



---

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE 8901-22

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO DE TESIS

**SALUD BUCAL EN PERSONAS PRIVADAS DE SU  
LIBERTAD EN EL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL DE  
TENANGO DEL VALLE**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

**ANA MARÍA ROJAS HERNÁNDEZ**

ASESOR DE TESIS: E.O.P. MARCO AURELIO DELGADILLO  
CASTELLANOS

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO 2022



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.

## **DEDICATORIA**

*La presente tesis la dedico principalmente a mi Dios “Justo Juez”, por nunca dejarme sola, encaminarme y estar conmigo en todo momento de mi vida, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad, por darme la sabiduría y entendimiento de adquirir los conocimientos durante mis años de estudio y permitirme culminarlos con éxito.*

*A mi tío Fidel Hernández Calderón por ser la inspiración a mi tesis, ante la gran prueba que vivimos, que Dios nos puso en nuestro camino, por su cariño, ánimos, fortaleza y apoyo incondicional durante todo este proceso, con amor, orgullo y gran felicidad, hoy en día puedo disfrutar de su compañía en este momento tan especial de mi vida gracias ¡TODO BIEN!*

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco a mi Dios “Justo Juez” por todas la bendiciones y maravillas que pone en mi vida, por regalarme la felicidad, amor, paz, salud y darnos fortaleza y unión, por permitirme estar cerca de toda mi familia, gracias por nunca soltarnos en todo momento que vivimos.*

*Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de mis estudios desde preescolar hasta la universidad, sin embargo merecen mi reconocimiento especial: a mi Madre Brenda Maristel Hernández Calderón, a mi abuela materna Esther Calderón Robles siempre ha sido como una madre para mí, y a mi abuelo materno Fidel Hernández Sámano siempre ha sido como un padre para mí, infinitamente gracias por darme todo su amor, comprensión, por corregirme y guiarme siempre en todo momento, con sus palabras me hacen sentir orgullosa de lo que soy y de lo que aspiro.*

*En mi camino tengo personas que iluminan mi vida, no tengo palabras para expresar mi amor y mi gratitud a toda mi familia, que con su apoyo alcanzo de mejor manera mis metas, por su fe, su generosidad y su incansable ayuda en todo momento a través de sus consejos, de su amor y paciencia, gracias a mis tíos: Rubí Hernández Calderón, Fidel Hernández Calderón, Edwin Nicolás Hernández Calderón, Kristhian Hernández Calderón, Kamiry Hernández Calderón.*

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
DISCUSIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
HIPÓTESIS .....	6
OBJETIVOS .....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
MARCO JURÍDICO .....	36
METODOLOGÍA.....	39
CAPÍTULO 1 “ESTADO DE SALUD BUCAL DEL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL DE TENANGO DEL VALLE”.....	44
1.1 DESCRIPCIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO.....	44
1.2 ESTADÍSTICA DE LAS PPL EN TOTALIDAD DEL PAIS MEXICO.....	46
1.3 DERECHOS DE LAS PERSONA PRIVADAS DE SU LIBERTAD .....	47
1.4 DERECHOS DE LAS PPL.....	51
DERECHOS SUSPENDIDOS.....	51
DERECHOS SUSPENDIDOS PARA LOS ACUSADOS(AS) POR DELITOS DE DELINCUENCIA ORGANIZADA Y OTROS DELITOS GRAVES.....	51
DERECHOS LIMITADOS O AFECTADOS.....	52
DERECHOS INTANGIBLES O NO MODIFICABLES.....	52
1.5 DEFINICIÓN DE UN DERECHO .....	52
1.6 TIPOS DE DERECHOS HUMANOS .....	53
DERECHOS HUMANOS CIVILES .....	53
DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS .....	54
ARTÍCULO 1 “DERECHO A NINGUNA TORTURA” .....	54
ARTÍCULO 2 “EL DERECHO A REUNIRSE EN PUBLICO” .....	54
ARTÍCULO 3 “LIBERTAD DE MOVIMIENTO” .....	55
ARTÍCULO 4 “DERECHO A LA NO ESCLAVITUD”.....	55
ARTÍCULO 5 “EL DERECHO A LA DEMOCRACIA” .....	56
ARTÍCULO 6 “TIENES DERECHOS SIN IMPORTAR A DONDE VAYAS” .....	56
ARTÍCULO 7 “LIBERTAD DE PENSAMIENTO” .....	56
ARTÍCULO 8 “LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES” .....	56

ARTÍCULO 9 “NINGUNA DETENCIÓN INJUSTA” .....	56
ARTÍCULO 10 “COMIDA Y ALOJAMIENTO PARA TODOS” .....	56
ARTÍCULO 11 “SOMOS SIEMPRE INOCENTES HASTA QUE SE PRUEBE LO CONTRARIO” .....	56
ARTÍCULO 12 “EL DERECHO A LA EDUCACIÓN” .....	57
ARTÍCULO 13 “MATRIMONIO Y FAMILIA” .....	58
ARTÍCULO 14 “RESPONSABILIDAD” .....	58
ARTÍCULO 15 “DERECHO A UNA NACIONALIDAD” .....	59
ARTÍCULO 16 “EL DERECHO A TUS PROPIAS POSESIONES” .....	59
ARTÍCULO 17 “EL DERECHO A LA VIDA” .....	59
ARTÍCULO 18 “NADIE PUEDE ARREBATARTE TUS DERECHOS HUMANOS” .....	60
ARTÍCULO 19 “EL DERECHO A UN JUICIO” .....	60
ARTÍCULO 20 “UN MUNDO JUSTO Y LIBRE” .....	60
ARTÍCULO 21 “TODOS HEMOS NACIDO LIBRES E IGUALES” .....	60
ARTÍCULO 22 “DERECHOS DE AUTOR” .....	61
ARTÍCULO 23 “LIBERTAD DE EXPRESION” .....	61
ARTÍCULO 24 “TODOS SOMOS IGUALES ANTE LA LEY” .....	61
ARTÍCULO 25 “EL DERECHO A LA INTIMIDAD” .....	62
ARTÍCULO 26 “SEGURIDAD SOCIAL” .....	62
ARTÍCULO 27 “NO DISCRIMINES” .....	63
ARTÍCULO 28 “DERECHO A JUGAR” .....	63
ARTÍCULO 29 “LA LEY PROTEGE TUS DERECHOS HUMANOS” .....	64
ARTÍCULO 30 “DERECHO DE BUSCAR UN LUGAR SEGURO EN DONDE VIVIR” .....	64
DERECHOS HUMANOS SOCIALES.....	64
DERECHO A UN EMPLEO Y UN SALARIO JUSTO .....	64
DERECHO A LA PROTECCION SOCIAL.....	64
DERECHO A LA VIVIENDA .....	64
DERECHO A LA EDUCACIÓN .....	65
DERECHO A LA SANIDAD .....	65
DERECHO AL MEDIO AMBIENTE .....	65
DERECHO A LA ALIMENTACION .....	65
1.7 DERECHOS DEL PACIENTE.....	65

DERECHOS DEL PACIENTE PRIVADO DE SU LIBERTAD .....	71
LA ENFERMEDAD FÍSICA Y MENTAL.....	73
OTRAS NORMAS INTERNACIONALES.....	73
FUERA DE LA PRISIÓN .....	73
LOS INCIDENTES POR ENFERMEDAD.....	74
CAPÍTULO 2 “SALUD BUCAL EXCLUSIVA EN PERSONA PRIVADAS DE SU LIBERTAD” .....	77
2.1 SALUD BUCAL .....	80
IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL.....	80
ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LA CAVIDAD BUCAL .....	81
2.2 CARIES DENTAL .....	82
METODOS DE DIAGNOSTICO CARIES DENTAL .....	83
ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL.....	85
CAUSAS PREDISPONENTES GENERALES.....	86
CARIES DE PRIMER GRADO.....	87
SÍNTOMAS FÍSICOS.....	88
DIAGNÓSTICO.....	88
ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	88
TRATAMIENTO .....	88
CARIES DE SEGUNDO GRADO .....	89
ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	89
CAVIDAD .....	89
CONTENIDO.....	90
SINTOMAS DE LA CARIES DE SEGUNDO GRADO.....	90
DIAGNÓSTICO.....	91
TRATAMIENTO .....	91
CARIES DE TERCER GRADO .....	92
PULPITIS.....	92
ETIOLOGÍA .....	93
SÍNTOMA.....	93
DIAGNÓSTICO.....	93
PULPITIS AGUDA.....	93

COMPLICACIONES.....	93
PULPITIS CRÓNICA .....	94
HIPERTROFIA.....	94
CONSECUENCIAS .....	94
PERTURBACIONES ACCESORIAS .....	94
PATOGENIA .....	94
DIAGNÓSTICO.....	94
TRATAMIENTO .....	95
CARIES DE CUARTO GRADO.....	95
ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	96
FORMA DE LA LESION.....	96
COMPLICACIONES CARIES DE 4° .....	96
TRATAMIENTO DE LA CARIES DE 4° .....	96
FACTORES RELACIONADOS CON EL HUÉSPED.....	97
SALIVA.....	97
MICROFLORA .....	98
COLONIZACIÓN BACTERIANA.....	98
FACTORES DE VIRULENCIA .....	98
SUSTRATO CARIOGÉNICO.....	99
2.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL .....	99
CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.....	100
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES.....	102
ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	103
GINGIVITIS .....	104
SÍNTOMAS DE GINGIVITIS.....	104
MICROBIOLOGÍA .....	105
TIPOS DE GINGIVITIS.....	106
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	107
PERIODONTITIS.....	108
TIPOS DE PERIODONTITIS.....	108
ABSCESO PERIODONTAL.....	110
FACTORES DE RIESGOS PARA LA ENFERMEDAD: .....	110

TRATAMIENTO .....	111
ANTIBIÓTICO .....	111
CURETAJE GINGIVAL.....	111
RASPADO Y ALIZADO RADICULAR .....	111
CURETAJE GINGIVAL.....	112
RASPADO Y ALIZADO RADICULAR .....	112
GINGIVOPLASTIA .....	112
GINGIVECTOMIA.....	112
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMIA Y- GINGIVOPLASTIA .....	113
2.4 BRUXISMO.....	113
DESGASTE DENTAL RELACIONADA AL BRUXISMO .....	115
INTERFERENCIA OCLUSAL RELACIONADA AL BRUXISMO.....	116
FACTORES ETIOLÓGICOS DEL BRUXISMO .....	116
FACTORES PERIFÉRICOS.....	116
FACTORES CENTRALES.....	116
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL BRUXISMO.....	117
TRATAMIENTO .....	118
2.5 CÁLCULO DENTAL .....	119
CLASIFICACIÓN DEL CÁLCULO DENTAL.....	119
CARACTERÍSTICAS DE CÁLCULO DENTAL.....	120
COMPOSICIÓN QUÍMICA.....	120
UNIÓN DE CÁLCULO AL DIENTE.....	120
MEDICIÓN CLÍNICA.....	121
TRATAMIENTO .....	121
2.6 HALITOSIS BUCAL.....	123
EPIDEMIOLOGÍA.....	123
FISIOPATOLOGÍA .....	124
ETIOLOGÍA .....	124
TIPOS DE MAL ALIENTO.....	125
HALITOSIS ORIGINADA POR MEDICAMENTOS.....	126
HALITOSIS IMAGINARIA .....	126



DIAGNÓSTICO.....	126
TRATAMIENTO .....	128
2.7 PÉRDIDA DENTAL .....	129
ETIOLOGÍA .....	130
FACTORES RELACIONADOS A LA PÉRDIDA DENTAL.....	130
TRATAMIENTO .....	134
CAPÍTULO 3 “ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES A PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD” .....	137
3.1 COLABORACIÓN CON LA SOCIEDAD CIVIL.....	137
3.2 GESTIÓN SOCIAL CON EMPRESAS DEL SECTOR PRIVADO.....	138
3.3 INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA EN CENTROS PENITENCIARIOS .....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	144
CONCLUSIÓN .....	156
RECOMENDACIONES.....	157

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 2 Gingivitis.....	9
Ilustración 3 Periodontitis.....	10
Ilustración 4 Bruxismo.....	11
Ilustración 5 Candidiasis bucal.....	13
Ilustración 6 Aftas bucales.....	14
Ilustración 7 Absceso periodontal.....	15
Ilustración 8 Angina de Ludwig.....	16
Ilustración 9 Traumatismo en la corona dental.....	18
Ilustración 10 Resto radicular.....	19
Ilustración 11 Restos radiculares.....	19
Ilustración 12 Aditamentos bucales.....	20
Ilustración 13 Infografía, salud bucodental.....	21
Ilustración 14 Cepillado Dental.....	22
Ilustración 15 Técnica circular o rotacional.....	23
Ilustración 16 Colocación correcta del cepillo.....	24
Ilustración 17 Método de cepillado de Stillman.....	26
Ilustración 18 Cepillado de la lengua.....	27
Ilustración 19 Uso del hilo dental.....	28
Ilustración 20 La salud bucal.....	35
Ilustración 21 PPL.....	43
Ilustración 22 Centro de Reinserción Social de Tenango de Valle.....	44
Ilustración 23 Nueva Sociedad / Pablo Cabrera 2007.....	45
Ilustración 24 Derechos de las PPL.....	47
Ilustración 25 PPL.....	48
Ilustración 26 Foto PPL cultura Penal Tenango del Valle.....	50
Ilustración 27 Derechos humanos.....	53
Ilustración 28 Derecho Humanos.....	54
Ilustración 29 Derechos Humanos.....	55
Ilustración 30 Derechos Humanos.....	57
Ilustración 31 Derechos Humanos.....	58
Ilustración 32 Derechos Humanos.....	59
Ilustración 33 Derechos Humanos.....	60
Ilustración 34 Principio de igualdad ante la ley.....	62
Ilustración 35 Derecho a jugar.....	63
Ilustración 36 Derechos del paciente.....	65
Ilustración 37 Foto Vacunas Covid PPL Penal Tenango del Valle.....	71
Ilustración 38 PPL.....	76
Ilustración 39 Foto Vacunas Covid PPL Penal Tenango del Valle.....	77
Ilustración 40 Foto Vacunas Covid PPL Penal Tenango del Valle.....	78
Ilustración 41 Higiene dental.....	80
Ilustración 42 Caries dental.....	82

Ilustración 43 Radiografía dental. ....	83
Ilustración 44 Caries dental. ....	87
Ilustración 45 Salud dental. ....	88
Ilustración 46 Caries dental. ....	89
Ilustración 47 Dolor por Caries Dental. ....	90
Ilustración 48 Caries Dental. ....	92
Ilustración 49 Caries dental. ....	95
Ilustración 50 Periodontitis. ....	99
Ilustración 51 Gingivitis. ....	104
Ilustración 52 Enfermedad periodontal. ....	105
Ilustración 53 Periodontitis. ....	108
Ilustración 54 Absceso periodontal. ....	110
Ilustración 55 Bruxismo. ....	113
Ilustración 56 Férula oclusal. ....	118
Ilustración 57 Calculo dental. ....	119
Ilustración 58 Curetaje. ....	121
Ilustración 59 Halitosis bucal. ....	123
Ilustración 60 Higiene dental. ....	128
Ilustración 61 Pérdida dental. ....	129
Ilustración 62 Prótesis dental. ....	134
Ilustración 63 PPL. ....	136
Ilustración 64 Campaña de salud en PPL. ....	137
Ilustración 65 Campaña de salud en PPL. ....	139
Ilustración 66 Campaña de salud en PPL. ....	140
Ilustración 67 Campaña de salud en PPL. ....	141
Ilustración 68 Campaña de salud en PPL. ....	143

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipos y niveles de prevención. ....	33
Tabla 2 Tipos y niveles de prevención y su relación con los períodos prepatogénicos y patogénicos y patogénicos del esquema de Leavell y Clark. ....	33
Tabla 3 Porcentaje de internos que responde quién le proporciona los siguientes bienes (2005). ....	45
Tabla 4 Etiología halitosis. ....	125

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el número de personas en prisión aumenta conforme al paso de los años. Al cierre de 2019, se estima que 11.7 millones de personas estaban detenidas en prisiones en todo el mundo (Pérez Luño, 2001, p. 17).

Esta población es comparable en tamaño a naciones enteras como Bolivia, Burundi, Bélgica o Túnez. Desde 2000, la población privada de la libertad ha aumentado más de 25% (p. 17).

La mayoría de las personas detenidas en prisión a nivel mundial son hombres (93%), pero en los últimos 20 años el número de mujeres en las prisiones ha aumentado a un ritmo más acelerado (33% de aumento) que el de los hombres (25%) (Pérez Luño, 2001, p. 17).

En México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía realizó la encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL) 2021, existen 67 584 personas privadas de la libertad (55,535 hombres y 12,049 mujeres).

La problemática de enfermedades bucales en personas privadas de su libertad (PPL), es amplia a nivel mundial, ya que intervienen factores como carencias de medicamento, instrumental, fomento de cultura bucal e higiene, entre otros, el problema cada vez más aumenta.

La salud bucal es un derecho que todos los seres humanos tienen entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada dentro de esta es el fomentar una cultura bucal, hábitos e higiene bucal y un trato justo y la prestación del servicio de salud deberá respetar los principios de: confidencialidad de la información médica, autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico-paciente.

En esta investigación se explora cómo es el estado de salud bucal en el Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle, en personas privadas de su libertad (PPL), dentro de los principales resultados predominó la enfermedad dental “caries” entre otras, y es de poco interés el cuidado bucal para las PPL.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con Pinzón, et. al, (2018), existe una demandante situación de salud bucal y salud en general de las PPL, por la falta de continuidad en los tratamientos, la mala calidad en la atención, pertinencia médica, la falta de detección temprana de la enfermedad y el hacinamiento, que pasan a ser factores que agudizan las malas condiciones de salud de esta población, y crean un escenario demandante de servicios profesionales, demostrando en contexto que a nivel nacional e internacional los centro carcelarios son un sistema que no garantizan sus acciones administrativas ante los prestadores de servicios de salud y los derechos de esta población (p. 2).

Con todo lo anterior testimonios el estado de salud bucal en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, presenta contrariedades, ya que una persona que lleva año y medio de ingresar en el penal, es decadente debido a la falta de atención odontológica, insumos de medicamentos y la falta de personal odontológico de diversas especialidades dentales, mientras que para otra persona privada de su libertad que lleva 15 años en el penal, el servicio de odontología lo cataloga eficiente ante sus necesidades bucales.

Desde mi perspectiva personal de acuerdo con el conocimiento que adquirí ante mi proyecto de tesis, el servicio bucal en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle es de carácter vulnerable ante la necesidad de un servicio odontológico adecuado para la prevención de enfermedades dentales, ya que las personas privadas de su libertad son susceptibles a la no detección temprana de enfermedades bucales y a el tratamiento conciso, debido a el encarcelamiento en el que viven.

## JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de tesis tiene como propósito conocer las condiciones de salud bucal de las personas privadas de su libertad con la finalidad de hacer visible a este grupo en condiciones de vulnerabilidad y la atención odontológica brindada específicamente en el Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle, por lo que tiene relevancia social en el ámbito de las ciencias odontológicas.

En la investigación se identifican cuáles son las principales enfermedades bucodentales que se presentan con mayor incidencia en esta población y cómo prevenirlas, ya que las inadecuadas prácticas de higiene bucal pueden desencadenar patologías, las cuales si no se tratan a tiempo y adecuadamente causan complicaciones como: gingivitis, enfermedad periodontal, abscesos, comunicación pulpar por caries, fracturas, movilidad grado III, recesiones gingivales o llegar al punto de perder el órgano dentario u órganos dentarios. Por ello se considera importante aplicar estrategias y medidas para fomentar la salud bucal en dichas personas y motivarlos para preservar su salud.

De este manera, con esta investigación se benefician las personas del Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle, porque conforme a los resultados obtenidos de este análisis se propondrá un plan de tratamiento y de prevención odontológica, para fortalecer la atención al tema y contribuir a un trato justo a todas las personas para concientizar al personal involucrado en la atención odontológica en el Centro de Reinserción Social que como dicta la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2018).

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las condiciones generales en las que se encuentra el sistema penitenciario en México, han derivado una insuficiencia de recursos financieros, humanos, materiales y de instalaciones para poder ofrecer un servicio integral de calidad a las personas que se encuentran privadas de la libertad, situación que se ve reflejada según testimonios de algunos informantes del Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle, quienes describen al sistema de atención odontológica como deficiente, debido a que solo se les brinda la atención hasta que hay presencia de dolor o alguna urgencia y la escases de fármacos también se considera parte del problema, por ello se puede argumentar que existen complicaciones para acceder de manera efectiva al derecho a la protección de la salud, ya que existen límites en el acceso y la cobertura a los servicios odontológicos.

En la Constitución de los Estado Unidos Mexicanos en el artículo 4° declara el derecho a la protección de la salud y de acuerdo con la Ley General de Salud, en su artículo 2°, se establecen las finalidades del derecho a la protección de la salud para las personas en internamiento penitenciario; por lo cual el Estado está obligado a garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas privadas de la libertad y por ello tener en todo momento un conocimiento razonable del estado de salud de las personas que se encuentran bajo su régimen de sujeción especial, donde la falta de presupuesto o de personal no puede eximirle del cumplimiento de esa responsabilidad, en México, INEGI realizó la encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL) 2021, existen 67 584 personas privadas de la libertad (55,535 hombres y 12,049 mujeres).

Según el Comité de Derechos Humanos de la ONU, “la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados”.

Por lo tanto esta tesis tiene como pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado de salud bucal de las personas privadas de su libertad en el Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle?



## **HIPÓTESIS**

La hipótesis de esta investigación es si la insuficiencia de recursos dentro del Centro de Reinserción Social puede ser uno de los factores que contribuyen a que la atención odontológica sea deficiente y por ende exista un aumento en el índice de enfermedades bucodentales.

## **OBJETIVOS**

### *GENERAL*

Conocer el estado de salud bucal en personas privadas de su libertad en el Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle.

### *ESPECÍFICO*

Describir a la población del Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle para conocer su estado de salud bucal.

Identificar las condiciones de salud bucal en el contexto penitenciario considerando los determinantes sociales de la salud.

Proponer estrategias de atención a personas privadas de su libertad del Centro de Reinserción Social, para fomentar una cultura de la prevención de enfermedades bucales.

## MARCO TEÓRICO

### CENTRO PENITENCIARIOS Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

Dicho con palabras de la Subsecretaría de Control Penitenciario del Estado de México (2021), los Centros Penitenciarios y de Reinserción Social “son instituciones encargadas de albergar, custodiar y asistir a aquellas personas puestas a disposición por la autoridad judicial, ya sea por reclusión preventiva, tratándose de procesos penales o prisión punitiva de sentenciados para el cumplimiento de las penas, a través de la ejecución impuesta en las sentencias judiciales, cuyo propósito es la reinserción social del individuo privado de su libertad, atendiendo en todo momento los principios de defensa, seguridad jurídica, legalidad, vida digna y ética social, con respeto absoluto a sus derechos fundamentales” (p.1).

### CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL (CERESO)

Es la institución responsable del “internamiento de las personas que por motivo de su conducta antisocial tienen que cumplir una pena de carácter privativo de la libertad” (Ochoa et. al, 2020, p.3).

### CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES

Es el área especializada que tiene por objeto, cumplir y ejecutar las resoluciones dictadas por el Órgano Jurisdiccional, relativas a la privación o restricción de la libertad corporal de los adolescentes y adultos jóvenes responsables de la comisión de un hecho señalado como delito (Ochoa et. al, 2020, p.1).

### SALUD

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948, p.8), salud se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

## SALUD BUCAL

De acuerdo con la OMS, la salud bucodental se define como un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial (OMS, 2003, p.3).

Como dice Cantillo García et. al, (2011), la salud bucal es parte integral de la salud en general. Un individuo con presencia activa de enfermedad no puede considerarse completamente sano (p.2).

## TRASTORNOS DE SALUD BUCAL

### CARIES DENTAL

Para Núñez, et. al, (2010), la caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo (p.2).

Ilustración 1 Triada etiológica.



FUENTE: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Caries Dental: Concepto y etiología - PORTAFOLIO DE DEBP

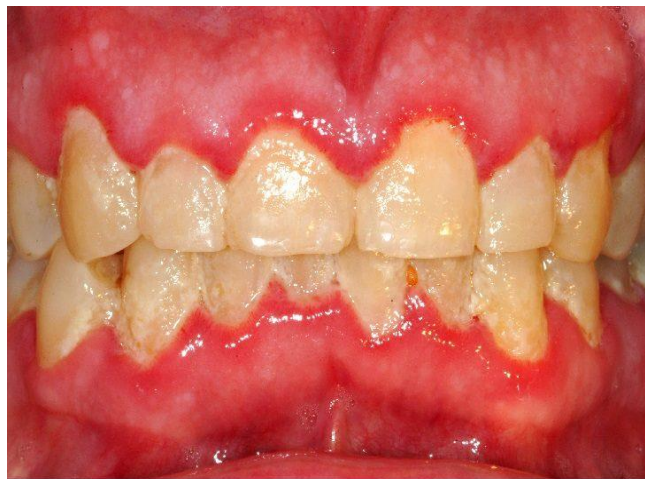
La caries dental es un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros (Núñez et. al, 2010, p.3).

## GINGIVITIS

La gingivitis es la inflamación de la encía por acúmulo de placa dental, sin afectación de la estructura de sujeción del diente, que produce sangrado al cepillado. Se trata de un proceso frecuente en adultos, apareciendo hasta en un 50% de ellos, pero reversible con tratamiento (Del Campo et. al, 2018, p.2).

Dicho con palabras de Ninoska (2016), “se caracteriza por un proceso inflamatorio que cursa con alteración clínica de la encía en relación al color, forma, tamaño, textura y consistencia, sin alteración de las estructuras de soporte del diente, ésta es ocasionada por el biofilm que se acumula en la superficie dentaria adyacente al tejido gingival” (p.3).

**Ilustración 2 Gingivitis.**



**FUENTE:** Care, D. D. (2018). What is gingivitis? Explained here. <https://www.divinedentalcare.com.au/what-is-gingivitis/>

## PERIODONTITIS

Como dice Del Campo y sus colaboradores (2018), es una enfermedad inflamatoria progresiva de las estructuras de sostén del diente, incluyendo ligamento periodontal, cemento y el hueso alveolar, lo que conlleva a la formación de bolsas periodontales o surcos profundizados patológicamente entre la encía y la raíz del diente, que finalmente conduce a la pérdida de dientes (p.2).

Se caracteriza por ser irreversible, según la pérdida ósea, la periodontitis se clasifica como: inicial (pérdida de la cresta ósea inferior al 20% de la longitud de la raíz dentaria), moderada (pérdida ósea superior al 20% e inferior al 50%) y avanzada (pérdida ósea superior al 50%), siendo en esta última fase cuando el diente presenta movilidad importante y su pronóstico es malo, estando indicada en muchas ocasiones la extracción dental (p.2).

**Ilustración 3 Periodontitis.**



**FUENTE:** Comité editorial medicina preventiva. info. (2016, octubre 9). La gingivitis y la periodontitis están causadas por bacterias diferentes. Medicina Preventiva Santa Fe. <https://medicinapreventiva.info/enfermedades-infecciosas/28292/la-gingivitis-y-la-periodontitis-estan-causadas-por-bacterias-diferentes-por-linternista/>

Sus síntomas son el sangrado de encías, recesiones gingivales, movilidad del diente o hipersensibilidad dentaria a estímulos como el calor o el frío (López Garvi et. al, 2007, p.2).

## BRUXISMO

Apocada Lugo (2004), describe que el bruxismo “hace referencia al hábito que se caracteriza por hiperfunción muscular masticatoria que lleva al apretamiento y rechinar de dientes con el consiguiente desgaste y alteración de la relación oclusal” (p.60).

Las superficies oclusales se aplanan, los bordes incisales se desgastan y las guías para los movimientos posteriores del maxilar inferior, lo mismo que para los movimientos anteriores, se alteran considerablemente (p.60).

Para Casassus, et. al, (2007), el bruxismo es considerado como “un trastorno del movimiento en el sistema masticatorio, caracterizado entre otras cosas por el apriete y rechinar dentario durante el sueño o vigilia” (p. 2).

Ilustración 4 Bruxismo.



**FUENTE:** (S/f). Saludvidasana.com. Recuperado el 19 de marzo de 2022, de <https://www.saludvidasana.com/2019/07/bruxismo-sepa-cuales-son-sus.html>

## HALITOSIS

Empleando las palabras de Hechavarría Martínez y colaboradores (2014), la halitosis es el olor desagradable procedente del aliento de una persona y constituye un problema social asociado frecuentemente a una mala higiene bucal o a enfermedades de la cavidad bucal, pero también puede indicar afecciones sistémicas severas que necesitan diagnóstico y tratamiento específicos (p.2).

Es una condición desagradable que da inseguridad, avergüenza y afecta las relaciones con los demás. No siempre el individuo que lo padece lo percibe, pero las personas con las que se relaciona siempre lo notan (p.2).

A continuación se describen las principales causas según Hechavarría Martínez:

- **CAUSAS BUCALES:** enfermedad periodontal, estomatitis, faringitis y tumores; la higiene bucal deficiente; reconstrucciones dentales deterioradas; enfermedad crónica periodontal y gingivitis; absceso dentario (p.3).
- **CAUSAS EXTRABUCALES:** enfermedades digestivas, enfermedades respiratorias, enfermedades neurológicas, enfermedades sistémicas (p.3).

## CANDIDIASIS ORAL

Dicho con palabras de Rebolledo (2018), “los hongos son reconocidos como patógenos oportunistas que causan diversidad de infecciones en los humanos, especialmente en pacientes que presentan inmunosupresión” (p.4).

De acuerdo con Estrada et. al, (2015), la candidiasis, sinónimo de candidiasis, es un agente micótico considerada una levadura oval; la cual causa una infección dentro de la cavidad oral. Se produce por un hongo del género Cándida que pertenece a la familia Cryptococcaceae, siendo considerada la especie albicans como patógena por producir enfermedades (p.3).

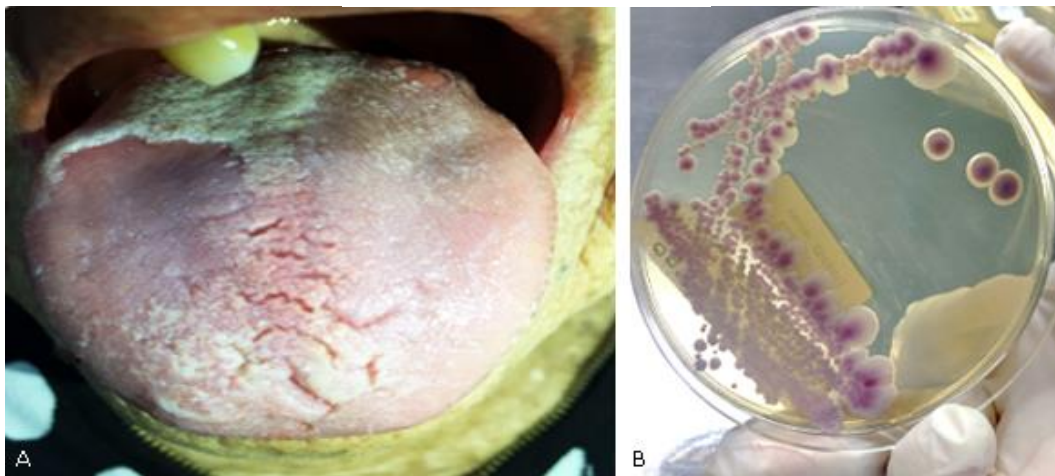
Dentro de los hongos oportunistas más significativos para la cavidad bucal se encuentra el género Cándida, un hongo levaduriforme, que hace parte de la microbiota bucal, que ante procesos que comprometen el sistema inmune prevalece generando cambios en la mucosa, haciéndola más delgada, suave y

seca; así origina una mayor vulnerabilidad a procesos infecciosos crónicos. La especie de mayor frecuencia informada en la literatura es la *Cándida albicans* que produce una infección cosmopolita denominada candidiasis bucal, la cual es de presentación súbita, seguida de periodos de evolución prolongados y en algunas puede diseminarse al torrente sanguíneo (Rebolledo et. al, 2018, p. 4).

## AFTAS

Quemadura es el significado etimológico del término griego *aphtay* que ha dado

**Ilustración 5 Candidiasis bucal.**



**FUENTE:** al., R. C. et. (2018, julio 9). Candidiasis bucal en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/journal/3786/378662239018/>

lugar a la denominación “aftas”. Este es el término con el que actualmente se conoce un tipo de lesiones benignas que afectan el epitelio de la mucosa oral, de tipo vesícula ulceroso (Bonet et. al, 2015, p. 1).

Para Bonet (2015), su localización es superficial y aparecen en la mucosa bucal móvil: superficie interna de las mejillas y labios, bordes y dorso de la lengua, paladar blando y base de las encías. Impactan negativamente sobre la calidad de vida del paciente por el alto grado de dolor y discomfort que generan en el desarrollo normal de la actividad cotidiana (hablar, comer, beber o bostezar) (p.1).



Ilustración 6 Aftas bucales.



**FUENTE:** Puente, B. (2017, diciembre 12). *¿Qué son las molestas aftas bucales o úlceras aftosas?* Línea y Salud. <https://www.lineaysalud.com/enfermedades/aftas-bucal>

## CARACTERÍSTICAS

Las lesiones aftosas son redondeadas u ovals, con bordes bien definidos y elevados en forma de cráter, localizadas sobre una base inflamatorio-eritematosa. La exudación de fibrina en la zona lesionada es la responsable del color blanco grisáceo o amarillento característico del área central del afta (Bonet y colaboradores, 2015, p. 1).

## ABSCESOS

Desde el punto de vista de la Universidad Nacional de Colombia (2017), “los abscesos son la colección de material purulento que contiene tejido necrótico, bacterias y glóbulos blancos muertos”. El absceso se desarrolla posterior al estadio de celulitis, presentando fluctuación del área localizada, este tipo de infecciones también tienen la capacidad de propagación hematógica debido a la alta vascularidad de las estructuras de cabeza y cuello, permitiendo que las infecciones se diseminen a la órbita, el cerebro y la columna vertebral (p. 13).

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Deformación de contorno bien delimitada (p. 13).
- Fluctuante a la palpación (p. 13).
- Zona eritematosa relacionada (p. 13).
- Dientes relacionados muestran pruebas de Vitalidad negativas (p. 13).
- Adenopatías regionales dolorosas (p. 13).

**Ilustración 7 Absceso periodontal.**



**FUENTE:** Abnormal Art. (s/f). Fine Art America. Recuperado el 21 de marzo de 2022, de <https://fineartamerica.com/art/abnormal>

## IDENTIFICACIÓN DE LA ALTERACIÓN

Se caracteriza principalmente por la presencia de inflamación bien localizada y delimitada, dolor localizado, fluctuante a la palpación, con presencia de fistula o drenaje de material purulento, menor compromiso de la función, paciente refiere un curso mayor de 5 días de historia de la infección (Universidad Nacional de Colombia, 2017, p.13).

## ANGINA DE LUDWIG

Para Chaple, et. al, (2020), la angina de Ludwig constituye una de las infecciones de los tejidos blandos del cuello y piso de la lengua con más ingresos en las unidades de cuidados intensivos, por su compromiso de la vía aérea y las complicaciones por shock séptico. La incidencia es mayor en la población adulta, y con el uso de antibióticos de última generación, su incidencia ha disminuido. Una de las causas más frecuentes es la presencia de un foco odontogénico, como los abscesos, principalmente en el segundo y el tercer molar (p.1).

Por otro lado, como dice Quintero K. (2019), “la angina de Ludwig o flemón difuso hiperséptico y gangrenoso de piso de boca, es una patología de tejidos blandos”. Se caracteriza por celulitis de los espacios submentonianos, submandibular y sublingual que representa una urgencia en cirugía Bucal y Maxilofacial por su evolución rápida a gangrena y diseminación que compromete estructuras vitales de la región cervical desencadenando alto riesgo vital debido a la obstrucción de la vía aérea provocando asfixia y muerte o en algunos casos, obliteración o ruptura de grandes vasos (p.1).

**Ilustración 8 Angina de Ludwig.**



**FUENTE:** (S/f-b). Odontologiavirtual.com. Recuperado el 21 de marzo de 2022, de <https://www.odontologiavirtual.com/2012/04/angina-de-ludwig-infeccion-mortal.html>

## TRAUMATISMOS DENTALES

Herrada, et. al, (2012), los traumatismo dentales representan uno de los más serios problemas de salud pública y el manejo de estas lesiones es una fuente constante de dificultades para el clínico, debido a la complejidad del diagnóstico y el tratamiento adecuado (p.1).

Las lesiones traumáticas pueden ser no intencionadas o intencionadas dando como resultado traumatismos directos e indirectos (p.1).

Herrada et. al, (2012), menciona que “los factores que determinan las características de las lesiones son: la fuerza del golpe, la elasticidad y forma del objeto que golpea, el ángulo direccional de la fuerza que golpea, si el trauma es

simple o múltiple, y la resistencia de las estructuras de sostén, y los factores determinantes previos son: la maloclusión y la ausencia de protección natural de los incisivos centrales superiores, el menor nivel socioeconómico, los aparatos de ortodoncia que pueden originar lesiones de los tejidos blandos cuando se produce el traumatismo, las situaciones médicas de carácter agudo” (p.1).

A continuación se menciona la clasificación de las lesiones según la UNAM, FES IZTACALA (2015) p.1.

#### TEJIDOS BLANDOS

- Laceraciones.
- Contusiones.
- Abrasiones.

#### FRACTURAS DENTARIAS

- Fracturas del esmalte.
- Fracturas de la corona: no complicadas.
- Fracturas de la corona: complicadas.
- Fracturas de corona y raíz.
- Fracturas radiculares.

#### LESIONES POR LUXACIÓN

- Concusión dentaria.
- Subluxación.
- Luxación con extrusión.
- Luxación lateral.
- Luxación con intrusión.
- Avulsión.

#### LESIONES DE LOS HUESOS DE LA CARA

- Apófisis alveolar: maxilar o mandíbula.
- Cuerpo del hueso maxilar o mandibular.
- Articulación temporomandibular.

**Ilustración 9 Traumatismo en la corona dental.**



**FUENTE:** Buffa, V. E. (2021, mayo 26). Traumatismo dental: ¿qué es y qué tipos existen? Mejor con Salud. <https://mejorconsalud.as.com/traumatismo-dental-tipos/>

## RESTOS RADICULARES

Dicho por Gay Escoda, et. al, (2011), los restos radiculares como el propio nombre indica son fragmentos de raíz dental que permanecen en la cavidad oral sin realizar ninguna función (p. 249).

La presencia de restos radiculares en los maxilares de los pacientes es un hecho muy frecuente en la praxis diaria, por motivos muy diversos de entre los que destacamos: la poca o nula educación sanitaria de los ciudadanos, la mínima preocupación que muestran las Administraciones Públicas por la salud bucal de sus administrados tanto en sus aspectos preventivos como curativos, etc. Todo ello da como resultado un desinterés generalizado por la salud bucal que hace tan frecuente ver bocas sépticas llenas de restos radiculares (p. 249).

**Ilustración 10 Resto radicular.**



**FUENTE:** Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés, Tratado de cirugía Bucal (2011).

**Ilustración 11 Restos radiculares.**



**FUENTE:** Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés, Tratado de cirugía Bucal (2011).

**(A)** Resto radicular del 15.

**(B)** La radiografía evidencia las características del resto radicular (descalcificación de la corona, diente desvitalizado, etc.) y su íntima relación con el seno maxilar.

## **CUIDADOS DE SALUD BUCAL**

La Secretaria de Salud (2015), “describe que la salud bucodental se refiere a la ausencia de: caries dental, pérdida de dientes, dolor crónico en la cavidad bucal o cara, cáncer oral o garganta, llagas bucales y otras enfermedades que afectan a la cavidad bucal” (p.1).

## HIGIENE BUCODENTAL

La placa dentobacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades dentales más frecuentes: caries y periodontopatías. Por eso es fundamental eliminarla mediante los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encías y lengua.
2. Uso de medios auxiliares: hilo dental.
3. Pasta dental o dentífrico.
4. Clorhexidina.

Ilustración 12 Aditamentos bucales.



**FUENTE:** CI, I.-W. I. (2019, marzo 20). Día Mundial de la Salud Bucal. Odontología UC.  
<https://odontologia.uc.cl/noticias/dia-mundial-de-la-salud-bucal/>



FUENTE: Secretaría de prevención y promoción de la salud (2015).



## CEPILLADO

Empleando las palabras de Higashida (2009), el cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
3. Estimular los tejidos gingivales.
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental (p.145).

**Ilustración 14 Cepillado Dental.**



**FUENTE:** AdminVive. (2020, octubre 1). ¿Cómo tu salud bucal puede salvar tu vida? Revista Vive.  
<https://revistavive.com/salud-bucal-puede-salvar-tu-vida/>

## TÉCNICA CIRCULAR O ROTACIONAL

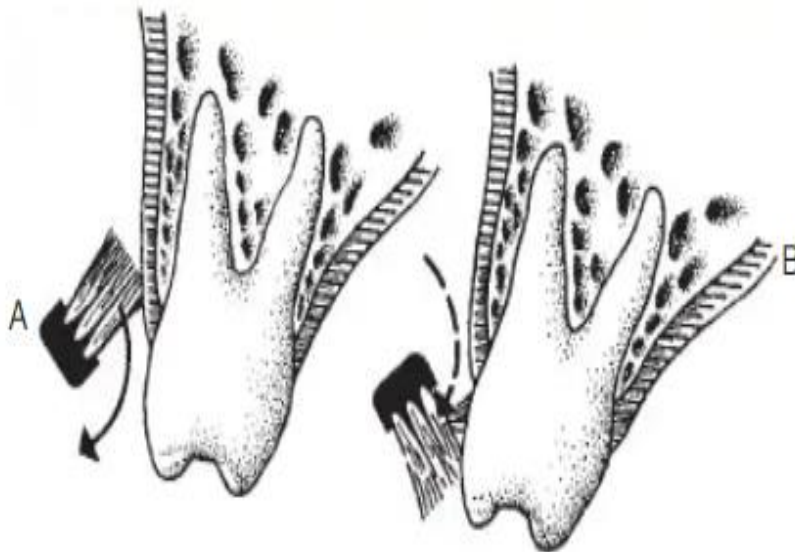
Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo; las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud, como si se barriera con una escoba. De ese modo, las cerdas pasan por la encía, siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la

superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario cuidar que pasen por los espacios interproximales (Higashida, 2009, p.146).

Por otro lado, en las superficies linguales de los dientes anteriores, el cepillo debe tomarse de manera vertical. Las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo (p.146).

Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) y cada una de éstas tiene dos caras (lingual y vestibular o labial). Las zonas a cepillar son 24, y se recomienda realizar ocho a 12 cepilladas por zona, lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas (p. 146).

**Ilustración 15 Técnica circular o rotacional.**



**FUENTE:** Higashida, Odontología Preventiva y salud pública. 2009

**A,** Se colocan las cerdas en dirección apical sobre la encía.

**B,** Se desplazan las cerdas con movimiento de barrido sobre los dientes desde la encía hasta la superficie oclusal o incisal.

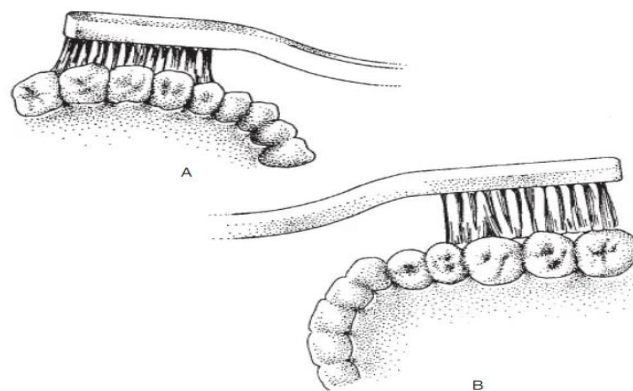
**TÉCNICA DE BASS**

Según Higashida (2009), esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca del tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila (maxilar superior) y hacia abajo en la mandíbula (maxilar inferior) formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival (p.147).

Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área. Si al cabo de esos movimientos el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras (vestibulares o linguales) de los dientes, se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerdas indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados (p.147).

El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presionen surcos y fisuras y con movimientos cortos antero-posteriores (p.147).

**Ilustración 16 Colocación correcta del cepillo.**



**FUENTE:** Higashida, Odontología Preventiva y salud pública. 2009

**A,** Colocación correcta del cepillo.

**B**, Colocación incorrecta. Las puntas del cepillo comprimen contra los dientes pero no pasan por los espacios interproximales.

### TÉCNICA DE CHARTERS

Higashida (2009), indica que “el cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales” (p.147).

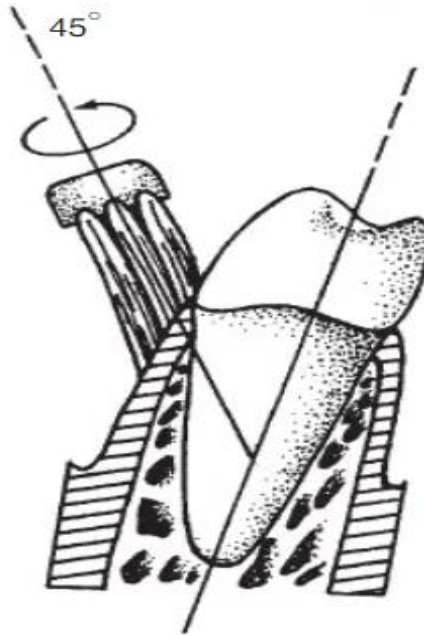
Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas.

