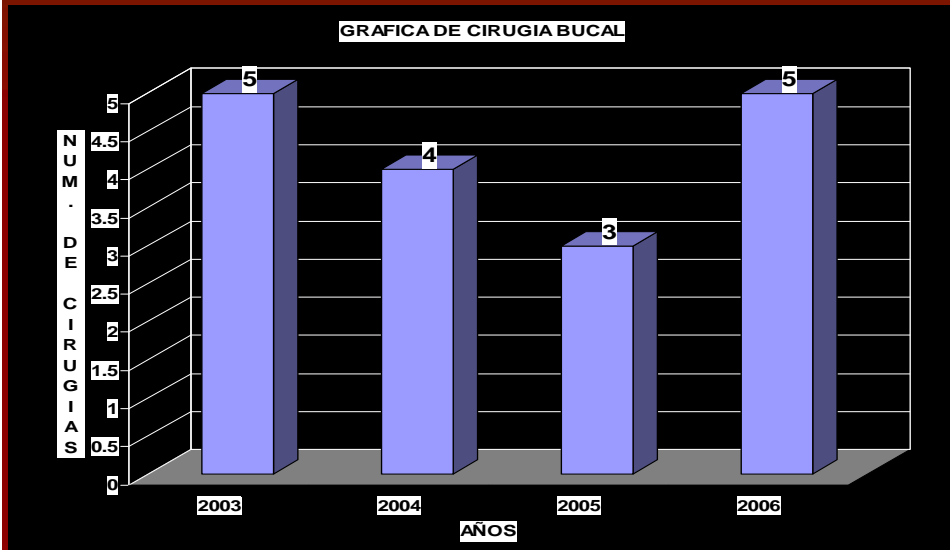
A pesar de que la extracción es un recurso de “solución fácil”.es ampliamente superado por el número de acciones tendientes a conservar los dientes. Desafortunadamente el número de dientes perdidos continúa siendo alto y es necesario redoblar esfuerzos para que esa tendencia disminuya drásticamente.

Tratamientos realizados terapia pulpar



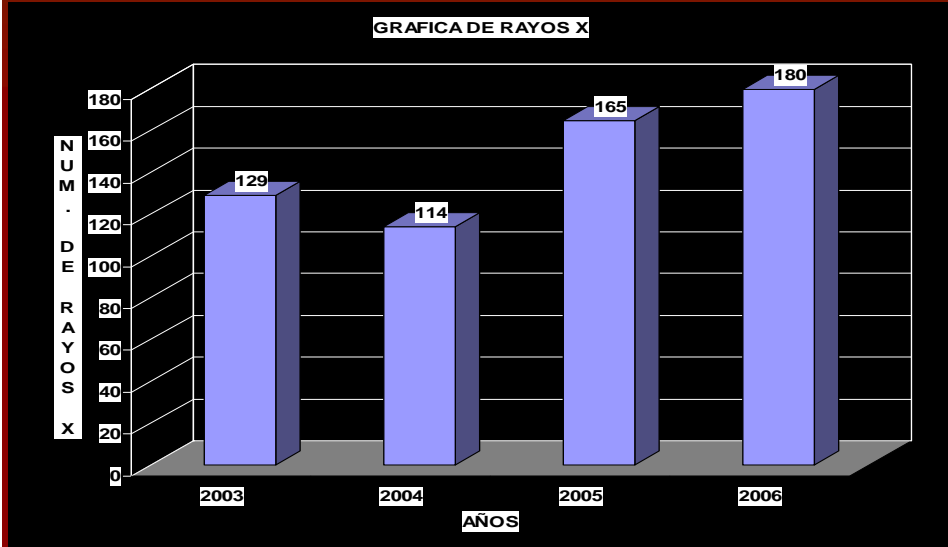
La ausencia de un Endodoncista en el Servicio Médico-Odontológico del RPOCM explicaría la mínima cantidad de terapias pulpares en 2003 y 2004; sin embargo, en 2005 y 2006 se daba la misma situación, y los tratamientos han aumentado un poco más del 400%.

Tratamientos realizados Cirugía bucal



En este rubro que mantuvo su tendencia en los cuatro años , se trata de molares incluidos y/o impactados.

Tratamientos realizados radiografías



Es evidente que el número de radiografías no corresponde con el número de tratamientos en los que era obligatoria la consulta radiográfica.

BIBLIOGRAFIA

1. Debeynat, Willy. Reunión regional en Educación de Administración de de Salud. OPS. Washington DIC. Agosto 1976.
2. Foucoult, Michael, Historia de medicalización. Educación Médica y Salud. Vol.II Num. 1-1977
3. Rice james. Procedimientos para la Evaluación del estado actual de salud de la Población México 1981
4. Winter Leo "tratado de exodoncia", cirugía Estomatologica y anestesia. Editorial Barcelona.
5. Archer Harry "Cirugía Bucal" Argentina segunda Edicion Editorial Mundi Tomo I
6. Kruger Gustav. Tratado de cirugía Oral. Editorial Interamericana 1959 Primera Edición.
7. Ries Centeno Cirugia bucal Argentina 6ª Edicion. Editorial el Ateneo.
8. Dr William G.Shafer. Tratado de Patologia bucal. Nueva Editorial eramericana S.A. de C.V. México D.F. 1987.
9. Dr. H William Gil more Odontología Operatoria Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. México D.F.1983.
10. Katz y MC Donal. Odontología Preventiva en Acción. Editorial Nueva Editorial Interamericana. México 1975.
11. Donado, MA, Cirugía bucal Patología y técnica, 2ª Edición, Barcelona, Masón; 1998.
12. Foucoult, Michael. Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud Vol.II Num. 1- 1977.
13. Campillo Sainz Carlos, Álvarez tostado Juan González C. Eleuterio. La situación de salud en el país y sus tendencias. Secretaria de Salud y Asistencia. México 1985.
14. Schumacher, E.F. citada por Milton Mauri Manuel. La importancia de las Ciencias Sociales en la Enseñanza y práctica médica Revista mexicana de seguridad social. Agosto 1980.