El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. La técnica de Charters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas (Higashida, 2009, p.148).

### TÉCNICA DE STILLMAN

Como afirma Higashida (2009), “las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidas hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios” (p.148).

### Ilustración 17 Método de cepillado de Stillman.



FUENTE: Higashida, Odontología Preventiva y salud pública. 2009.

#### TÉCNICA HORIZONTAL

Higashida (2009), describe que “las cerdas del cepillo se colocan perpendiculares a la corona y el cepillo se mueve hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es útil en la primera dentición por las características anatómicas de los dientes; sin embargo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y dañar la unión amelo cementaria” (p.148).

#### CEPILLADO DE LA LENGUA

El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos.

La técnica correcta para cepillar la lengua consisten colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia adelante, y el movimiento se repite seis a ocho veces en cada área. El uso de dentífrico permite obtener mejores resultados (Higashida, 2009, p.150).

### Ilustración 18 Cepillado de la lengua.



**FUENTE:** OP: Por que tenho que escovar a língua? (2019, agosto 16). Odontologia do Povo.  
<http://odontologiadopovo.com.br/noticias/op-por-que-tenho-que-escovar-a-lingua/>

## MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL

### HILO DENTAL

En la opinión de Higashida (2009), el hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entraren contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera o sin cera, con flúor y con sabor a menta (p.150).

Para Marcelino (2011), el hilo dental de nylon puede estar o no encerado, y existen una gran variedad de sabores. Puesto que este tipo de hilo dental está compuesto por muchas hebras de nylon, a veces se desgarran o deshílacha, especialmente entre los dientes con puntos de contacto apretados. El uso correcto del hilo dental elimina la placa y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Como la acumulación de placa puede provocar caries y enfermedades de las encías, se recomienda el uso diario de hilo dental (p.9).

Higashida (2009), propone que para usar el hilo dental, se extraen del rollo más o menos 60 cm y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano (p.150).

Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental. También es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 cm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos (p.150).

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual. A continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado, y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos índices (Higashida 2009, p.151).

#### Ilustración 19 Uso del hilo dental.



1) Tomando unos 45 cm (18") de hilo dental, enrolle la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm (1 ó 2") de hilo para trabajar.



2) Sostenga el hilo dental tirante entre los dedos pulgares e índices, y deslícelo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes.



3) Curve el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose que pase por debajo de la encía. Nunca golpee ni force el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival.

4) Utilice secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente.

5) Para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes.

**FUENTE:** Marcelino, Manual de técnicas de higiene bucal (2011).

## DENTÍFRICO O PASTA DENTAL

Dicho con palabras de Higashida (2009), el dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes.

Algunos dentífricos contienen sustancias desensibilizadoras, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema. Otro componente importante es el fluoruro, que puede ser de sodio o estaño, o monofluorofosfato de sodio (MFP); pero independientemente del tipo adicionado, todos contienen la misma cantidad del iones decir, 0.1% o 1 000 partes por millón (ppm). Se recomienda usar poca cantidad de dentífrico para evitarla ingestión excesiva de fluoruro en caso de consumo accidental (p.155).

Es importante destacar, sin embargo, que sin un buen método de cepillado, la acción de los dentífricos es ineficaz (Marcelino, 2011, p. 7).

## CLORHEXIDINA

Higashida (2009), describe que la clorhexidina es uno de los agentes químicos más eficaces para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, al esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes ocho a 12 horas; esta propiedad se denomina sustantividad (p.155).

El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza cada 12 horas en colutorio o en juagatorio durante 30 a 60 segundos, inmediatamente después de la limpieza bucal (p.155).

El paciente debe saber que no ha de deglutir la solución ni consumir líquidos o alimentos durante los 30 minutos siguientes para lograr su máxima eficacia. Sólo debe indicarse a pacientes con enfermedad periodontal, irradiados en cara o cuello, contratamiento ortodóntico, con antecedentes recientes de tratamiento



quirúrgico bucal o incapacitados para seguir una higiene bucal adecuada (Higashida, 2009, p.155).

## NIVELES DE PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

Cualquier profesional de la salud debe tener como objetivo prevenir la aparición de enfermedades y sus posibles complicaciones. Por lo tanto, el dentista u odontólogo promoverá la prevención concienciando a los pacientes de la necesidad de cooperar en el cuidado de la boca con hábitos saludables (Quintero Leites y colaboradores, 2017, p. 3).

## PREVENCIÓN

Dicho con palabras de Quintero Leites y colaboradores (2017), el término “prevención” se define como las acciones orientadas a la erradicación, eliminación y minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad; incluye medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas (p.3).

Para González Bertot, et. al, (2011), la prevención puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta a la enfermedad, a ella van dirigidos todos los esfuerzos por poner barrera al avance de la enfermedad en todos y cada uno de sus estadios. Se hace necesario que los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar los enfermos sino fomentar la salud de las personas (p.6).

La cavidad bucal es una parte fundamental del cuerpo, tenerla sana es muy importante para poder masticar, hablar y lucir bien, pero su descuido, puede afectar a todo el organismo; por estas razones, la boca es una ventana que permite a un dentista hábil hacer una evaluación de la salud en general (Cáceres Fernández A. 2011, p. 4).

Para Capote Fernández, et. al, (2012), las enfermedades bucales devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad, en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre

la calidad de vida de la población. La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud, respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, malos hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otras (p.48).

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Desde el punto de vista de Hechavarria Martínez (2013), la educación para la Salud representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarlos a modificar su comportamiento. En general, pretende hacerles adquirir y conservar hábitos de vida sanos, enseñarles a utilizar adecuadamente los servicios sanitarios de los que disponen y conducirlos a tomar por sí mismos, individual y colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y de la salubridad del medio en el que viven (p.3).

Para lograr los objetivos de la educación para la salud es importante conocer las actitudes, puesto que sobre la base de ellas, se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que se desarrolle en los individuos, así como en las poblaciones (Hechavarria Martínez, 2013, p.3).

Diferentes textos declaran que existen tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

**PRIMARIA:** Se basa en la educación a la población, sensibilizando a la higiene, en edades tempranas, jóvenes, adultos, en los colegios, en las familias, entre todas las personas que aún no presenten una enfermedad bucal, es un trabajo para la sociedad completa, con el fin de evitar que la enfermedad aparezca. Se pueden tomar medidas como la fluoración del agua en el abastecimiento de la población, es un mecanismo general para la prevención de caries (Villanueva Collins, 2020, p.1).

**SECUNDARIA:** Actúa cuando la primera ha fallado. La enfermedad ya está presente. Aquí el trabajo consiste en interrumpir la enfermedad con tratamientos específicos. Para un correcto control, el Profesional debe realizar un adecuado diagnóstico y así, proceder a un control correcto (Villanueva Collins, 2020, p.1).

**TERCIARIA:** Se lleva a cabo cuando las dos anteriores no lograron sus objetivos o la enfermedad ya está establecida, y puede surgirle al paciente una enfermedad de mayor gravedad, aplicando la prevención a mayores males con procedimientos más complejos (Villanueva Collins, 2020, p.1).

La prevención primaria es considerada como aquella que realiza las acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad, además de reducir el riesgo de nuevos casos; incluye la promoción de salud y las acciones específicas (p.1).

Las acciones y programas de promoción de salud son de prevención primaria, así lo señala (Jenkins, 2005, p.2).

El mismo autor describe la denominada prevención primordial, que se refiere a las medidas poblacionales establecidas por algunos gobiernos, como el añadir yodo a la sal de consumo, o limitar y legislar la cantidad de gases contaminantes posibles emitidos por los vehículos que circulan y, de no cumplir los estándares, se les deniega el permiso de circulación (p.2).

Contreras A (2016), correlaciona el término prevención primordial con las enfermedades periodontales, con muy interesantes aportes acerca del estrecho vínculo entre la promoción de la salud general y la salud bucal, y enfatiza en que la prevención primordial es una estrategia para prevenir que todas las sociedades experimenten epidemias de factores de riesgo. Agrega que la salud general y bucal debe integrarse a los servicios de salud, a las personas, al sector educativo, a la alimentación y al comercio, pues resulta importante promover la salud y controlar los factores de riesgo en el ciclo vital (p.193).

Estas medidas poblacionales, unidas a otros ejemplos de cómo evitar la aparición de algunas afecciones, corresponden a la prevención primaria, y se encuentran en el período prepatogénico, junto a la protección específica (p.193).

Resulta vital esclarecer que la prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención, ya sea en un programa de prevención primaria, como las inmunizaciones en el primer nivel, hasta la prevención de escaras en un tercer nivel de atención (Quintero Fleites, 2017, p.4).

Existen tres tipos y cinco niveles de prevención; otros autores describen tres niveles que se corresponden con los tipos:

**Tabla 1 Tipos y niveles de prevención.**

<b>Tipos de prevención.</b>	<b>Niveles de prevención.</b>
Prevención primaria.	1. Promoción de salud. 2. Protección específica.
Prevención secundaria.	3. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. 4. Limitación del daño.
Prevención terciaria.	5. Rehabilitación.

**FUENTE:** Quintero Fleites et. al, la promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria, 2017.

**Tabla 2 Tipos y niveles de prevención y su relación con los períodos prepatogénicos y patogénicos y patogénicos del esquema de Leavell y Clark.**

<b>Período prepatogénico.</b>	<b>Período patogénico.</b>
<b>Interacción de factores de riesgo.</b>	<b>CLÍNICO.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Agente.</b></li> </ul>	<b>HORIZONTE CLÍNICO.</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Huésped.</b></li> <li>• <b>Ambiente.</b></li> </ul>		<b>SUBCLÍNICO.</b>		
<b>Prevención primaria.</b>		<b>Prevención secundaria.</b>		<b>Prevención terciaria.</b>
<b>Promoción de salud.</b>	<b>Protección específica.</b>	<b>Diagnóstico precoz.</b>  <b>Tratamiento oportuno.</b>	<b>Limitación del daño.</b>	<b>Rehabilitación.</b>
<b>FUENTE:</b> Quintero Fleites et. al, la promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria, 2017.				

Se puede observar la historia natural y social de la enfermedad y sus niveles de prevención, donde se destacan dos períodos: prepatogénico y patogénico, descritos por Leavell y Clark; en el primero, en la parte inferior de la figura, se coloca la prevención primaria, que incluye dos segmentos: uno para la promoción de salud y otro para la protección específica.

Para Villanueva Collins, 2020, entre las medidas de prevención se destaca:

- **HIGIENE BUCAL DIARIA:** Para evitar el desarrollo de enfermedades bucales. La rutina de higiene consta de tres cepillados al día de dos minutos, o después de cada comida, acompañado de un enjuague bucal y el uso de hilo dental para limpiar los espacios interproximales (entre los dientes), donde no llega el cepillo.
- **DIETA SANA:** Basada en alimentos con bajo contenido de azúcar, alimentos ricos en calcio.
- **EVITAR HÁBITOS PERJUDICIALES:** Como el tabaquismo, el alcohol, son factores que provocan la sequedad bucal favoreciendo la placa bacteriana, y así mismo, las enfermedades bucales.

- **LIMPIEZA DENTAL:** Se encarga de remover la placa bacteriana o el sarro que afecta los dientes, y que es recomendada cada seis meses.
- **VISITAS PERIÓDICAS AL ODONTÓLOGO:** son muy importantes, permiten aplicar a tiempo los tratamientos preventivos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Ilustración 20 La salud bucal.

## #SaludBucal

La **salud bucal** es la **ausencia de enfermedades** y trastornos que **afectan la cavidad bucal** y constituye un problema de salud pública; su importancia radica en su prevalencia, severidad y costo del tratamiento.

**Enfermedades bucodentales más comunes:**



**Caries dental**



**Enfermedad periodontal**  
*(afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes).*

**Prevención de enfermedades bucodentales:**



*Lleva una dieta equilibrada para reducir la caries dental y la pérdida prematura de dientes.*



*Lávate los dientes 3 veces al día para mantener la higiene en dientes, lengua y encías.*



*Deja de fumar y reduce el consumo de alcohol para disminuir el riesgo de padecer cáncer en la cavidad bucal, enfermedad periodontal y pérdida de dientes.*



*Reduce consumo de azúcares.*



*Consume frutas y verduras para protegerte contra el cáncer de la cavidad bucal.*



*Promueve hábitos de higiene bucal desde las edades tempranas.*



*Visita al dentista cada seis meses para realizar revisiones periódicas*

**Salud bucodental en el mundo:**

*Entre el 60% y 90% de niños y niñas en edad escolar de todo el mundo tienen caries dental.*

*90% de la población padecerá enfermedades bucodentales en algún momento de su vida.*

*La caries está contemplada dentro de las 50 enfermedades más frecuentes.*



FUENTE: OMS, Secretaria de prevención y promoción de la salud.

## **MARCO JURÍDICO**

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 18, párrafo segundo, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en la fracción XII, del artículo 6º, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que le faculta para supervisar el respeto a los derechos humanos en el Sistema Penitenciario del país ; así como en la fracción VIII del mismo numeral, que prevé como atribución específica, el proponer a las diversas autoridades del país en el exclusivo ámbito de sus competencias, promuevan las modificaciones normativas y las prácticas administrativas que garanticen una mejor y más amplia protección de los derechos humanos (CNDH, 2015, p.1).

### **ARTÍCULO 1º DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

Según la (CNDH, 2021), el artículo 1º habla respecto a que todas las personas gozan de los Derechos Humanos reconocidos en ella y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, lo cual incluye a las personas procesadas o sentenciadas que se encuentran en prisión (p.1).

### **ARTÍCULO 18 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

Regula el Sistema Penitenciario, éste establece de manera preponderante que su organización deberá efectuarse sobre la base del respeto a los Derechos Humanos, y como fin de la pena de prisión, establece la reinserción social de las personas privadas de su libertad, es claro que estos son los ejes bajo los cuales los centros de reclusión del país deben funcionar (CNDH, 2021, p.1).

### **ARTÍCULO 102, APARTADO B**

El 6 de junio de 1990 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial por el que se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación; En aquel entonces, la Comisión estará adscrita directamente al titular de la dependencia y sería el

órgano responsable de proponer y vigilar el cumplimiento de la política nacional en materia de respeto y defensa a los derechos humanos (Senado de la República, 2016, p.1).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) remitió el “Pronunciamiento sobre el Derecho a la Protección de la Salud de las Personas Internas en Centros Penitenciarios de la República Mexicana”, en el que destaca que los responsables del sistema penitenciario y de la atención a la salud, deben atender la situación que se vive en dichos centros, para que toda la población y los hijos de las internas que se encuentran con ellas, gocen del derecho a la salud, así como el acceso a una vida digna (Senado de la república, LXIV Legislatura, 2016, p.2).

De acuerdo con el Comité de Derechos Humanos de la ONU (2016), “la obligación de tratar a las personas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados”.

Dicho con palabras de la CNDH (2016), el gobierno de la República está obligado a cumplir con los compromisos contraídos en materia de salud tanto en la normatividad interna como en el derecho internacional de los derechos humanos, en los que se establecen normas imperativas, cuya observancia es aceptada y reconocida por los Estados en su conjunto como normas que no admiten acuerdo en contrario, y que sólo pueden ser modificadas por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter (p.23).

Como dice el artículo 11 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (2018), se determina la obligación de que en todos los reclusorios y centros de readaptación social exista un servicio de atención médico-quirúrgico que permita resolver los problemas que se presenten; y en el artículo 21 del mismo reglamento, se determina la obligación de contar con personal suficiente e idóneo para tal fin, situación que ha sido



reiteradamente observada por este Organismo Nacional como insuficiente y de urgente atención (p.11).

En este mismo sentido, el artículo 6° del “Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley”, refiere respecto a este personal que: se asegurará “la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise” (p.11).

Así como el principio 1° de los “Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes”, señala: “El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas” (p.11).

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, establece entre sus objetivos los “criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos, obligatorios en la elaboración, integración, uso, y archivo del expediente clínico”, a fin de que se cuente con datos suficientes, actualizados y organizados para dar atención de primer, segundo o tercer nivel para los casos que así lo demanden o, prevenir posibles riesgos epidemiológicos al interior de los centros de internamiento o de reclusión, acciones que se deberán tomar en cuenta por las autoridades penitenciarias para asegurar la protección al derecho a la salud.

## METODOLOGÍA

La presente investigación tiene una metodología cualitativa que se auxilia del método de la entrevista semiestructuradas con método de elección de los participantes bola de nieve.

### METODOLOGÍA CUALITATIVA

Se efectuó una entrevista a las personas privadas de su libertad del Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle, para obtener más información relacionada con su salud bucal. La guía de entrevista conto con 9 preguntas, el número de preguntas responde al tiempo destinado para una llamada telefónica dentro del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle.

La entrevista semiestructurada es aquella en la que el entrevistador mantiene la conversación enfocada sobre un tema particular, y le proporciona al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión.

Este tipo de entrevista permite profundizar y las características específicas del entrevistado permitiendo una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de la información. El objetivo de esta actividad fue obtener una información más clara sobre el panorama actual de la salud bucal de las personas privadas de su libertad.

### ANÁLISIS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Las entrevistas se estudiaron en un análisis de contenido.

Se transcribieron las entrevistas en Word, para lo cual se realizó previamente la transcripción de las **3** entrevistas semiestructuradas realizadas a las PPL.

Posterior a la transcripción se crearon las siguientes categorías libres:

1. Salud Bucal.
2. Enfermedades bucodentales.
3. Medidas preventivas.
4. Tratamiento odontológico.

5. Perspectivas personales de cada PPL con respecto a su salud bucal.

## **CRITERIOS DE INCUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Personas privadas de su libertad.
- ❖ Del Centro de Reinserción Social de Tenango del Valle.
- ❖ Consentimiento de participación.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Negativa a participar.
- ❖ Entrevista inconclusa.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EXCLUSIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Fuentes de información oficiales avaladas por organismos e instituciones.
- ❖ Fuentes de información como tesis o tesinas aprobadas por diversas universidades.
- ❖ Información relacionada con el bruxismo con enfoque en el área de odontología o estomatología.
- ❖ Artículos y libros de plataformas como: Redalyc, pubMed, Google Académico, Scielo etc.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Fuentes de información no oficiales.
- ❖ Información no avalada por alguna institución u organismo.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Bases de datos que no fueran comprensibles o fueran confusas para este diagnóstico.
- ❖ Información que no estuvo completa para los fines del diagnóstico.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información que se obtuvo de las técnicas cualitativas, fue utilizada única y exclusivamente para el sustento de la investigación de tesis, la cual tiene como título: **SALUD BUCAL EN PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL DE TENANGO DEL VALLE.**

La participación de los individuos en la investigación no conllevará ningún riesgo para su integridad ni situación laboral, y la información obtenida se mantendrá completamente confidencial, ésta será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los participantes fueron identificados con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que los participantes no podrán ser identificados. Su contribución fortalecerá a la investigación, ayudando a identificar el estado de salud de las personas privadas de su libertad, así como su posible tratamiento para el control de las patologías presentes a nivel bucal.

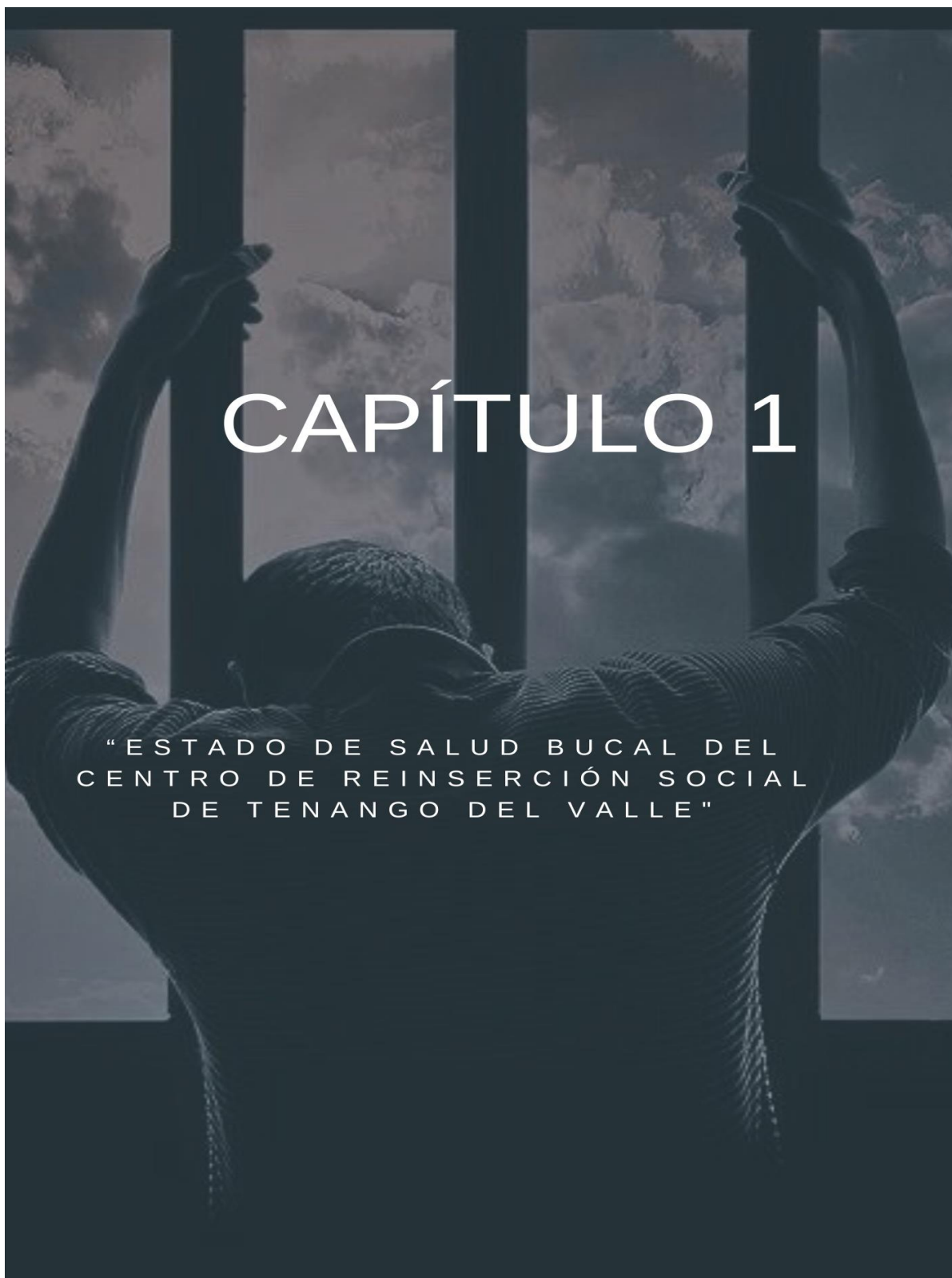
Al inicio de cada una de las técnicas utilizadas en la investigación, se hizo una descripción del mismo a los participantes, con la finalidad de comunicar y compartir información de interés sobre la técnica y aclarar cualquier tipo de dudas que pudieran surgir sobre las técnicas y objetivos del diagnóstico. Dicha información incluyó los objetivos del estudio, la descripción del procedimiento o de las técnicas, la descripción de los riesgos, molestias o beneficios posibles, los métodos o procedimientos de control de los riesgos y la duración de la técnica.

Los participantes no tuvieron ningún beneficio directo por su participación en el estudio, no recibieron ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicó

algún costo. La participación en este estudio fue absolutamente voluntaria. Los participantes contaron con plena libertad de negarse a participar o de retirarse del mismo en cualquier momento. Para los participantes que tuvieron alguna duda, comentario o preocupación con respecto al proyecto, se les explico minuciosamente.

La información se dio vía telefónica de igual manera las cartas de consentimiento.

Los resultados del análisis de la información se entregarán a las autoridades y tomadores de decisiones, manteniendo la confidencialidad de los participantes.



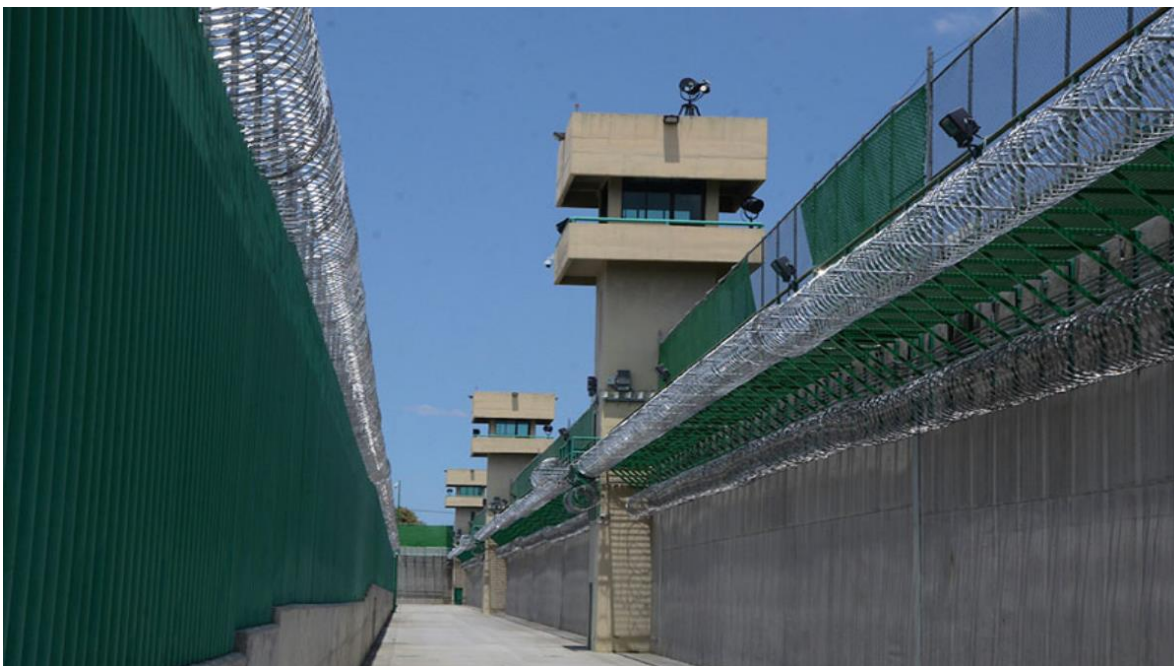
# CAPÍTULO 1

“ESTADO DE SALUD BUCAL DEL  
CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL  
DE TENANGO DEL VALLE”

**FUENTE:** Foto tomada por Emmanuel Okña y editada por Ana María Rojas Hernández.

## CAPÍTULO 1 “ESTADO DE SALUD BUCAL DEL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL DE TENANGO DEL VALLE”

Ilustración 22 Centro de Reinscripción Social de Tenango de Valle.



**FUENTE:** Tenango del Valle, México (Septiembre 08, 2016).- Aspectos del penal de Tenango del Valle, con una inversión de mil cien millones de pesos para más de tres mil personas privadas de su libertad. Agencia MVT / José Hernández.

El presente capítulo describe el contexto del Centro de Reinscripción Social de Tenango de Valle, así como las condiciones de vida, derechos de cada PPL y estadísticas de diversos centros penitenciarios del país México.

### 1.1 DESCRIPCIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO

En los penales comprendidos en el estudio, hay celdas para 3 internos en donde duermen más de 10 y otras que, teniendo lugar para 5, son habitadas por más de 20. En promedio, los internos reportan que la última semana durmieron en un mismo cuarto con otros 9 reclusos. Es de destacar que por la carencia de colchones y camas muchos duermen en el suelo (el 20% reporta que tuvo que pagar para recibir un colchón, en promedio 40 pesos o algo menos de 4 USD) (Bergman, 2007, p. 82-83).

**Tabla 3 Porcentaje de internos que responde quién le proporciona los siguientes bienes (2005).**

	Ropa	Sábanas	Cobijas
La institución	<b>3%</b>	<b>6%</b>	<b>10%</b>
La familia	<b>76%</b>	<b>58%</b>	<b>69%</b>

FUENTE: Encuesta en Centros Penitenciarios, CIDE, 2005.

Dicho por Bergman, et. al, (2007), “el objetivo de la condena es en primera instancia la reforma de la conducta de los internos. Para ello existen programas de educación, entrenamiento y trabajo” (p. 83).

En términos generales, casi todos los establecimientos penitenciarios, incluidos en el estudio muestran un deterioro y carencias importantes en lo que se refiere al acondicionamiento de sus espacios, al estado de las instalaciones y el mobiliario, así como en la disponibilidad y el acceso universal por parte de los internos a bienes y servicios básicos. Estas deficiencias tienen, no obstante, un indudable impacto negativo sobre la calidad de vida de los internos y, consecuentemente, sobre el tipo de relaciones e intercambios que se generan entre ellos y con el personal (p. 84).

**Ilustración 23 Nueva Sociedad / Pablo Cabrera 2007.**



FUENTE: Azaola, Elena, and Marcelo Bergman. "De mal en peor: las condiciones de vida en las cárceles mexicanas." *Nueva sociedad* 208 (2007): 118-127.



Para Bergman, et. al, (2007), el rol de los familiares es determinante para el bienestar del interno. Las familias asumen con frecuencia, y de diferentes maneras, una parte importante de los costos de reclusión del interno. Además de que esta situación es jurídicamente inadmisibles, coloca en una situación de desventaja a aquellos internos que carecen de familia o cuyas familias no están dispuestas o no tienen la posibilidad de asumir dichos costos (p. 84).

El incremento de la población carcelaria, la falta de infraestructura adecuada, y los niveles de corrupción interna y falta genuina de readaptación, denotan la baja inversión en recursos humanos y recursos materiales para resolver la crisis penitenciaria. No existe la voluntad político-administrativa para enfrentar tales desafíos (p. 84).

Es decir, esta situación general indica que las prisiones no se consideran un rubro sustantivo o relevante tanto dentro de la agenda política de México como de las políticas de asignación de recursos. Las prisiones no son vistas, en otros términos, como un renglón en el que es preciso invertir, sino, más bien, como un gasto que siempre sería deseable poder economizar (p. 84).

## **1.2 ESTADÍSTICA DE LAS PPL EN TOTALIDAD DEL PAIS MEXICO**

La encuesta nacional de población privada de la libertad tiene como finalidad generar información de las personas privadas de su libertad 67,584 personas privadas de su libertad (55,535 hombres y 12,049 mujeres) en México (ENPOL, INEGI, 2021, p. 8).

### 1.3 DERECHOS DE LAS PERSONA PRIVADAS DE SU LIBERTAD

Ilustración 24 Derechos de las PPL.



**FUENTE:** Arias Ramirez, D. A. Guía de ingreso al establecimiento penitenciario y carcelario colombiano para la población privada de la libertad.

Como dice Correa (2011), “los derechos de las personas, salvo aquellos explícitamente restringidos por la propia Constitución, no se suspenden al ingresar al reclusorio. El Estado está obligado a garantizar los derechos fundamentales de toda persona en reclusión, como lo está con cualquier otra persona. Una persona cuyos derechos fundamentales son violentados dentro de un reclusorio tiene, legalmente, la misma protección que una persona cuyos derechos son violentados afuera” (p. 223).

Para Coyle, et. al, (2012), “los estándares internacionales de derechos humanos y una correcta nuevas habilidades personales y prepararse para su liberación. Administración de las cárceles exigen que las prisiones no sean lugares de aburrimiento y de monotonía. Por el contrario, los prisioneros deben ser capaces de utilizar su tiempo en prisión de manera positiva, para mejorar su educación” (p. 23).

El derecho a contactarse con sus familiares telefónicamente y personalmente. Este es un derecho no solo del prisionero, sino también de los miembros de su familia que no están en la cárcel. Los familiares conservan el derecho de contactarse con su padre o madre, hijo o hija, hermano o hermana que ha sido

enviado a prisión, y las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de garantizar que estas relaciones puedan mantenerse y desarrollarse (p. 24).

Ilustración 25 PPL.



**FUENTE:** Arias Ramirez, D. A. Guía de ingreso al establecimiento penitenciario y carcelario colombiano para la población privada de la libertad.

Derecho al contacto más importante de todos: es el directo, por medio de las visitas personales. Las condiciones bajo las cuales las familias concretan estas visitas varían enormemente. Pueden tener lugar en salas de visita generales, donde los prisioneros están sentados a un lado de la mesa y los visitantes al otro (p.24).

Derecho a las denominadas visitas conyugales, el prisionero y su visitante son autorizados a entrar a una habitación, amoblada con una cama y una ducha, por un período de hasta tres horas (Andrew Coyle, 2012, p.24).

Para Uprimny y Guzmán, (2010), ante la situación de vulnerabilidad que ha generado, el Estado está obligado a cubrir las necesidades básicas del detenido(a) o a proveer los medios para que por sí mismo pueda hacerlo, por ejemplo, dando oportunidades de trabajo dentro del penal (p. 231).

Según el Poder Judicial, Derecho a la dignidad humana, este derecho es base y condición de otros derechos que el Estado debe garantizar tanto fuera como dentro de los penales. Éstos incluyen la protección de la vida y seguridad de los y las internas, condiciones de vida higiénicas, indumentaria apropiada, cama, alimentos, bebidas, trabajo y capacitación, servicios médicos, acceso a luz solar y un mínimo de intimidad (p.233).

Se mencionó que las PPL existen áreas poco seguras y saludables en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello el siguiente testimonio:

*“Pues sí puedo haber heee... lugares no saludables y... e inseguras, sobre todo cuando heee... no está presente el área de vigilancia entonces heee... eso implica que la inseguridad y en la situación he, en los alimentos, heee... hay veces que no están bien cocidos oh, o la mejor este, tienden a que el, el alimento no es el adecuado y empieza a haber problemitas en la, en la dentadura”* (Hombre 44 años).

*“Pues aquí... por eso te digo... qué podríamos hacer pues no hay quien los apoye nadien, bueno que este proponer, pues por medio de ustedes si hay una posibilidad que nos podrían ayudar, pues qué bueno”* (Hombre 64 años).

Afirma Coyle, et. al, (2012), la salud constituye uno de los derechos fundamentales más importantes para las personas, por ser una condición básica para la vida. El Estado que priva a una persona de su libertad “asume la responsabilidad de cuidar de su salud, no sólo en lo que respecta a las condiciones de detención, sino también al tratamiento individual que pueda ser necesario como consecuencia de dichas condiciones” (p. 243).

Se mencionó que las PPL respecto a los servicios de su salud bucal en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportada en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello el siguiente testimonio:

*“Pues yo creo que, que he... estando aquí en, en, en el penal de Tenango del Valle creo que si tenemos he, un dentista igual y si nos prestan los servicios pero la... hora sí la población es la que no se acerca a solicitar el servicio, muy independientemente de qué estamos aquí, pues creo que es responsabilidad de cada persona he, el cuidar su, su salud bucal, en aquí no, no, no, no, no nos cuesta nada por venir a visitar al dentista, pero no lo hacemos porque, porque no sentimos bien, que estamos bien he, he, he... pues de la boca y creo que es eso no, entonces por parte de cada persona no...”* (Hombre 38 años).

*“Los servicios, pues yo digo que es la mala esteee... de aquí la administración que los, no los este... checa, no lo he supervisan para que nos puedan atender...”* (Hombre 64 años).

Ilustración 26 Foto PPL cultura Penal Tenango del Valle.



FUENTE: <https://heraldodemexico.com.mx/nacional/2022/4/15/reos-del-penal-de-tenango-del-valle-en-edomex-escenifican-la-pasion-de-cristo-396436.html>

El derecho a la reinserción significa, como sostiene Andrew Coyle y colaboradores, (2012), “que las prisiones sean lugares en los que existan programas integrales de actividades constructivas que ayuden a los reclusos a mejorar su situación. Como mínimo, la experiencia de la prisión no debe dejar a los reclusos en una situación peor a la que estaban al comenzar su condena, sino que debe ayudarles a mantener y mejorar su salud y el funcionamiento intelectual y social” (p. 249).

#### **1.4 DERECHOS DE LAS PPL**

De acuerdo con Uprimny y Guzmán (2010), los derechos de las personas en reclusión son:

##### **DERECHOS SUSPENDIDOS**

Un primer derecho suspendido con la imposición de una pena de prisión es el derecho a la libertad de tránsito. El encarcelamiento, por definición, implica una restricción a este derecho (p. 224).

El artículo 38 de la Constitución mexicana también prevé explícitamente la suspensión de derechos político-electorales, de votar y ser votado para quienes están sujetos a un proceso criminal por delito que merezca pena privativa de libertad, así como para quienes estén compurgando penas de cárcel (p. 224).

##### **DERECHOS SUSPENDIDOS PARA LOS ACUSADOS(AS) POR DELITOS DE DELINCUENCIA ORGANIZADA Y OTROS DELITOS GRAVES**

Las reformas de 2008 consagraron constitucionalmente la suspensión de ciertos derechos penales y penitenciarios para los acusados por delitos bajo la modalidad de delincuencia organizada. Las reformas limitaron el derecho a compurgar penas cerca de sus domicilios para las personas que han sido acusadas de delincuencia organizada. La restricción de este derecho, a su vez, afecta directamente el derecho que tienen los detenidos a tener contacto con su familia (un derecho

establecido en el artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) (p. 227).

### **DERECHOS LIMITADOS O AFECTADOS**

Los derechos limitados, como se mencionó, son aquellos cuya restricción puede hacer el Estado en caso de necesidad, para garantizar el cumplimiento efectivo de la pena, pero sólo por tiempo limitado. Así, por ejemplo, puede limitarse el derecho a la libre asociación, a la intimidad personal, el derecho a la familia, o la libertad de expresión como resultado de la imposición de sanciones administrativas dentro del penal. Estos derechos no se restringen por completo ni de forma permanente y, en todo caso, deben existir razones muy específicas y justificadas para ello (p. 230).

### **DERECHOS INTANGIBLES O NO MODIFICABLES**

Los derechos intangibles son aquellos que no pueden ser limitados ni restringidos bajo ninguna circunstancia. Se trata de obligaciones plenas que el Estado debe cumplir y no puede contravenir en aras de imponer la pena. Las obligaciones que el Estado tiene frente a los y las reclusas son mayores, ya que opta por una opción de sanción, que hace a las personas en reclusión, vulnerables, dependientes e incapaces de satisfacer, por sí mismas sus necesidades básicas. Ante la situación de vulnerabilidad que ha generado, el Estado está obligado a garantizar no sólo el derecho a la vida, a la integridad física, a la salud, sino también a cubrir las necesidades básicas del detenido(a) o a proveer los medios para que por sí mismo pueda hacerlo (por ejemplo, dando oportunidades de trabajo dentro del penal) (p. 231).

### **1.5 DEFINICIÓN DE UN DERECHO**

Los derechos son el conjunto de derechos por los cuales se afirma la dignidad de la persona frente al Estado, es decir, son derechos públicos subjetivos que tienen la correlativa obligación las limitaciones, obligaciones o prestaciones que ha de servir el estado en favor del individuo. En su aspecto positivo son aquellos derechos reconocidos por el sistema jurídico de que se trate, en el caso de México

serían los que se establecen en la constitución política de los Estados Unidos mexicanos, además de lo que se recogen en los pactos convenciones y tratados internacionales suscritos y ratificados por el estado mexicano (Orozco, 2002, p.7-8).

Pérez Luño (2001), señala al respecto que: los derechos humanos son un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional y los derechos fundamentales son aquellos derechos humanos garantizados por el ordenamiento jurídico positivo, en mayor parte de los casos en su normatividad constitucional y que suelen gozar de una tutela reforzada (p. 8).

Dicho por Sanchís, et. al, (1995), los derechos sociales se configuran como derechos de igualdad entendida en el sentido de igualdad material o sustancial, esto es, como derechos, no a defenderse ante cualquier discriminación normativa, sino a gozar de un régimen jurídico diferenciado o desigual en atención precisamente a una desigualdad de hecho que trata de ser limitada o superada (p. 22).

## 1.6 TIPOS DE DERECHOS HUMANOS

### DERECHOS HUMANOS CIVILES

Ilustración 27 Derechos humanos.



FUENTE: Laporta San Miguel, F. J. (1987). Sobre el concepto de derechos humanos.



## DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

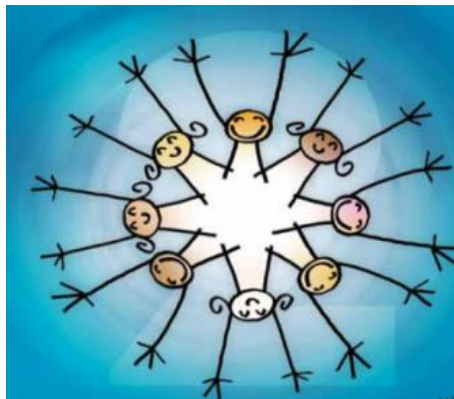
La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), sigue siendo igual de pertinente hoy día que cuando fue proclamada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. La extraordinaria visión y determinación de sus autores se plasmó en un documento en el que por primera vez se expresaron claramente los derechos y las libertades a los que todo ser humano puede aspirar de manera inalienable y en condiciones de igualdad (p. 3).

### ARTÍCULO 1 “DERECHO A NINGUNA TORTURA”

Cuando se habla de tortura la primera obligación del jurista, pero también del político es recordar el carácter absoluto de la prohibición de la tortura. El derecho a no ser torturado está reflejado en el artículo 5° de la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 y en el artículo 7° del Pacto de Derechos Civiles y Políticos: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (García Cívico, et. al, p. 28-29).

### ARTÍCULO 2 “EL DERECHO A REUNIRSE EN PUBLICO”

Ilustración 28 Derecho Humanos.



FUENTES: Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Todo ciudadano tiene derecho a hacer uso y a disfrutar del espacio público de una ciudad sin discriminación, de modo que nadie, por más poder que ostente puede apropiarse, creerse o hacerse dueño de este; pues, el espacio público constituye un límite a la propiedad privada y a los intereses particulares; además, de

producirse se iría en detrimento del derecho legítimo que tienen los demás usuarios (Roa, et. al, 2012, p. 136).

### **ARTÍCULO 3 “LIBERTAD DE MOVIMIENTO”**

El moverse, desplazarse, ir de un lugar a otro, el caminar, el transitar, el acceder, son libertades naturales. No se puede imaginar un ser humano sano y en plenitud de facultades, estática, quieta e inerte, puesto que estamos concebidos para generar múltiples interacciones y esto nos hace dinámicos por naturaleza (Roa, et. al, 2012, p. 138).

La libertad de movimientos es un derecho básico cuya restricción exige justificaciones que no omitan los intereses de quienes tienen más derechos que perder, tanto si estos son nacionales como extranjeros (Manzano, et. al, 2021, p. 212).

### **ARTÍCULO 4 “DERECHO A LA NO ESCLAVITUD”**

**Ilustración 29 Derechos Humanos.**



**FUENTES:** Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En el artículo 4° de la Declaración Universal de Derechos Humanos leemos lo siguiente: "Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas" (De la Puente, y colaboradores, 2000, p. 33).

#### **ARTÍCULO 5 “EL DERECHO A LA DEMOCRACIA”**

Según Villaseñor Alonso, et. al, (2015), la relación entre democracia y derechos humanos también es configurada según el orden político existente y el predominio de ciertas filosofías políticas, así como la manera que éstas tienen de entender al individuo y de priorizar los derechos humanos (p. 1116).

#### **ARTÍCULO 6 “TIENES DERECHOS SIN IMPORTAR A DONDE VAYAS”**

Según Naval, et. al, (2000), dada la primacía de los Derechos Humanos parece razonable la presencia y acción eficaz de una educación sistemática y persuasiva en todo el mundo (p. 3).

#### **ARTÍCULO 7 “LIBERTAD DE PENSAMIENTO”**

Dicho por Ramírez Pérez, et. al, (2000), “la libertad de los individuos se extiende al pensamiento, la decisión y la expresión de las ideas” (p. 17).

#### **ARTÍCULO 8 “LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES”**

Dice Quiñones Tinoco y colaboradores, (2013), el derecho del trabajo no puede ser un conjunto de normas estáticas, por el contrario, es dinámico y es un fiel reflejo de la cambiante realidad social y económica (p. 67).

#### **ARTÍCULO 9 “NINGUNA DETENCIÓN INJUSTA”**

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado (ONU, 1948, p. 20).

#### **ARTÍCULO 10 “COMIDA Y ALOJAMIENTO PARA TODOS”**

#### **ARTÍCULO 11 “SOMOS SIEMPRE INOCENTES HASTA QUE SE PRUEBE LO CONTRARIO”**

### Ilustración 30 Derechos Humanos.



**FUENTES:** Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa (ONU, 1948, p. 24).

“Presumiéndose inocente a todo hombre hasta que haya sido declarado culpable, si se juzga indispensable arrestarlo, todo rigor que no sea necesario para asegurar su persona debe ser severamente reprimido por la ley” (Ferri Ruales, et. al, 2021, p. 16).

### **ARTÍCULO 12 “EL DERECHO A LA EDUCACIÓN”**

Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos (ONU, 1948, p. 54).

La educación está ligada al conocimiento, a su creación y a su transmisión. Está vinculada al desarrollo humano, social, económico, y con la radicación de la pobreza, siendo un medio indispensable para realizar otros (Zamboni, et. al, 2017, p. 434).

## ARTÍCULO 13 “MATRIMONIO Y FAMILIA”

Ilustración 31 Derechos Humanos.



FUENTES: Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Declara Lepin Molina, et. al, (2014), “que la familia constituye un lugar central y decisivo en la experiencia humana. La identidad y la intimidad de los hombres y las mujeres se forjan y se desarrollan en la familia” (p. 15).

Los sentimientos de felicidad o infelicidad de las personas están fuertemente asociados a la vida familiar (p. 15).

Este es un instrumento privilegiado de socialización de las nuevas generaciones. A través suyo se transmiten creencias, valores, usos y costumbres (p. 15).

“Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio” (Lepin Molina, et. al, 2014, p. 19).

## ARTÍCULO 14 “RESPONSABILIDAD”

La responsabilidad civil, un modelo útil para el reconocimiento de los derechos de la personalidad. La responsabilidad civil tiene el mérito de haber permitido tal

reconocimiento, al haber sancionado la lesión a los diversos elementos que conforman la personalidad del ser humano (Jourdain, et. al, 2011, p. 362).

## **ARTÍCULO 15 “DERECHO A UNA NACIONALIDAD”**

**Ilustración 32 Derechos Humanos.**



**FUENTES:** Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El derecho a tener una nacionalidad determinada y concreta, reconocido en otros instrumentos internacionales. Se trata de disposiciones que imponen a los Estados el deber de otorgar su nacionalidad a determinadas personas. Es lo que podríamos llamar el derecho concreto a una determinada nacionalidad (Arlettaz, et. al, 2015, p. 418).

## **ARTÍCULO 16 “EL DERECHO A TUS PROPIAS POSESIONES”**

### **ARTÍCULO 17 “EL DERECHO A LA VIDA”**

- 1) Una de ellas sostiene que el derecho a la vida consiste en el derecho a vivir, a permanecer con vida.
- 2) Otra sugiere que este derecho consiste en el derecho a vivir bien, o vivir con dignidad.
- 3) Una tercera propone entender que el derecho a la vida consiste en el derecho a recibir todo lo mínimamente necesario para no morir en lo inmediato.

4) Una cuarta concepción propone entender el derecho a la vida simplemente como el derecho a que no nos maten.

5) Una quinta postura suscribe la idea de que este derecho consiste en que no nos maten arbitrariamente (Figueroa García-Huidobro, et. al, 2008 p.1).

## **ARTÍCULO 18 “NADIE PUEDE ARREBATARTE TUS DERECHOS HUMANOS”**

## **ARTÍCULO 19 “EL DERECHO A UN JUICIO”**

**Ilustración 33 Derechos Humanos.**



**FUENTES:** Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El derecho a un proceso dentro de un plazo razonable, como derecho autónomo en el derecho a un juicio justo o debido proceso (Diez, et. al, 2016, p. 2).

## **ARTÍCULO 20 “UN MUNDO JUSTO Y LIBRE”**

## **ARTÍCULO 21 “TODOS HEMOS NACIDO LIBRES E IGUALES”**

"Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos"  
Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad

y la igualdad de los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de los individuos sea real y efectiva (Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 1 2000, p. 1).

#### **ARTÍCULO 22 “DERECHOS DE AUTOR”**

Los derechos de autor son intereses asentados en la realidad que reciben protección jurídica (Olivé, et. al, 1991, p. 71).

La primera protección la reciben del derecho civil (y eventualmente del derecho mercantil), delimitándose el ámbito de tutela jurídica (p. 71).

En un segundo momento el derecho penal impondrá sus límites de protección (p. 71).

Por ese motivo, dado que las leyes civiles, mercantiles y penales protegen aspectos patrimoniales y morales, hay que admitir que ambos aspectos constituyen por igual los componentes del bien jurídico "Derechos de autor" (Olivé, et. al, 1991, p. 71).

#### **ARTÍCULO 23 “LIBERTAD DE EXPRESION”**

Afirmo Núñez, et. al, (2020), este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección (p. 8).

#### **ARTÍCULO 24 “TODOS SOMOS IGUALES ANTE LA LEY”**

Todas las personas nacen iguales ante la ley, recibirán protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza origen, lengua, opinión política o filosófica (Fonseca, et. al, 2010, p. 77).



**Ilustración 34 Principio de igualdad ante la ley.**



**FUENTE:** Praeli, F. J. E. (1997). Principio de igualdad y derecho a la no discriminación. *Ius et veritas*, (15), 63-72.

### **ARTÍCULO 25 “EL DERECHO A LA INTIMIDAD”**

Derecho a la intimidad, ya que aludía a condiciones personales tan cercanas como cuestiones emocionales, vida afectiva, preferencias sexuales e ideología, entre muchos otros conceptos, empero su construcción actual en el precepto mencionado nada aporta a la salvaguarda del derecho (Cobos Campos y colaboradores, 2013, p. 60).

### **ARTÍCULO 26 “SEGURIDAD SOCIAL”**

Según García Guzmán, et. al, (2014), la seguridad social es solidaria, pues la responsabilidad pública-gubernamental, el carácter equitativo y colectivo del financiamiento, así como la obligatoriedad de la afiliación, entre otros elementos, convergen hacia la institucionalización de mecanismos de solidaridad que se constituyen y manifiestan mediante la existencia y cumplimiento de derechos objetivos reconocidos, y también por medio de programas concretos que les

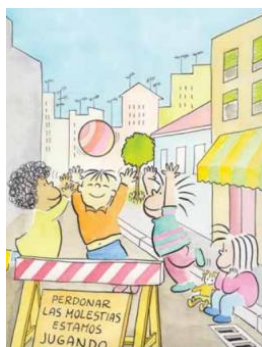
imprimen operatividad en la realidad. Por ejemplo, el derecho a la salud es una prerrogativa universal que se fundamenta, por así decirlo, en la solidaridad de sanos con enfermos. Asimismo, los sistemas de pensiones muestran solidaridad entre las distintas generaciones de jóvenes con jubilados. Lo mismo vale para los regímenes de redistribución de ingresos de las familias sin hijos a las familias con hijos (p. 91).

### **ARTÍCULO 27 “NO DISCRIMINES”**

Dicho por Bayefsky, et. al, (2016), la no discriminación es una de las normas declaradas con mayor frecuencia en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. La no discriminación es un tema dominante y recurrente en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la norma no está contemplada en la totalidad de las diversas fuentes del derecho internacional de manera única y unificada (p. 2).

### **ARTÍCULO 28 “DERECHO A JUGAR”**

**Ilustración 35** Derecho a jugar.



**FUENTE:** Tonucci, F. (1997). La ciudad de los niños.

Jugar es un derecho, fundamentalmente, porque la vida infantil no puede concebirse sin juego. Jugar es la principal actividad de la infancia y responde a la necesidad de niños y niñas de mirar, tocar, curiosear, experimentar, inventar, imaginar, aprender, expresar, comunicar, crear, soñar... (Marín, et. al, 2009, p 234).

## **ARTÍCULO 29 “LA LEY PROTEGE TUS DERECHOS HUMANOS”**

## **ARTÍCULO 30 “DERECHO DE BUSCAR UN LUGAR SEGURO EN DONDE VIVIR”**

### **DERECHOS HUMANOS SOCIALES**

#### **DERECHO A UN EMPLEO Y UN SALARIO JUSTO**

Dicho por Morales, et. al, (2012), toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley (p. 11).

El derecho al trabajo es una aspiración social e individual del trabajador, moralmente válida, dinámica, por alcanzar un nivel de vida adecuado para él y su familia, garantizada por el Estado con acciones de protección y promoción que permitan la dignidad del trabajador y su familia, a través de acciones normativas y políticas-económicas, sociales, y culturales- que como mínimo aseguren el pleno empleo, estabilidad laboral, salario justo y condiciones adecuadas en el trabajo (p. 13).

#### **DERECHO A LA PROTECCION SOCIAL**

Declara Velázquez Clavijo, et. al, (2014), las pensiones son prestaciones sustitutivas del salario, cuando el trabajador/a lo pierde por la jubilación y llevan aneja la idea de derecho generado, devolución del ahorro realizado, cotización efectuada con motivo y por consecuencia del propio trabajo (p. 167).

#### **DERECHO A LA VIVIENDA**

El derecho a la vivienda como una de las condiciones para que todo el mundo pueda disfrutar del derecho a “un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia” (Gledhill, et. al, 2010, p. 108).

## **DERECHO A LA EDUCACIÓN**

### **DERECHO A LA SANIDAD**

Dicho por Hernández, et. al, (2002), “salud pública”, es decir, aquellas dirigidas al control de problema de salud con altas externalidades, tales como enfermedades de alto impacto, epidemias y desastres (p. 997).

### **DERECHO AL MEDIO AMBIENTE**

Consiste principalmente en que todas las personas, sin distinción alguna, tienen derecho a un medio ambiente saludable, protegido y equilibrado, a cuyo efecto el ejercicio de este derecho debe permitir a los individuos y colectividades de las presentes y futuras generaciones, además de otros seres vivos, desarrollarse de manera normal y permanente (Lima, et. al, 2012, p. 264).

### **DERECHO A LA ALIMENTACION**

Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual (Carbonell y colaboradores, 2012, p. 1068).

## **1.7 DERECHOS DEL PACIENTE**

**Ilustración 36 Derechos del paciente.**



**FUENTE:** <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2021>

Eugenio y colaboradores, (2002), varios autores han considerado que el paciente tiene el derecho y deber de legitimar su posición ante el médico o prestador de servicios de salud. En la actualidad, el paciente solicita de su médico: (p. 525).

- La explicación de los términos que se utilizan para referir la enfermedad (p. 525).
- La información que le permita entender el porqué del empleo de cierto procedimiento o tecnología (p. 525).
- El ejercicio de su propia autonomía y libertad, de tal forma que no se somete incondicionalmente a la acción médica (p. 525).

Dado que ahora el paciente cuenta con mayor información, debe propiciarse su participación activa dentro de la relación médico-paciente (p. 525).

Eugenio, et. al, (2002), como ser humano el enfermo posee los derechos que la ley le reconoce y le otorga; empero, sus derechos deberían ser preponderantes respecto a los del hombre sano, pues el enfermo se encuentra en desventaja. Para que la ley sea justa, debería velar por proteger a la parte más frágil sobre la que se legisla: el ser humano enfermo (p. 526).

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, cuyo fundamento legal y explicación están contemplados en diferentes ordenamientos jurídicos que se exponen a continuación: (p. 526).

Dicho por Eugenio y colaboradores, (2002), recibir atención médica adecuada: el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico (p. 527).

Recibir trato digno y respetuoso: el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género,

de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes (Eugenio, 2002, p. 527).

Según Eugenio y colaboradores, (2002), recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz: el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; a que esta información se le proporcione siempre en forma clara, comprensible con oportunidad, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad (Eugenio, et. al, 2002, p. 527).

Decidir libremente sobre su atención: el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en enfermedades terminales (Eugenio, et. al, 2002, p. 527).

Otorgar o no consentimiento válidamente informado: el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, los beneficios que se esperan, y las complicaciones negativas que pudieran presentarse. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decide participar en investigaciones, o donar órganos (Eugenio y colaboradores, 2002, p. 527).

Ser tratado con confidencialidad: el paciente tiene derecho a que toda la información expresada a su médico sea manejada con estricta confidencialidad, y se divulgue exclusivamente con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley (Eugenio, et. al, 2002, p. 527).

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión: el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud (Eugenio y colaboradores, 2002, p. 527).

Recibir atención médica en caso de urgencia: cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones (Eugenio, et. al, 2002, p. 527).

Contar con un expediente clínico: el paciente tiene derecho a que los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa, en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable, y, cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido (Eugenio, et. al, 2002, p. 527).

Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida: el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud (Eugenio, et. al, 2002, p. 527).

Según Rillo, et. al, (2013), los odontólogos son profesionales expertos en conocimientos y habilidades específicas para solucionar problemas de salud oral con la intención de promover el bienestar del paciente; de manera que la relación odontólogo paciente se comprende como la interacción entre el odontólogo y su paciente que se realiza con el propósito de mejorar la salud oral de quien solicite la atención mediante el establecimiento de un diagnóstico y un tratamiento, sentando las bases de una relación de confianza entre el profesional y el paciente para definir la vía de intervención, límite y alcance de la acción terapéutica (p. 396).

La honestidad profesional que esto implica establece el equilibrio en la relación y promueve una mayor colaboración al aclarar los derechos y las responsabilidades de odontólogos y pacientes; el conocimiento y la participación del paciente sobre su enfermedad, así como de los riesgos y beneficios (Rillo, et. al, 2013, p. 396).

En la búsqueda del bien del paciente, es indispensable que el cirujano dentista cuente con las competencias profesionales que respalden las siguientes características: conocimiento disciplinario; responsabilidad; actualización permanente de sus saberes; habilidad para procedimientos odontológicos teniendo una clara conciencia de sus límites; ética y respeto al secreto profesional; honestidad para informar completa y verazmente sobre el problema de salud y el tratamiento, con la intención de obtener su consentimiento; capacidad para solucionar problemas de salud dental; amabilidad, limpieza, puntualidad e inteligencia (Rillo, et. al, 2013, p. 398).

El odontólogo debe actuar en un marco de valores humanos y normas profesionales distribuidos en tres componentes: moral, intelectual y organizacional, ponderando en la atención las siguientes consideraciones en orden de importancia: (Rillo, et. al, 2013, p. 399).

La salud oral del paciente, entendida como un funcionamiento oral apropiado y sin dolores.

La autonomía del paciente, incluyendo la importancia que éste le otorga a la salud, el confort, el costo y la estética dental, que derivan del tratamiento odontológico (p. 399).

La preferencia del odontólogo por ciertas prácticas diagnósticas y terapéuticas (p. 399).

La práctica eficiente considerando el costo de la atención a la salud oral (p. 399).

El consentimiento válidamente informado en odontología (p. 399).



El primero está demarcado por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico que lo define como “los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitarios” (Rillo, et. al, 2013, p. 400).

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) lo considera como un “proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del médico bastante información, en términos comprensibles, que le capacitan para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad” (Rillo, et. al, 2013, p. 400).

Declara Rillo, et. al, (2013), la aceptación propicia que el paciente participe activamente al tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Esto requiere que comprenda la información proporcionada por el odontólogo con relación a su enfermedad, procedimientos odontológicos que se le realizarán, plan de tratamiento, duración del tratamiento, materiales que se utilizarán y reacciones que pueden ocasionarle (p. 401).

El consentimiento informado posee implicaciones importantes en el desarrollo de la práctica odontológica, pues en él confluyen tanto aspectos ético-filosóficos como sociales, científicos, personales, jurídicos e institucionales al mejorar la calidad de la atención (p. 401).

Ofrecer al paciente la información verídica, científica y técnica relacionada con el diagnóstico y tratamiento odontológico, no debe ser propiamente una obligatoriedad para el odontólogo, sino un acto de respeto y reconocimiento del paciente como persona que posee la capacidad de comprender su padecimiento y tomar decisiones de vida en una situación límite de salud y enfermedad (p. 401).

En la NOM-013, se establece la obligatoriedad de la elaboración de la carta de consentimiento informado así como su actualización cuando se modifique el plan de tratamiento establecido (p. 401).

Según Rillo, et. al, (2013), puntualiza los elementos mínimos que debe contener este documento entre los que se encuentran los siguientes: nombre del paciente, nombre de la institución, nombre del odontólogo, diagnóstico, acto autorizado de naturaleza curativa, riesgos, molestias, efectos secundarios, alternativas de tratamiento, motivo de elección, mayor o menor urgencia, lugar y fecha donde se emite, autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción, nombre completo y firma del odontólogo, paciente y testigos (p. 401).

## DERECHOS DEL PACIENTE PRIVADO DE SU LIBERTAD

Ilustración 37 Foto Vacunas Covid PPL Penal Tenango del Valle.



FUENTE: <https://adnoticias.mx/somos-afortunados-agradecemos-presos-vacunados-contra-la-covid/>

Se mencionó que las PPL en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, tienen el derecho a la expresión, a ser escuchados, a un trato justo respecto a salud bucal y esta opinión es reportada en la entrevista semiestructurada como prueba de ello el siguiente testimonio:

*“Pues más que nada es eso, el que este, pues sí el que, se destinará... he... un recurso, medicamentos, abastecimiento, para que de esa manera este, el... las personas que atiendan, estén bien este, a lo mejor hasta con especialidades para que de esa manera se adentren, más el problema y no nomás este, arreglarlo de fondo sino de forma” (Hombre 44 años).*

Declara Madrigal, et. al, (1996), para el Tratamiento de los Reclusos, son un conjunto de reglas universales concebidas en el seno de la Comisión Internacional Penal y Penitenciaria, que fueron adoptadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas el 31 de julio de 1957. En ella se especifican los principios y prácticas generales aceptadas y constituyen las condiciones mínimas para proteger a los reclusos. En los artículos 22 a 26 se regula la organización de los servicios médicos de los establecimientos penitenciarios. Se describe en detalle el servicio médico distinguiendo las siguientes categorías de atención: (p. 44).

La atención médica en general en la prisión (p. 44).

La enfermedad física y mental (p. 44).

Los tratamientos que requieran cuidados especiales la atención de las mujeres (p. 44).

Cabe mencionar que en cuanto a la percepción de las personas, al derecho de la salud bucal dentro del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello los siguientes testimonios:

*“Heee... pues considero que no todos, he... porque si se éste, se crea el, la situación de desabasto en medicamentos, he... por las condiciones económicas de mis compañeros los internos y sobre todo que la atención debe ser más eficiente y no contamos en su totalidad” (Hombre 44 años).*

*“Sí creo, creo que sí todos tienen acceso a la, a las oportunidades de salud bucal es dependiendo de cada persona” (Hombre 38 años).*

*“Esteee... bueno unos sí y unos no, pienso porque es así, depende de la esteee... la dentista, en que luego no nos atiende, por la situación que dice no pues tengo mucho trabajo, más que no tenga trabajo, pues nos pasa a dejar ahí y nos dice no ellos van a traer y ya” (Hombre 64 años).*

## LA ENFERMEDAD FÍSICA Y MENTAL

Dicho por Madrigal, et. al, (1996), el servicio médico deberá velar por la salud física y mental de los reclusos. Visitará diariamente a los reclusos enfermos a los que se quejen de estarlo y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención (p. 45).

El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto como sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental (p. 45).

Los enfermos que requieran cuidados especiales: deben ser trasladados a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Si existen servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados (MADRIGAL, et. al, 1996, p.45).

La atención de las mujeres: contempla la construcción de instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes (MADRIGAL, et. al, 1996, p.45).

## OTRAS NORMAS INTERNACIONALES

Otros instrumentos internacionales señalan que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley asegurarán la plena protección a la salud de las personas bajo su custodia y en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise (Madrigal, et. al, 1996, p.45).

“Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”. El personal de seguridad es el encargado de custodia de los internos a ellos corresponde en primera instancia determinar quién tiene un quebranto de salud (p. 45).

## FUERA DE LA PRISIÓN

A lo externo de la prisión los privados de libertad reciben atención tanto en clínicas y hospitales estatales cuanto en la medicina privada (Madrigal, et. al, 1996, p.48).

Para cada hospitalización de un preso se requiere de un rol de tres custodios, lo que significa que el costo del paciente privado de libertad es mucho más alto que del paciente común, pues el custodio se integra a la dinámica hospitalaria (Madrigal, et. al, 1996, p.48).

Generalmente se mantiene a los pacientes esposados a la cama o al propio custodio (p.48).

En algunos casos los expedientes de los pacientes tienen una etiqueta adicional, se les llama o denomina “casos forenses” con una significación ideológica importante, pues son los casos forenses los que molestan, los que cometen delitos, los que trafican droga, lo cual en algunos casos es cierto pero no en todos y ello a la postre implica un trato discriminatorio (Madrigal, et. al, 1996, p.48).

En algunos casos los expedientes de los pacientes tienen una etiqueta adicional, se les llama o denomina “casos forenses” con una significación ideológica importante, pues son los casos forenses los que molestan, los que cometen delitos, los que trafican droga, lo cual en algunos casos es cierto pero no en todos y ello a la postre implica un trato discriminatorio (p.48).

#### LOS INCIDENTES POR ENFERMEDAD

Según Madrigal, et. al, (1996), el Juez de Ejecución del Penal es un juez garante de la legalidad en la ejecución de la sanción, a él le está reservada la competencia para resolver tanto los incidentes por enfermedad, cuanto los incidentes de queja de los privados de libertad (p.48).

Tanto tiene facultad para decidir sobre el internamiento hospitalario, con base en pruebas periciales, como puede conocer de las violaciones al derecho a la salud de los privados de libertad, esto es que conoce de los casos en que pese a declararse con lugar el incidente no son atendidos de acuerdo a su dignidad humana mediante el recurso de queja (Madrigal, et. al, 1996, p.48).

Se mencionó que las PPL los obstáculos o barreras ya sea personal o del área encargada de su salud bucal a los que se enfrentan en el Centro de Reinserción

Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello los siguientes testimonios:

*“He... pues no contar con este, un servicio eficiente digamos el que haya abastecimiento de medicamento, si, el que, se haga bien un diagnóstico del problema para que, he... que se pueda, se pueda resolver algún problema de caries de, de dolor de muela, dolor de diente, entonces este, al no haber un servicio adecuado, que se brinde a nosotros, eso hace que haya consecuencias, no sé, no se atiende, no, no todos tengamos el mismo acceso” (Hombre 44 años).*

*“Mire no hay ningún este heee... cómo le puedo decir restric... restricciones en ese sentido, es como ir retenido, creo que es por parte de cada persona no, no, no, no tenemos una ilimitante que nos diga tú vas a pasar o no puedes pasar a con... aaa... al dentista no, creo que es por parte de cada persona, nada más que desafortunadamente nosotros aquí pues no somos conscientes ooo... varios compañeros no son conscientes qué también de deben de tener higiene, higiene bucal” (Hombre 38 años).*

*“He... sé qué pues mmm... pues no hay, que no hay medicamentos, que no hay este... anestesia, que no, que tienen mucho trabajo y eso con eso, nos este, nos diga nada más” (Hombre 64 años).*

# CAPÍTULO 2



"CONDICIONES DE SALUD BUCAL EN  
EL CONTEXTO PENITENCIARIO  
CONSIDERANDO LOS  
DETERMINANTES SOCIALES DE LA  
SALUD"

**Fuente:** Foto tomada por Alexandros Faccini Rurikovich y editada por Ana María Rojas Hernández.

## CAPÍTULO 2 “SALUD BUCAL EXCLUSIVA EN PERSONA PRIVADAS DE SU LIBERTAD”

Ilustración 39 Foto Vacunas Covid PPL Penal Tenango del Valle.



FUENTE: <https://adnoticias.mx/somos-afortunados-agradecen-presos-vacunados-contra-la-covid/>

Dicho por Rocha, et. al, (2010), la salud bucodental en PPL, es de suma importancia ya que como seres humanos tienen el derecho a la salud, como requisito de una sociedad para reconocer a los sujetos sociales con sus derechos, implica la protección de estos a partir del principio de dignidad humana para el desarrollo de planes de vida individuales y colectivos, presentes y futuros, como las condiciones y recursos socialmente definidos por el propio Estado (p. 295).

Según Rocha, et. al, (2010), esta situación ha traído como consecuencia, según estudios de otros países, un serio deterioro de la salud bucal de las personas privadas de la libertad, debido principalmente a la prohibición de algunos utensilios de higiene oral por medidas de seguridad, al desplazamiento de prisioneros de alta seguridad a hospitales solo en los casos de complicaciones bucodentales y a la insuficiente financiación de programas de prevención y control de la enfermedad y afecciones bucodentales que disminuyan la probabilidad de ocurrencia (p. 295).

Los informantes mencionaron que las condiciones en las que viven respecto a su salud bucal dentro del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello el siguiente testimonio:

*“Pues, si podrían este, influir porque, heee... pues hay no contamos 100 por ciento con la, una atención este, eficiente entonces he... influye, influye en*



*que tengamos consecuencias a corto mediano y largo plazo” (Hombre 44 años).*

*“Yo digo que, que no en las condiciones en las que vivimos creo que estamos, estamos bien en ese sentido y creo que heee... El que si pueden influir creo eso es por parte de cada persona no, cada persona a lo mejor debe de ser consciente de que debe, debe de tener un buen aseo bucal” (Hombre 38 años).*

*“Bueno porque yo lo veo que de momento nos vienen infecciones, dolores y ps es eso lo que nos afecta” (Hombre 64 años).*

La orientación de alto riesgo tiende a concentrar la atención en el sector visible de la enfermedad, este pretende, en definitiva, identificar y proteger a los individuos susceptibles, como pueden ser las personas detenidas que presentan grave deterioro de su salud bucal, sin considerar la potencial transformación personal y colectiva que, en definitiva, esta población también requiere (Rocha, et. al, 2010, p. 296).

**Ilustración 40 Foto Vacunas Covid PPL Penal Tenango del Valle.**



**FUENTE:** <https://adnoticias.mx/somos-afortunados-agradecen-presos-vacunados-contra-la-covid/>

Hay que destacar que a pesar de las diferentes estrategias en promoción de la salud que por supuesto engloba la prevención, en poblaciones vulnerables que tienen suspendido el ejercicio de ciertos derechos en virtud de una sanción

judicial, es preferible conocer la percepción de la comunidad, la necesidad del momento y el contexto regulatorio en el cual una futura intervención operará (p. 296).

La odontología con responsabilidad social asume las personas privadas de la libertad al abarcar diferentes estratos y actores sociales, no solo el comunitario, sino también el científico, el académico y el político, aunque las modalidades de gestión política dependan del sistema político y sus alcances en el ámbito penitenciario (Rocha, et. al, 2010, p. 297).

Frente a una población vulnerable como la carcelaria, hay que entender también la salud como un derecho ligado a la calidad de vida y al bienestar de los individuos y las comunidades, ya que esta debe reconocer las capacidades del ser humano y debe trabajar en la búsqueda de oportunidades para el pleno desarrollo, incluso de aquellos que están privados de libertad (Rocha, et. al, 2010, p. 297).

Dicho por Rocha, et. al, (2010), para consolidar un planteamiento serio en materia de salud bucal, es fundamental partir de acciones en poblaciones vulnerables y bajo la premisa de la adaptación societal, de la propiedad y el poder, con el fin de que la salud pública explícitamente identifique los determinantes que guían sus esfuerzos por rectificar las inequidades sociales en salud; esta es su misión central. Por ello, la definición más básica y comúnmente comprensible de justicia en salud pública es que esta puede ser justa o sensata, en la medida en que las personas son tratadas sin discriminación y las decisiones son tomadas (p. 299).

Afirman Rocha, et. al, (2010), para avanzar en la garantía del derecho a la salud oral, especialmente de poblaciones vulnerables, es necesario plantearse un redimensionamiento de la acción social, que responda al imperativo ético del mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el ejercicio de la autonomía. En esta transformación de la acción de las personas privadas de la libertad a través del planteamiento de la salud bucal, son sus necesidades, condiciones y posibilidades las que definen la acción y los mecanismos de gestión y apoyo que permitan invertir la lógica hegemónica del quehacer suprasectorial (p. 299-300).

## 2.1 SALUD BUCAL

Ilustración 41 Higiene dental.



FUENTE:

<https://www.eldentistamoderno.com/2022/01/solo-el-34-de-los-espanoles-mantiene-una-rutina-diaria-de-higiene-interdental/>

La organización mundial de la salud OMS define a la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico. En 1948, la Salud, fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en 1986, surge otro concepto de salud como “recurso para la vida y no como objetivo de vida” (Espinoza, et. al, 2013, p. 102).

### IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL

Dicho por Cisneros y colaboradores, (2011), la prevención en estomatología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos (p. 2).

Se mencionó que en cuanto a la percepción sobre la salud bucal de las personas, dentro del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello el siguiente testimonio:

*“Bueno este, pues empezando con uno mismo no, de tener el hábito de lavarse los dientes, pero también que contemos con heee... pues el medicamento, sí, en el servicio de, he... odontología, para que de esa manera pues podemos prevenir este, pues muchos problemas que tenemos en la dentadura” (Hombre, 44 años).*

*“Que se necesita pues creo lo que se necesita es, uno mismo ser consciente de que debemos hacernos he, he o debemos tener aseo he... Pues en la boca en los dientes, para que no, nos provoquen enfermedades” (Hombre, 38 años).*

*“Pues yo necesitaría yo ahorita que me sacaron 2 muelas que ya tengo mal y pues si yo estuviera afuera, pues ya sería otra cosa verdad, porque yo este... ya me estoy quedando sin dientes también” (Hombre 64 años).*

## **ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LA CAVIDAD BUCAL**

Existen enfermedades que predominan en cavidad bucal que están asociadas a diversos factores, que influyen en las personas, ya sea por malos hábitos bucales, dieta, lugar, etc... (Cisneros y colaboradores, 2011, p. 2).

Cabe mencionar que en cuanto a la percepción de las personas, las enfermedades bucales dentro del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello el siguiente testimonio:

*“Bueno este, pues ahora sí más que nada el tipo de comida que llega, heee eso hace que tengamos problemas en los dientes, al grado de que este, pues uno que otro se nos han desprendido, entonces si tenemos riesgos y porque se nos esté, con el tiempo se nos van afectando y de esa manera pues llega a ver esto dolor de diente, de muela y sobre todo de este, el que no contemos he... con un servicio adecuado y medicamento y atención pues más se, se nos complica, en nuestra salud bucal” (Hombre, 44 años).*

*“Que riesgos, para la salud bucal considero que tengo, pues yo creo que el que las caries es la principal, pues es el principal riesgo de, de cada persona no...”* (Hombre, 38 años).

*“Esteee... pues mis muelas que se me están ya esteee... picadas y me sacaron una buena, hora si me sacaron una buena y me dejaron a una, una mala y este otra solo que me tengo no más 2, 2 muelas que se me han caído en pedacitos y pues aquí no no no nos hace nada”* (Hombre 64 años).

Dichos daños puede que se presenten síntomas hasta que hay presencia de dolor, las enfermedades bucales que predominan son las siguientes:

## **2.2 CARIES DENTAL**

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo (Cisneros y colaboradores, 2011, p. 157).

**Ilustración 42 Caries dental.**



**FUENTE:** <http://www.cienciacierta.uadec.mx/2016/12/14/caries-dental-un-peligroso-enemigo/>

## MÉTODOS DE DIAGNOSTICO CARIES DENTAL

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

Dicho por Cisneros y colaboradores, (2011), los hallazgos serán diferentes en función del estadio en el que se encuentre la enfermedad, pudiendo observarse desde cambios de coloración en las lesiones incipientes (“mancha blanca”, pigmentaciones pardas, amarillentas, etc (p. 25).

- Inspección visual: debe realizarse con los dientes limpios y secos. Podrá hacerse directamente o, si se precisa, se podrán utilizar espejos, lentes de aumento e incluso microscopio (p. 25).
- Inspección visual tras separación dental: se pretende visualizar así las caries interproximales (p. 25).
- Exploración táctil con sonda: intenta detectar cavitación o reblandecimiento del esmalte al quedar atrapada la punta del explorador (p. 25).
- Seda dental: cuando la utilizamos entre dos dientes y se deshilacha es muy probable que exista una cavitación con bordes cortantes (p. 25).

### EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA

**Ilustración 43 Radiografía dental.**



**FUENTE:**

<https://www.eldentistamoderno.com/2015/04/se-publica-en-espana-la-primera-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-el-tratamiento-no-invasivo-de-la-caries-dental/>

Las imágenes radiográficas se producen por la diferente capacidad que tienen los tejidos (densidad) de atenuar los rayos X (p. 25).

El esmalte y la dentina atenúan mucho los rayos X, dando lugar a una imagen blanquecina en la radiografía (p. 25).

La pulpa atenúa poco los rayos X provocando una imagen gris oscura en la radiografía (p. 25).

Según por Cisneros y colaboradores, (2011), a la hora de evaluar una caries mediante una radiografía, debemos tener en cuenta que lo que estamos observando son únicamente aquellas zonas de desmineralización que producen cambios en la absorción de los rayos X, pudiendo existir caries que no se detecten o lesiones más extensas de lo que vemos en la radiografía (p. 25).

Afirmado por Cisneros y colaboradores, (2011), las exploraciones radiológicas son poco útiles para el diagnóstico de las caries de puntos, surcos y fisuras porque sólo pueden verse, y no siempre, aquellas que están orientadas en la misma dirección de los rayos X, apareciendo como un trazo fino, rectilíneo y radiolúcido. Sí pueden ayudar a determinar aproximadamente la profundidad de la lesión en la dentina, observándose una imagen radiolúcida debajo del esmalte afectado (p. 26).

## TRANSILUMINACIÓN

Este método diagnóstico comenzó a utilizarse a principio de los años 1970 y se basa en el hecho de que el esmalte de las lesiones cariosas tiene un índice de transmisión de luz menor que el del esmalte sano. Utilizando una luz preferiblemente brillante para iluminar el diente, las caries aparecerán más oscuras ya que la luz es absorbida en mayor cantidad cuando se encuentra una lesión desmineralizada (p. 26).

## DETECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA CARIES (ECM)

Dicho por Cisneros y colaboradores, (2011), método que pretende la detección de caries incipientes y que utiliza la medición de la conducción eléctrica del diente. El valor de la resistencia a la conducción eléctrica que tiene cada diente depende de la porosidad local del punto medido, de la cantidad de líquido (saliva) en el área porosa, de su temperatura y de la concentración de iones (p. 26).

## FLUORESCENCIA INDUCIDA POR LASER

En opinión de Martínez, et. al, (2006), los equipos utilizados para el diagnóstico de la caries funcionan con un diodo de laser que genera un rayo de luz con una longitud de onda definida, que incide sobre el diente (p. 27)

## ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL

Keys: en 1969 desarrolla la tríada ecológica, según la cual, la caries dental se produce por la interacción entre tres (3) grupos de factores: sustrato oral, ciertos tipos de bacterias y la susceptibilidad. Identifica que la sacarosa favorece el proceso carioso; establece el carácter infectocontagioso de la enfermedad y responsabiliza definitivamente a *S. mutans* como causa (Gomes, et. al, 2010, p. 73).

A partir de la tríada y de las experiencias de Vipeholm y Hopenwood House, que consolidan al azúcar como el archienemigo de los dientes, los programas educativos pasan a combatir el uso desenfrenado del azúcar (p. 73).

Los siguientes gérmenes conllevan etiológicamente la caries dental en dientes: (p. 73).

El predominio de *S.sanguinis* y *S.mitis* en cavidad bucal se asocia a sujetos sanos libres de caries (Alonso, et. al, 2009, p. 8).

**S.mutans** se relaciona con el inicio y progresión de las lesiones de caries, aunque su presencia no es indispensable para el desarrollo de la enfermedad, por lo que **S.mutans** puede no representar un factor etiológico bacteriano determinante (p. 8).



- El predominio de especies de Lactobacillus, Bifidobacterium y Prevotella en las etapas avanzadas de las lesiones de caries, y su ausencia en la biopelícula dental de lesiones iniciales, demuestra que estos microorganismos son oportunistas secundarios, que colonizan la biopelícula de lesiones avanzadas contribuyendo con la progresión de la lesión de caries (Alonso, et. al, 2009, p. 8).
- La presencia de Actinomyces en niños se asocia con el inicio de lesiones de caries en dentición primaria, y en adultos con el inicio de lesiones de caries radicular (Alonso, et. al, 2009, p. 8).
- La importancia de entender los procesos que conllevan a la sucesión bacteriana durante el desarrollo y progresión de la lesión de caries, así como la identificación de especies iniciadores del signo de la enfermedad, radica en que pueden ser el blanco de diferentes mecanismos terapéuticos para evitar la progresión de la lesión y evitar técnicas invasivas que conllevan al sacrificio de tejido dentario (Alonso, et. al, 2009, p. 8).

## **CAUSAS PREDISPONENTES GENERALES**

### **EDAD**

Como afirma Alonso y colaboradores, (2009), la caries afecta tanto a los dientes temporales como a los permanentes; empieza a manifestarse de los 3 a los 4 años, y aumenta de manera progresiva hasta los 11 ó 12 años, época general de la caída del último diente temporal. Respecto a los dientes permanentes, es frecuente la caries de 13 a 25 años; lo es menos en la juventud y edad madura; en la ancianidad vuelve a ser frecuente (p. 8).

El diente se va mineralizando con la edad, la sustancia que une los prismas del esmalte se va secando y éstos pueden disgregarse fácilmente, abriendo así una puerta de entrada a los agentes destructores (p. 8).

### **HERENCIA**

La influencia hereditaria se marca francamente sobre los dientes. En la dentición temporal influyen de manera clara los diversos fenómenos de la vida intrauterina, las condiciones de la madre. En cuanto a los permanentes, sufren las afecciones de la primera infancia: enfermedades agudas, crecimiento, etc (p. 8).

## HÁBITOS DE VIDA

Trata esta consideración de los hábitos de la vida civilizada que impiden el buen desarrollo del organismo, en oposición a los de la vida salvaje que tienden a desarrollarlo mejor, a hacerlo más fuerte y vigoroso, capaz de adquirir mayores defensas para resistir cualquiera afección (p. 8).

## CARIES DE PRIMER GRADO

Ilustración 44 Caries dental.



FUENTE: <https://www.clinicamorán.es/aula/caries/>

La caries de primer grado, caries superficial o caries del esmalte, está caracterizada por la desaparición de la cutícula de Nasmith y la alteración y decalcificación del esmalte (Alonso, et. al, 2009, p. 16).

## SÍNTOMAS FÍSICOS

Si inspeccionamos caries antiguas de las superficies triturantes, encontramos manchas de color oscuro: en las caras laterales y en caries recientes hay opacidad del esmalte y manchas de color gris o amarillentas; al pasar un explorador por dichos puntos, palpamos los tejidos friables y quebradizos (Alonso, et. al, 2009, p. 16).

## DIAGNÓSTICO

Con un examen cuidadoso del diente se puede hacer fácilmente el diagnóstico de este grado de caries; sin embargo, no debe confundirse con las simples pigmentaciones o manchas del esmalte (Alonso, et. al, 2009, p. 16-17).

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

La coloración oscura de la caries crónica es debida a la fijación en el interior de la cavidad de microbios cromógenos (p. 17).

## TRATAMIENTO

Ilustración 45 Salud dental.



**FUENTE:**

<https://www.eldentistamoderno.com/2021/07/la-gestion-de-una-clinica-tradicional-en-tiempos-de-pandemia/>

1. Separación permanente de los dientes, es decir, remoción del tejido cariado y pulimento esmerado de la nueva superficie (p. 17).
2. Apertura y limpieza de la cavidad y relleno de ésta con el material apropiado (p. 17).

## CARIES DE SEGUNDO GRADO

Ilustración 46 Caries dental.



FUENTE:

<https://www.clinicamorán.es/aula/caries/>

Es una lesión mediana, no penetrante, que ataca el esmalte y la dentina sin afectar la pulpa (p. 17).

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Bajo el orificio del esmalte, de tamaño variable, se encuentra una cavidad dental de mayores dimensiones, pues este tejido ofrece menor resistencia que el esmalte a los agentes exteriores; en ocasiones sucede que el esmalte se rompe dejando descubierta la cavidad (p. 17-18).

### CAVIDAD

Generalmente presenta la forma esferoidal; a veces puede extenderse en superficie, como sucede en los terceros molares superiores, o en forma de anillo bajo los ganchos de los aparatos protéticos; y por último, toma la forma de un surco estrecho y profundo en sentido transversal en el cuello de los dientes (p. 18).

Debe distinguirse en la cavidad su extensión aparente, es decir, la que presenta cuando contiene las capas de dentina reblandecida; de la extensión real, o sea la

que presenta después de removido este tejido, cuando encontramos paredes resistentes formadas por dentina normal contra la cual produce el excavador un ruido claro y sonoro llamado "grito dentinal" (p. 18).

## CONTENIDO

La cavidad producida por la caries de segundo grado contiene macroscópicamente detritus alimenticios y dentina reblandecida (Alonso, et. al, 2009, p. 18).

Dentina secundaria.- Las defensas naturales del organismo contra la acción invasora de la caries dental, se manifiestan en el sistema dental por la formación de un nuevo tejido llamado "dentina secundaria" (p. 18).

## SINTOMAS DE LA CARIES DE SEGUNDO GRADO

Ilustración 47 Dolor por Caries Dental.



### FUENTE:

<https://www.eldentistamoderno.com/2022/02/los-test-geneticos-bacteriologicos-de-caries-y-enfermedad-periodontal-no-son-utiles-para-predecir-estas-patologias/>

A juicio de Alonso, et. al, (2009), la caries ha llegado a la zona anastomótica de la periferia de la dentina, lo que se manifiesta por sensibilidad o dolor en este órgano, debido a la irritación de las fibrillas de Tomes, especialmente marcadas en la caries del cuello (p. 20).

## SÍNTOMAS FÍSICOS

La transparencia es normal; ésta puede comprobarse comparando el diente con el homólogo o con su vecino (p. 21).

## **PALPACIÓN**

Al explorar con el excavador, notamos un reblandecimiento muy marcado; las capas de dentina superficiales son las más alteradas, poco a poco van siendo más densas hasta llegar a la dentina sana (p. 21).

## **PERCUSIÓN**

No siente el diente dolor alguno a la percusión, salvo cuando la caries está situada en el cuello, caso en el cual puede producir una ligera artritis (p. 21).

## **IRRITACIÓN TÉRMICA**

El calor moderado no produce dolor; el frío produce un dolor vivo que puede prolongarse algunos minutos después de hecha la aplicación. Debe tenerse en cuenta el estado nervioso del paciente para apreciar mejor el fenómeno del dolor (p. 21).

## **IRRITACIÓN QUÍMICA**

Los alimentos ácidos, azucarados y salinos producen "destemplanza" y a veces dolor, especialmente en la caries del cuello (Alonso, et. al, 2009, p. 22).

## **DIAGNÓSTICO**

Debe hacerse con absoluta precisión el diagnóstico de la caries de segundo grado, asunto bastante difícil cuando se trata de una caries avanzada en que la sintomatología va perdiendo sus caracteres típicos para declararse en caries de tercer grado (Alonso, et. al, 2009, p. 22).

## **TRATAMIENTO**

Vencida la hiperestesia, procederemos a la preparación de la cavidad, según las reglas operatorias del caso y a la obturación de ella con el material apropiado (Alonso, et. al, 2009, p. 24).

## CARIES DE TERCER GRADO

Ilustración 48 Caries Dental.



FUENTE:

<https://www.clinicamorán.es/aula/car>

La caries de tercer grado es una lesión penetrante, en la cual la pulpa se encuentra afectada pero viva, sea en su totalidad o sea parcialmente, en los canales radicales, lo que se observa al final de este grado (Alonso, et. al, 2009, p. 24-25).

Forma general de la lesión: dos cavidades superpuestas, la de la caries y la de la pulpa, unidas por un espacio intermedio llamado “aguiero pertuis” (p. 25).

## PULPITIS

Enfatiza Alonso, et. al, (2009), la pulpitis es la inflamación de la pulpa dental; no difiere la pulpitis de la inflamación de los demás tejidos del organismo humano, pero debido a ciertas peculiaridades en su estructura y a la circunstancia de estar encerrada dentro de paredes inextensibles, le dan características especiales a la inflamación de dicho órgano (p. 25).

## **ETIOLOGÍA**

Tiene por causa la pulpitis la acción de un irritante cualquiera, cuyo origen puede hallarse bien en un cambio orgánico, bien en una injuria mecánica o bien en alguna condición discrásica del individuo (p. 26).

Pulpitis sub-aguda: estado ligeramente hiperémico de los vasos de la pulpa; por tal razón el más débil irritante aumenta momentáneamente el flujo sanguíneo, y los vasos dilatados por la mayor cantidad de sangre ejercen presión sobre los filetes nerviosos, produciendo el dolor (p. 28).

## **SÍNTOMA**

El primer síntoma subjetivo de la pulpitis aguda está traducido por la impresionabilidad a los agentes exteriores, en particular a los cambios térmicos, los cuales son en un todo intocable. El agua y el aire frío provocan dolores agudos (p. 28).

## **DIAGNÓSTICO**

Si el diente enfermo acusa dolor alguno a la percusión, lo que nos indica que existe un principio de hiperemia de represión sanguínea o de congestión, el diagnóstico no es dudoso (p. 28).

## **PULPITIS AGUDA**

La lesión ha avanzado un grado más, la pulpa aparece de un color rojo subido, los vasos sanguíneos repletos de sangre e incapaces de dilatarse más, debido a la resistencia que les ofrecen las paredes rígidas de la cámara pulpar; ejercen mayor compresión sobre los filetes nerviosos, ocasionando el dolor característico de la compresión de un nervio (Alonso, et. al, 2009, p. 29).

La pulpa sangra al menor contacto y es frecuente que forme hernia hacia fuera de la cámara pulpar (p. 29).

## **COMPLICACIONES**

Puede haber propagación de la inflamación al ligamento articular (p. 29).



## **PULPITIS CRÓNICA**

Se presenta con frecuencia cuando el órgano central del diente es lentamente expuesto al proceso invasor de la caries; hay en estos casos cierta expansión de la pulpa coronal por el pertuis de la caries, permitiendo por tal razón la salida de los gases provenientes de la descomposición e impidiendo en cierto modo el completo éxtasis sanguíneo, y por consiguiente, la muerte en masa de este órgano (Alonso, et. al, 2009, p. 30).

## **HIPERTROFIA**

Esta se observa con frecuencia en todos aquellos casos en que la pulpa expuesta ha venido sufriendo irritaciones frecuentes, principalmente ocasionadas por los bordes cortantes de la cámara pulpar y es consecutiva a los accesos de pulpitis aguda (p. 30).

## **CONSECUENCIAS**

Como resultado de la pulpitis aguda o crónica, puede sobrevenir la necrosis pulpar, bien parcial o total (Caríes de 4° grado) (p. 30).

## **PERTURBACIONES ACCESORIAS**

Las encías se encuentran irritadas por la vecindad de la lesión y producen fungosidades (p. 30).

## **PATOGENIA**

Puede ser la pulpitis: 1° Primitiva o de causa interna. 2° Secundaria, es decir, ocasionada por la infección de la dentina cariada (p. 32).

## **DIAGNÓSTICO**

- 1° Debe distinguirse de la caries de segundo grado avanzada (p. 33).
- 2° Con la caries de cuarto grado, ésta se diferencia por la completa mortificación del órgano central del diente, tanto en la cámara pulpar como en sus dependencias o canales radiculares, y por consiguiente hay insensibilidad total, es decir, de toda la masa pulpar (p. 33).

## TRATAMIENTO

Declaro Alonso, et. al, (2009), tratamiento conservador se tendrán en cuenta las siguientes circunstancias: edad del paciente, extensión de la exposición pulpar, sitio que ocupa el diente en la boca, grado y duración de la inflamación, constitución del paciente y país donde habita, pues como se sabe, existen en estas condiciones indicaciones y contraindicaciones que es preciso no olvidar (p. 34).

Tratamiento extirpador: Consiste en la desvitalización del órgano central por medio de agentes químicos, entre los cuales la universalmente usada es el arsénico en diversas preparaciones. El método de anestesia y la cataforesis merecen también citarse (p. 34).

## CARIES DE CUARTO GRADO

Ilustración 49 Caries dental.



FUENTE:

<https://www.clinicamorán.es/aula/caries/>

Es aquella en que la pulpa se encuentra gangrenada y muerta tanto en la cámara pulpar como en sus dependencias o canales radiculares (p. 34-35).

## **ANATOMÍA PATOLÓGICA**

En este grado de la caries la pulpa se encuentra mortificada, insensible y reducida a un putrilago fétido y negruzco que al intentar retirado sale por fragmentos. En algunas ocasiones la pulpa está eliminada de los canales radiculares y éstos se encuentran llenos de gases. Otras veces está completamente momificada (p. 35).

## **FORMA DE LA LESION**

Generalmente no existen sino restos de la corona del diente; en casos poco numerosos existe ésta, y en la mayoría sólo encontramos restos de la raíz. Los canales se encuentran ensanchados por la acción de la caries: si el tejido del diente es compacto y está poco infectado, pierde la corona su transparencia y se nota en ella una coloración grisácea (p. 35).

Bacteriología.- la caries de cuarto grado tiene por signo patognomónico la muerte total del órgano central del diente y su estado más o menos putrefacto (p. 35-36).

Tanto los microbios aerobios como los anaerobios contribuyen a la putrefacción y unos y otros llevan a cabo la descomposición de las sustancias albuminoideas (p. 36).

## **COMPLICACIONES CARIES DE 4°**

Un diente atacado de caries de cuarto grado es una vía abierta, casi siempre muy infectada, que hace comunicar el medio bucal séptico con la articulación alveolo-dental (Alonso, et. al, 2009, p. 38).

Las fluxiones, los abscesos, las fístulas, las hipersementosis, los quistes radiculares, las necrosis parciales, las adenitis, la contractura muscular o trismus y el empiema del seno maxilar (p. 39).

## **TRATAMIENTO DE LA CARIES DE 4°**

Dicho por SAVER, et. al, (1922), consiste en la amplia apertura tanto de la cámara pul par como de los canales radiculares, para dar franca salida a los gases provenientes de la putrefacción: siendo la mayoría de los microbios que se

encuentran en estos casos estrictamente anaerobios, debemos naturalmente usar de preferencia medicamentos oxidantes, tales como el perhidrol, el agua oxigenada, el pirozono, el permanganato de potasa, etc... (p. 40).

## **FACTORES RELACIONADOS CON EL HUÉSPED**

A juicio de Núñez y colaboradores, (2010), con respecto al huésped, es necesario analizar las propiedades de la saliva y la resistencia del diente a la acción bacteriana (p. 158).

### **SALIVA**

La saliva es una solución sobresaturada en calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, enzimas, agentes buffer, inmunoglobulinas y glicoproteínas, entre otros elementos de gran importancia para evitar la formación de las caries (Núñez y colaboradores, 2010, p. 158).

Al estudiar las funciones de las proteínas salivales ricas en prolina, se ha demostrado que estas interaccionan con la superficie del diente, y forman parte de una capa de proteínas que se deposita sobre el mismo, denominada película adquirida. Esta está involucrada en procesos importantes como la protección de la superficie dentaria, su remineralización y la colonización bacteriana, entre otras (Núñez y colaboradores, 2010, p. 158).

En la saliva además de proteínas, se han aislado péptidos con actividad antimicrobiana, como por ejemplo, las beta defensinas. Se considera que además de la defensa de la superficie de la cavidad bucal, pudieran inhibir la formación de la placa dental bacteriana y, por lo tanto, el desarrollo de la caries dental (Núñez y colaboradores, 2010, p. 158).

## **MICROFLORA**

Dicho por Núñez y colaboradores, (2010), el gran número de bacterias que se encuentra en la cavidad bucal, los microorganismos pertenecientes al género estreptococo (*Streptococcus mutans* y *Streptococcus mitis*), así como la *Rothia dentocariosa*, han sido asociados con la caries tanto en animales de experimentación como en humanos (p. 158).

## **COLONIZACIÓN BACTERIANA**

El paso más importante para que se produzca la caries, es la adhesión inicial de la bacteria a la superficie del diente. Esta adhesión está mediada por la interacción entre una proteína del microorganismo y algunas de la saliva que son adsorbidas por el esmalte dental (p. 159).

Para la colonización bacteriana, es imprescindible la formación previa de una fina película de proteínas salivales sobre la superficie del diente: la ya mencionada película adquirida (p. 159).

## **FACTORES DE VIRULENCIA**

En el caso del *Streptococcus mutans*, los factores de virulencia más involucrados en la producción de caries son: (Núñez y colaboradores, 2010, p. 159).

1. Acidogenicidad: el estreptococo puede fermentar los azúcares de la dieta para originar principalmente ácido láctico como producto final del metabolismo. Esto hace que baje el pH y se desmineralice el esmalte dental (p. 159).
2. Aciduricidad: Es la capacidad de producir ácido en un medio con pH bajo (p. 159).
3. Acidofilicidad: El *Streptococcus mutans* puede resistir la acidez del medio bombeando protones ( $H^+$ ) fuera de la célula (p. 159).
4. Síntesis de glucanos y fructanos Los glucanos insolubles pueden ayudar a la bacteria a adherirse al diente y ser usados como reserva de nutrientes (p. 159).

El *Streptococcus mutans* secreta los tres tipos de glucosiltransferasas. Al producto de la GTF-I y la GTF-SI, con predominio alfa, se le denomina mutano. Su insolubilidad en agua, viscosidad y aspecto fibrilar, lo involucra en los fenómenos de adherencia, agregación y acumulación bacteriana en la placa dental. De esta manera la capacidad de producir mutano, está involucrada en el poder cariogénico del *Streptococcus mutans* (p. 160).

5. Producción de dextranasa (p. 160).

Las bacterias tienen la posibilidad de sintetizar y liberar enzimas glucanohidrolasas, como la dextranasa y la mutanasa. Estas se disponen en la superficie de las células bacterianas en contacto con el glucano, lo hidrolizan y facilitan así el paso de los productos de la hidrólisis hacia el interior de la misma (p. 160).

## SUSTRATO CARIOGÉNICO

Dicho por Núñez y colaboradores, (2010), factores que favorecen el desarrollo de la caries dental, es el consumo excesivo de azúcares simples. Numerosos estudios han demostrado la asociación entre caries y carbohidratos refinados o constituyen el sustrato de la microflora bucal y dan inicio al proceso de cariogénesis (p. 160).

## 2.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL

Ilustración 50 Periodontitis



FUENTE: <https://www.eldentistamoderno.com/2020/10/tener-periodontitis-avanzada-triplica-la-probabilidad-de-sufrir-un-ictus-isquemico-futuro/>

En un sentido más amplio enfermedad periodontal se refiere a todos los procesos patológicos que afectan al periodonto. La forma predominante de enfermedad periodontal es un proceso destructivo de avance lento denominado enfermedad periodontal inflamatoria crónica que provoca la destrucción del aparato íntegro de sostén de los dientes (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 38).

La enfermedad periodontal inflamatoria crónica se divide en dos etapas principales (p. 38).

La gingivitis no tratada provocará que la inflamación se extienda hacia la profundidad del periodonto dañando la inserción epitelial, el ligamento periodontal y el hueso alveolar (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 42).

La periodontitis es la forma más grave y destructiva de esta enfermedad. A medida que la reacción tisular se hace más profunda, se produce un surco gingival, más acusado por migración apical de la inserción epitelial, aumentando el tamaño de la encía y convirtiéndose en un auténtico saco, la bolsa gingival (p. 42).

## **CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES**

Afirman Matesanz-Pérez, y colaboradores, (2008).

A. Inducidas por placa bacteriana (p. 12).

Sin otros factores locales asociados (p. 12).

Con otros factores locales asociados (p. 12).

- Factores anatómicos (p. 12).
- Obturaciones desbordantes (p. 12).
- Fracturas radiculares (p. 12).
- Reabsorciones cervicales y perlas del esmalte (p. 12).

Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos (p. 12).

Asociadas con el sistema endocrino (p. 12).

- Gingivitis asociada a la pubertad (p. 12).
- Gingivitis asociada al ciclo menstrual (p. 12).
- Asociada al embarazo (p. 12).

- Gingivitis asociada a Diabetes mellitus (p. 12).

Asociadas a discrasias sanguíneas (p. 12).

- Gingivitis asociada a la leucemia (p. 12).
- Otras (p. 12).

Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos (p. 12).

Inducidas por drogas (p. 12).

- Agrandamientos gingivales influidos por drogas (p. 12).
- Gingivitis influidas por drogas (p. 12).
- Gingivitis asociadas a contraceptivos orales (p. 12).
- Otras (p. 12).

Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición (p. 12).

Déficit de ácido ascórbico (p. 12).

Otras (p. 12).

B. No inducidas por placa bacteriana  
Enfermedades gingivales de origen bacteriano  
específico (p. 12).

Lesiones asociadas a Neisseria gonorrea (p. 12).

Lesiones asociadas a Treponema pallidum (p. 12).

Lesiones asociadas a streptococos (p. 12).

Otras (p. 12).

Enfermedades gingivales de origen viral (p. 12).

Infecciones por herpesvirus (p. 12).

- Gingivoestomatitis herpética primaria (p. 12).
- Herpes oral recidivante (p. 12).
- Infecciones por varicela-zóster (p. 12).
- Otras (p. 12).

Enfermedades gingivales de origen fúngico (p. 12).

Infecciones por Cándida (p. 12).



Eritema Gingival Lineal (p. 12).

Histoplasmosis (p. 12).

Otras (p. 12).

Lesiones gingivales de origen genético (p. 12).

Fibromatosis gingival hereditaria (p. 12).

Otras (p. 12).

Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas (p. 13).

Reacciones alérgicas atribuibles a materiales dentales: Hg, Ni, acrílico... (p. 13).

Desórdenes mucocutáneos (p. 13).

- Liquen Plano (p. 13).
- Penfigoide (p. 13).
- Pénfigo Vulgar (p. 13).
- Eritema Multiforme (p. 13).
- Lupus Eritematoso (p. 13).
- Inducidos por medicamentos (p. 13).
- Dentífricos, colutorios, aditivos de alimentos... (p. 13).

Lesiones traumáticas (autolesiones, iatrogenias, accidentales) (p. 13).

Lesión química (p. 13).

Lesión física (p. 13).

Lesión térmica (p. 13).

Reacciones a cuerpos extraños (p. 13).

Otras (p. 13).

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES**

Según Matesanz-Pérez, y colaboradores, (2008), existen ciertas características que coinciden en todos los casos de enfermedad gingival asociada a placa y que ayudan al clínico en la identificación del problema, pero siempre teniendo presente que sólo vamos a encontrar signos o síntomas sobre la encía, nunca sobre el

resto del periodonto, ya que de ser así, la alteración se escaparía del apartado de enfermedades gingivales. Todas ellas se caracterizan por: (p. 13).

1. Presentar placa bacteriana que inicia o exagera la severidad de la lesión (p. 13).
2. Ser reversibles si se eliminan los factores causales (p. 13).
3. Por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes (p. 13).

Clínicamente se aprecia una encía inflamada, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema o fibrosis, una coloración roja o azulada, una temperatura sulcular elevada, sangrado al sondaje y un incremento del sangrado gingival (p. 13).

Todos estos signos están asociados a periodontos sin pérdidas de inserción, o estables aunque en periodontos reducidos. Los signos clásicos de inflamación pueden apreciarse en la inspección visual, lo que facilita el diagnóstico con la simple exploración del paciente. Para su detección es necesaria la sonda periodontal, que ayuda a estimular el sangrado y a detectar el componente inflamatorio de las bolsas. Además, con la sonda descartaremos la existencia de pérdida de inserción, lo cual nos confirma el diagnóstico de alteración gingival (Según Matesanz-Pérez, y colaboradores, 2008, p. 13).

## **ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL**

Acerca del papel de las bacterias y del huésped en la gingivitis, se ha llegado a la conclusión de que todo el proceso tiene lugar como consecuencia del intento del huésped de defenderse de la amenaza que suponen las bacterias de la placa. Cronológicamente, lo primero que ocurre es que una inadecuada técnica de higiene oral permite la acumulación de placa sobre el surco gingival, ante lo cual el huésped va a responder con una capacidad mayor o menor, lo que le generará un cuadro de gingivitis más o menos llamativo (Según Matesanz-Pérez, y colaboradores, 2008, p. 15).

## GINGIVITIS

Ilustración 51 Gingivitis.



**FUENTE:**

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-odontol%C3%B3gicos/enfermedades-odontol%C3%B3gicas/fuente.html>

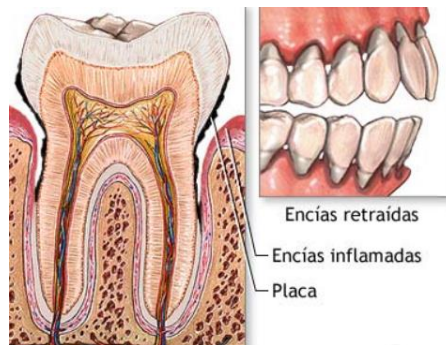
Dicho por Doncel Pérez y colaboradores, (2011), la gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los pacientes jóvenes; los tejidos blandos que rodean al diente son los afectados; se caracteriza por el edema, sensibilidad, enrojecimiento y sangramiento gingival. Está muy asociada a la deficiente higiene bucal y a los cambios hormonales de la pubertad (p. 41).

Dicho por Falcón, et. al, (2008), la inflamación de las encías es llamada gingivitis. Las bacterias presentes en la placa que rodea los dientes liberan las enzimas colagenazas, las cuales pueden dañar y erosionar los tejidos de las encías. Las encías infectadas se inflaman, sangran con facilidad, se retraen y se separan de los dientes (p. 1).

### SÍNTOMAS DE GINGIVITIS

Los síntomas no suelen ser visibles hasta que la enfermedad está avanzada. Entre ellos se encuentran (Falcón, et. al, 2008, p. 15).

### Ilustración 52 Enfermedad periodontal.



FUENTE: (3) Medline, 2008.

Mal aliento (p. 16).

Encías rojas o inflamadas (p. 17).

Encías que sangran al cepillarse, al usar el hilo dental o en cualquier otro momento (p. 17).

Encías muy sensibles o sangrantes (p. 18).

Dolor al masticar (p. 18).

Dientes flojos y sensibles (p. 19).

### MICROBIOLOGÍA

La gingivitis es causada por la acción de sustancias derivadas de la placa microbiana que se acumula cerca del surco gingival. Las especies microbianas específicas son los estreptococos sanguis y el fusobacterium naviforme. Las bacterias comprometidas en la etiología de la gingivitis incluyen especies específicas de estreptococos fusobacterium, actinomicetes, veillonella, treponema, posiblemente bacteroides, la colonización bacteriana y la participación son secuenciales con aumento de la flora asociada, presentándose la lesión temprana, y la lesión establecida (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 43).

## TIPOS DE GINGIVITIS

### LA GINGIVITIS SIMPLE

Es la más común se la considera como un proceso crónico y de larga duración, puede localizarse en un diente o generalizada comprometiendo un segmento, o toda la encía. Dentro de la gingivitis simple se encuentra la gingivitis de erupción, que es la que se presenta en niños pequeños cuando empiezan a salir sus piezas temporarias o también cuando las piezas permanentes empiezan a brotar, y esto se debe al choque de los alimentos directamente contra la encía (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 45).

### GINGIVITIS RELACIONADA CON LAS HORMONAS SEXUALES

Aparece durante el embarazo o durante la administración de anticonceptivos orales. La del embarazo suele ser la más importante pero no degenera en una periodontitis más destructiva. La progesterona repercute sobre la microvascularización del tejido conectivo (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 46).

### GINGIVITIS RELACIONADA CON FÁRMACOS

Tales como las hidantoínas, ciclosporinas y nifedipina. Provocan una hipertrofia por afectación, especialmente del colágeno gingival. La magnitud de la inflamación está relacionada con la cantidad de placa acumulada, por lo que un adecuado control de ésta reduce su intensidad (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 46).

### GINGIVITIS RELACIONADA CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Un ejemplo son la leucemia o el déficit de vitamina C. Debe sospecharse esta etiología cuando existe una gingivitis con sangrado muy intenso en relación con la presencia moderada de placa bacteriana, sobre todo en niños (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 46).

### GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE AGUDA (GUNA)

Se trata de una infección bacteriana mixta, modificada por una serie de determinantes sistémicos. Los microorganismos responsables suelen ser las

espiroquetas intermedias, bacterias y fusobacterias. Se asocia al estrés físico (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 46).

## LA GINGIVITIS CRÓNICA INESPECÍFICA

Es un tipo de enfermedad periodontal que se da en la preadolescencia, rara vez presenta dolor y se puede presentar por lapsos de tiempos prolongados y esta puede ser producida por distintos factores que se unen y hacen que su causa sea más compleja (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 47).

## GINGIVITIS NO RELACIONADA CON LA PLACA BACTERIANA

Se caracteriza por no resolverse con control mecánico o químico de la placa bacteriana. No se encuentra siempre en el margen gingival, pudiendo no iniciarse en esta zona. La inflamación progresa en sentido apicoronal. Podemos encontrar: (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 47).

- Gingivitis asociadas a enfermedades cutáneas como el pénfigo (p. 47).
- Gingivitis alérgicas (p. 47).
- Gingivitis de infecciones virales (p. 47).
- Gingivitis fúngicas (p. 47).

## TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

El procedimiento clínico para eliminar esta enfermedad es a través de la eliminación del sarro (detartraje), pulido de las coronas de los dientes (Profilaxis o Pulido Coronario) y, finalmente, realizar una instrucción sobre las técnicas de cepillado (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 48).

La clorexhidina ha demostrado ser muy eficaz para la inhibición bacteriana y con cierta capacidad para reducir la inflamación gingival, pero tiene cierta contraindicación como la tinción dentaria en usos prolongados, por eso se recomienda colutorios al 0,12% con 2 enjuagues diarios uno cada 12 horas durante 10 a 15 días (p. 48).

## PERIODONTITIS

Ilustración 53 Periodontitis.



**FUENTE:**

[https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-odontol%C3%B3gicos/enfermedades-periodontales/periodontitis?query=periodontitis%](https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-odontol%C3%B3gicos/enfermedades-periodontales/periodontitis?query=periodontitis%20)

Según Rojo Botello, et. al, (2011), la periodontitis es una enfermedad infecciosa que ocasiona la destrucción de los tejidos de soporte del diente, el grado de destrucción difiere ampliamente entre las distintas formas de esta enfermedad (p. 1).

## TIPOS DE PERIODONTITIS

### PERIODONTITIS PREPUBERAL

Se presenta en niños antes de los 11 años de edad, caracterizada por tener una evolución rápida, movilidad y pérdida dentaria; se ha encontrado una alta prevalencia de *P. intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *E. corrodens*, *Capnocytophaga* sp. y en menor proporción *F. nucleatum* y *P. gingivalis* (Guilarte y colaboradores, 2004, p. 5).

### PERIODONTITIS JUVENIL

También llamada Periodontitis Juvenil Localizada, que se presenta durante la pubertad, entre 11 y 19 años de edad, caracterizada por movilidad y pérdida rápida de los dientes; los ensayos microbiológicos indican que *A. actinomycetemcomitans* conforma un 90% de la microbiota cultivable, siendo el

agente etiológico primario en este tipo de enfermedad. No obstante, otros microorganismos asociados incluyen *P. gingivalis*, *E. corrodens*, *C. rectus*, *F. nucleatum*, *E. capillus*, *Eubacterium brachy*, especies de *Capnocytophaga* y espiroquetas (Guilarte y colaboradores, 2004, p. 5-6).

#### PERIODONTITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA O DE AVANCE RÁPIDO

Según Guilarte y colaboradores, 2004, afecta a individuos adultos jóvenes (antes del término de la pubertad) y adultos entre 30 y 35 años de edad, caracterizada por la pérdida extremadamente rápida de los dientes, tejido conectivo y hueso alveolar; los microorganismos relacionados en valores altos en lesiones severas son *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *A. actinomycetemcomitans*, *E. corrodens*, *C. rectus* y *B. forsythus* (p. 6).

#### PERIODONTITIS CRÓNICA

La cual se inicia en el adulto joven y progresa durante toda la vida del individuo, siendo clínicamente significativa a partir de los 35 años de edad, caracterizada por la pérdida de la inserción del tejido conectivo con el diente, los microorganismos principalmente implicados son *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *P. nigrescens*, *P. loescheii*, *P. oralis*, *F. nucleatum*, *E. corrodens*, *C. rectus*, *B. forsythus*, *Treponema* sp, y en menor proporción *P. micros*, *P. anaerobius* y *E. brachy* (p. 6).

#### PERIODONTITIS SIMPLE

Es la forma más prevalente. Se hace clínicamente significativa sobre los treinta años de edad y suele estar precedida de una gingivitis. La pérdida de soporte se produce en los periodos activos de la enfermedad. Sin embargo, la presencia de *Porfiromona gingivalis* indica una alta probabilidad de periodontitis activa (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 52).

#### PERIODONTITIS AGRAVADA POR FACTORES SISTÉMICOS



Periodontitis de inicio precoz relacionada con enfermedades sistémicas. Afecta tanto a denticiones temporales como mixtas. No suele tener un buen pronóstico a medio y largo plazo, y supone la pérdida precoz -parcial o total- de los dientes. Las enfermedades asociadas son: déficit de adherencia leucocitaria, hipofosfatasa, neutropenia clínica, leucemias, sida, diabetes mellitus del tipo I, trisomía 21, etc (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 52).

## ABSCESO PERIODONTAL

Ilustración 54 Absceso periodontal.



FUENTE:

<https://www.redalyc.org/journal/2312/231254499011/html/>

Según Arroyo Cobeña, et. al, (2009), es una inflamación purulenta localizada situada en los tejidos periodontales. Son un signo adicional de la periodontitis, es frecuente en la zona de furcas comprometidas por la enfermedad periodontal, es una de las pocas manifestaciones dolorosas de la periodontitis y con frecuencias fistulosas, y de acuerdo con su tiempo de evolución se las puede clasificar en agudo y crónico (p. 53).

## FACTORES DE RIESGOS PARA LA ENFERMEDAD:

- Fumar (p. 53).
- Mala higiene buco dental (p. 53).
- Condiciones médicas (p. 53).
- Enfermedad del corazón (p. 53).

- Diabetes (p. 53).
- Terapia hormonal sustitutiva (p. 53).
- Osteoporosis (p. 54).
- Lupus (p. 54).
- VIH/SIDA (p. 54).
- Inmunodeficiencia (p. 54).
- Epilepsia (p. 54).

## **TRATAMIENTO**

La enfermedad periodontal en sus primeras etapas y en aquellos casos donde no exista un daño severo del periodonto se las puede tratar de la siguiente manera (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 54).

## **ANTIBIÓTICO**

La amoxicilina + ácido clavulánico a dosis altas puede considerarse una buena elección de tratamiento anti infeccioso (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p.54).

## **CURETAJE GINGIVAL.**

La palabra “curetaje” se utiliza actualmente para significar el raspado de la pared gingival a la altura del saco con el propósito de eliminar el tejido afectado (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 56).

## **RASPADO Y ALIZADO RADICULAR**

Con esta técnica se logra eliminar todas las masas de cálculos adheridos a la superficie dentaria. Se usan diferentes raspadores con movimiento de tracción para separar la masa calcárea de las superficies dentarias y una vez realizado esto se alisa toda la superficie de inserción del cálculo (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 56).

## **CURETAJE GINGIVAL**

La palabra “curetaje” se utiliza actualmente para significar el raspado de la pared gingival a la altura del saco con el propósito de eliminar el tejido afectado (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 57).

## **RASPADO Y ALIZADO RADICULAR**

Con esta técnica se logra eliminar todas las masas de cálculos adheridos a la superficie dentaria. Se usan diferentes raspadores con movimiento de tracción para separar la masa calcárea de las superficies dentarias y una vez realizado esto se alisa toda la superficie de inserción del cálculo (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 57).

## **GINGIVOPLASTIA**

Se utiliza el término de gingivoplastia para realizar el recontorneado artificial de la encía, buscando devolverle su arquitectura normal y fisiológica se emplea esta técnica en caso de hiperplasia localizada o generalizada. Es el remodelado plástico de la encía para establecer una forma anatómica adecuada que pueda funcionar fisiológicamente, está indicada en erupciones pasivas alteradas en donde la encía cubre una porción relativamente grande de la corona del diente, en gingivitis ulcerativa necrótica y cuando existen bolsas periodontales poco profundas (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 57).

## **GINGIVECTOMIA**

Consiste en la extirpación de la pared gingival de la bolsa periodontal, se utilizar para eliminar bolsas suprimiendo las paredes de tejido blando, destruyendo así el depósito periodontal de bacterias (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 57).

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMIA Y-GINGIVOPLASTIA

Indicaciones:

- Eliminación de sacos extraóseos cuya pared es fibrótica y firme, ya que esta pared no se va a retraer con las técnicas de curetaje (p. 57).
- Eliminación de hiperplasias gingivales (p. 57).
- Eliminación de abscesos periodontales extraóseos (p. 57).

Contraindicaciones:

- Cuando está indicado la cirugía ósea por la arquitectura irregular del hueso subyacente (p. 57).
- Cuando el fondo del saco es apical a la unión mucogingival (p. 57).
- Cuando se pueden presentar problemas estéticos postquirúrgicos (p. 57).
- Cuando la banda de tejidos de encía adherida no es suficiente (p. 57).

### 2.4 BRUXISMO

Ilustración 55 Bruxismo.



FUENTE: <https://www.clinicagramadent.com/aprietas-los-dientes-conoce-sobre-el-bruxismo-dental/>

Dicho por Frugone Zambra, y colaboradores, (2003), el bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apriete y rechinar dentario, es de etiología

multifactorial y está asociado principalmente a stress y a alteraciones del sueño o parasomnias. De acuerdo a las características clínicas particulares, se presentan diferentes tipos de bruxismo asociándose principalmente con adultos y aunque se presenta escasamente en niños, se debe diferenciar del desgaste fisiológico en dicha población (p. 1).

El bruxismo primario, o idiopático, corresponde al apretamiento diurno y al bruxismo del sueño cuando no se reconocen problemas o causas médicas. El bruxismo secundario, también denominado por ellos "iatrogénico" (Frugone Zambra, y colaboradores, 2003, p. 1-2).

Entonces, el acto de apretar y rechinar los dientes puede ser de causa conocida o de causa desconocida. Sea cual sea, se puede realizar durante el día o durante la noche. De aquí la nominación de bruxismo diurno y de bruxismo nocturno (Frugone Zambra, y colaboradores, 2003, p. 2).

De acuerdo a las características clínicas particulares, se presentan diferentes tipos de bruxismo asociándose principalmente con adultos y aunque se presenta escasamente en niños, se debe diferenciar del desgaste fisiológico en dicha población (p. 2).

Afirmado por Frugone Zambra, y colaboradores, (2003), entonces, el bruxismo diurno puede ser idiopático, si no se le reconocen causas o secundario o iatrogénico cuando está asociado a problemas neurológicos, psiquiátricos u otros. El bruxismo nocturno, que corresponde al acto de apretar y rechinar los dientes durante el sueño, también puede ser idiopático o puede ser secundario y éste comúnmente se trata en la literatura como un trastorno del sueño clasificado bajo el título de parasomnia (p. 2).

Esta patología que se encuentra inmersa en el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en los Estados Unidos de América, es el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su cuarta edición y se ordenan: (p. 2).

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (retrasos, trastornos del aprendizaje, de habilidades motoras, de la comunicación, del desarrollo, etc.) (p. 2).
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (p. 2).
- Trastornos mentales debido a enfermedades médicas (p. 2).
- Trastornos relacionados con sustancias (alcohol, alucinógenos, etc.) (p. 2).
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (p. 2).
- Trastornos del estado de ánimo (depresivos y bipolares) (p. 2).
- Trastornos de ansiedad (angustias, fobias) (p. 2).
- Trastornos somatomorfos (somatización, hipocondría) (p. 2).
- Trastornos facticios, trastornos disociativos (amnesia, despersonalización) (p. 2).
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual (p. 2).
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia) (p. 2).
- Trastornos del sueño: A) Primarios como disomnias y parasomnias. B) Del sueño relacionados con otro trastorno mental. C) Otros trastornos del sueño (p. 2).
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. (cleptomanía, piromanía) (p. 3).
- Trastornos adaptativos (p. 3).
- Trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide, narcisista, obsesividad, etc) (p. 3).
- Otros trastornos (psicológicos que afectan estado físico, motores inducidos por medicamentos y problemas de relaciones interpersonales, etc) (p. 3).

## **DESGASTE DENTAL RELACIONADA AL BRUXISMO**

Durante mucho tiempo el desgaste dental por atrición ha sido señalado en muchas ocasiones como semejante de bruxismo, dando la magnitud de una enfermedad compleja y multifactorial, en ocasiones inespecífico como es el desgaste, daño

que puede manifestarse por otros múltiples factores que originan deterioro dental por apretamiento o rechinar (Valdivieso Pineda, et. al, 2019, p. 9).

## **INTERFERENCIA OCLUSAL RELACIONADA AL BRUXISMO**

El bruxismo es una patología bucal que consiste en el movimiento del sistema masticatorio, donde se aprietan y rechinan los dientes, durante los períodos de vigilia o sueño, relacionándose el origen con factores psíquicos, interviniendo elementos como estrés y nerviosismo (Valdivieso Pineda, et. al, 2019, p. 11).

## **FACTORES ETIOLÓGICOS DEL BRUXISMO**

De acuerdo a las investigaciones revisadas, se han formulado varias teorías sobre la etiología del Bruxismo (Valdivieso Pineda, et. al, 2019, p. 12).

## **FACTORES PERIFÉRICOS**

En el primer grupo de factores periféricos etiológicos del bruxismo pueden distinguirse, las anormalidades ya sea en la oclusión dental o en la anatomía orofacial. Las maloclusiones por muchos años han sido señaladas como un factor causal, punto de vista que actualmente ha ido cambiando de forma progresiva (Valdivieso Pineda, et. al, 2019, p. 13).

## **FACTORES CENTRALES**

- **FACTORES PSICOLÓGICOS**

El bruxismo como una actividad parafuncional diurna o nocturna, que incluye apretar, rechinar o arrastrar los dientes inconscientemente (Valdivieso Pineda, et. al, 2019, p. 15).

Es común la creencia de que el estrés psicológico contribuye en la fisiopatología del bruxismo. Debido a la variedad de observaciones e investigaciones que

existen acerca del tema y a pesar de que algunos casos han mostrado incremento de la actividad electromiográfica del músculo masétero durante el sueño después de que los sujetos han experimentado estrés emocional o físico se requieren estudios controlados para clarificar el rol de los factores psicosociales en pacientes con bruxismo del sueño (Frugone Zambra, y colaboradores, 2003, p. 4).

- **FACTORES FISIOPATOLÓGICOS**

A juicio de Frugone Zambra, y colaboradores, (2003), los factores morfológicos se refieren a las alteraciones en la oclusión dentaria, y a anomalías articulares y óseas. Los factores patofisiológicos se refieren a una química cerebral alterada y los factores psicológicos se relacionan a desórdenes psicosomáticos, ansiedad, problemas de personalidad, etc (p. 3).

Además, hay factores como el hábito de fumar, la presencia de enfermedades, el trauma y la herencia que podrían jugar un rol así como los factores psicosociales y el estrés (p. 3).

Como dice Frugone Zambra, y colaboradores, (2003), factores patofisiológicos. Debido a que el bruxismo a menudo ocurre durante el sueño, la fisiología del sueño ha sido estudiada ampliamente en la búsqueda de las causas para dicho trastorno. Es por ello que se abordará en primer lugar la temática del sueño y luego los factores de mayor relevancia. El sueño es un estado marcado por una reducción de la conciencia, una disminución de la actividad de los músculos esqueléticos y un metabolismo disminuido. El sueño tiene un patrón de cuatro estados observables por medio de un electroencefalograma, un electrooculograma y un electromiograma de superficie (p. 3).

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL BRUXISMO**

El bruxismo es uno de los más prevalentes desórdenes oclusales, que hoy en día se da con mayor frecuencia en jóvenes puede presentarse como dolor orofacial o cefalea en región temporal; es considerado como el hábito de apretamiento y



rechinado de los dientes, con movimientos que hacen contactos sin propósitos funcionales y con distintos grados de intensidad (p. 17).

## TRATAMIENTO

Ilustración 56 Férula oclusal.



FUENTE: <https://www.clinicadentalgarcelan.com/que-es-el-bruxismo/>

De acuerdo con Frugone Zambra, y colaboradores, (2003), el bruxismo se trata tradicionalmente con planos o férulas oclusales, los que han demostrado ser eficientes para evitar desgastes dentarios, bajar el dolor facial y la fatiga muscular, sin embargo estudios han demostrado que una buena educación estomatognática y una autorregulación física por 16 semanas logra los mismos resultados que con el uso por un mes de plano oclusal. La autohipnosis y el biofeedback, previo a la conciliación del sueño, baja parafuncionales y hábitos de vida como la ingesta de alcohol, tabaco o café antes de dormir y todos estimulantes del sistema nervioso. Terapias farmacológicas en adultos, basadas en benzodiazepinas como Clonazepam y relajantes musculares como la ciclobenzaprina, que provocan una disminución de la actividad motora nocturna, han sido ampliamente estudiadas, demostrando tener efectos positivos, a corto plazo, en bajar los síntomas (p. 6).

## 2.5 CALCULO DENTAL

Ilustración 57 Calculo dental.



FUENTE: <https://www.artedentalclinic.com/es/sarro/>

Es una masa orgánica calcificada dura y en íntima relación con el tejido gingival, el locus de calcificación es la placa bacteriana, al mismo tiempo el cálculo está asociado con una capa de placa que lo cubre y embebe en productos tóxicos elaborados por ella. Es una masa de color amarillento, o verde, negruzco de consistencia pétreo, forma aplanada y firmemente adherida a la superficie dental (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 40).

### CLASIFICACIÓN DEL CÁLCULO DENTAL

#### CALCULO SUPRAGINGIVAL

Según su localización pueden ser supragingivales si son visibles y están depositadas en las coronas de los dientes, en relación con el margen gingival libre de la encía, generalmente son blancos o amarillentos, duros y se desprende fácilmente de la superficie dental (p. 42).

#### CALCULOS SUBGINGIVALES

Se encuentran por debajo del margen gingival en la encía normal, por debajo de la pared blanda del saco en casos de periodontitis, no son visibles, su detección se

logra por una transparencia de color negruzca en la pared gingival y por introducción de una sonda periodontal (p. 42).

## **CARACTERÍSTICAS DE CÁLCULO DENTAL**

El cálculo dental humano podría ser definido como depósitos calcificados que se encuentran sobre los dientes y estructuras sólidas de la cavidad oral. Esencialmente, es placa dental mineralizada, cubierta en su parte más externa por placa bacteriana vital, no mineralizada. También puede hallarse recubierta por materia alba, células epiteliales descamadas y células sanguíneas provenientes del líquido crevicular (Chimenos Küstner, et. al, 1998, p. 25).

## **COMPOSICIÓN QUÍMICA**

Dicho por Henz, y colaboradores, (2021), en cuanto a la composición química del cálculo, es parecida a la del hueso, dentina o cemento radicular. Sin embargo, presenta una parte orgánica más irregular con microorganismos en su interior. En el cálculo supragingival destacan las sales inorgánicas como: 75%  $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$ , 3%  $\text{CaCO}_3$ , 4%  $\text{Mg}_3(\text{PO}_4)_2$ , aunque también aparecen otros compuestos en pequeñas proporciones. El resto está compuesto por materia orgánica: proteínas y grasas (colesterol, ésteres de colesterol, fosfolípidos y ácidos grasos), carbohidratos y agua. El contenido mineral del cálculo supragingival es menor que el del subgingival (p. 19).

## **UNIÓN DE CÁLCULO AL DIENTE**

El cálculo dental está tenazmente unido al diente, tanto que el cálculo duro subgingival puede ser extremadamente difícil de eliminar. El cálculo es, esencialmente, placa calcificada y, por tanto, la unión a la superficie dental es la misma aproximadamente para ambos tipos de depósitos. La superficie del esmalte tiene la película adquirida unida firmemente y es ésta la que sirve de capa adhesiva para el desarrollo de la placa y de los depósitos mineralizados (Chimenos Küstner, et. al, 1998, p. 28).

## MEDICIÓN CLÍNICA

En la práctica clínica raramente se emplean medidas cuantitativas de depósitos de cálculo. Los pacientes habitualmente son considerados, como poco, moderados o griffides formadores de cálculo, en base a la capacidad que tengan para acumular cálculo subgingival en los seis meses que se medían entre las visitas de mantenimiento (Chimeno Küstner, et. al, 1998, p. 29).

La medida se hace en tres planos: a) bisectriz de la superficie lingual, b) diagonalmente en el ángulo mesioincisal del diente, y c) diagonalmente en el ángulo distoincisal. Este índice proporciona una excelente correlación con el peso en seco de los depósitos eliminados de los dientes mandibulares (Chimeno Küstner, et. al, 1998, p. 29).

## TRATAMIENTO

Ilustración 58 Curetaje.



FUENTE: <https://davalosybalboa.com/2020/11/13/diferencia-entre-limpieza-dental-y-curetajes/>

- CONTROL MECÁNICO DEL CÁLCULO DENTAL

El raspado es un procedimiento necesario para retirar los depósitos duros y suaves de la superficie dental, coronal al epitelio de unión, placa bacteriana, cálculo y endotoximas bacterianas causantes del problema, la eliminación del cálculo supragingival puede realizarse por medio de instrumentos de mano exclusivamente o por ultrasonidos, debiendo terminarse en este último caso con instrumental de mano (Caballero, et. al, 2011, p. 3).

- INSTRUMENTAL ULTRASÓNICO

Emplean ondas sonoras de alta frecuencia para fracturar depósitos de cálculo, y mediante la cavitación del agua realizar un lavado mecánico de la zona. La unidad ultrasónica consta de un generador eléctrico de potencia, que transforma esta energía eléctrica en ondas de alta frecuencia de 25 000 a 50 000 oscilaciones por segundo (Hz). Esta vibración desprende una gran cantidad de calor, para su refrigeración se introduce agua a través o por fuera de la punta del instrumento para poder refrigerar el núcleo productor de vibraciones, lubricar la punta del instrumento para controlar la producción de calor en el diente y arrastrar los cálculos desprendidos (Caballero, et. al, 2011, p. 3-4).

- INSTRUMENTAL SUBSÓNICO (O AIR-SCALER)

Es de apariencia externa similar al aparato de ultrasonidos. Tiene un fundamento diferente. Se conecta a la manguera de la turbina, de modo que el aire a presión produce dentro del instrumento unas turbulencias que se traducen en una vibración en la punta del orden de 6000 Hz. Su eficacia ha sido menos estudiada que la de los ultrasonidos. Sus indicaciones y forma de uso son las mismas que en los ultrasonidos, aunque parece ser menos útil en la remoción de cálculo grueso, y de eficacia aparentemente similar en la remoción de cálculo fino (Caballero, et. al, 2011, p. 4).

## 2.6 HALITOSIS BUCAL

Ilustración 59 Halitosis bucal.



FUENTE: <https://www.teeth22.com/blog/odontologia/halitosis/>

Como expresan Bravo I, et. al, (2014) halitosis, palabra latina que significa halitos (aire respirado) y osis (alteración patológica), mal aliento, o estomatodisodia, está definida como aliento ofensivo para otros. Presenta distintas etiologías, incluyendo, pero no limitado, a una enfermedad periodontal, cubrimiento bacteriano lingual, trastornos sistémicos, enfermedades otorrinolaringológicas, gastroenterológicas y diferentes tipos de alimentos (p. 276).

### EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con Bravo I, et. al, (2014), la prevalencia de halitosis ha sido estudiada en grupos de individuos, encontrando en distintas partes del mundo resultados diferentes. Se estima que la halitosis crónica moderada afecta a cerca de un tercio de los grupos, y la severa a menos del 5% de la población. En cuanto a episodios recurrentes de este problema, en el mundo desarrollado, existen prevalencias entre 8%-50% de personas afectadas. Existe una gran cantidad de factores asociados a esta enfermedad, la placa e infrecuentes visitas a dentistas han presentado una relación significativa con la halitosis severa (p. 276).

## FISIOPATOLOGÍA

El mal olor que procede de la cavidad oral se debe, cerca de 85%-90%, a la acción de bacterias, especialmente anaerobias, localizadas en el dorso de la lengua y en el surco gingival. Debido a la estructura de la lengua, su extensión y estructura papilada, es propensa a retener restos de comida y otros desechos, los cuales se descomponen por las bacterias presentes, originando el mal olor mediante la producción de compuestos volátiles de sulfuro (CSV), los cuales son el resultado de la degradación de proteínas que contienen aminoácidos sulfurados (metionina, cistina y cisteína), procedentes de la exfoliación de células epiteliales humanas, leucocitos y restos de comida. Entre estos compuestos se encuentra el metilmercaptano ( $\text{CH}_3\text{SH}$ ), el sulfuro de hidrógeno ( $\text{H}_2\text{S}$ ), el dimetil sulfuro ( $\text{CH}_3$ ) $_2\text{S}$  y el dimetildisulfuro ( $\text{CH}_3$ ) $_2\text{S}_2$ , de los cuales el más específico y relacionado con la halitosis es el metilmercaptano (Bravo I, et. al, 2014, p. 277).

En una boca sin alteraciones, los restos de alimentos pasan a la saliva y son tragados precozmente para ser digeridos, sin que las bacterias tengan el tiempo de realizar la putrefacción y producir el mal aliento (p. 277).

## ETIOLOGÍA

Noventa por ciento de las patologías que causan halitosis son enfermedades orales, otorrinolaringológicas y respiratorias dan cuenta del 8%, digestivas 1% y el resto por otras enfermedades, las cuales están resumidas en la Tabla. Es así como pueden clasificarse como causas provenientes de la cavidad oral, o enfermedades que tienen origen extraoral, siendo la principal causa de halitosis relacionada con la cavidad oronasal, secundarias a infecciones agudas o crónicas, virales o bacterianas como faringitis, amigdalitis, encontrando también abscesos retrofaríngeos, criptas profundas en las amígdalas y tonsilolitos, retención caseosa, sinusitis crónica purulenta y un cuerpo extraño en la cavidad nasal o sinusal (Bravo I, et. al, 2014, p. 277).

**Tabla 4 Etiología halitosis.**

Localización.	Frecuencia.	Enfermedad.
Boca.	90%	Caries, enfermedad periodontal, placa lingual, restos de comidas, ulceraciones, fístulas orales, cáncer.
ORL y sistema respiratorio.	8%	Faringitis, tonsilitis, sinusitis, cuerpo extraño nasal, bronquitis, carcinoma bronquial, bronquiectasias.
Sistema digestivo.	1%	Esofagitis por reflujo, hernia hiatal, Helicobacter pylori.
Otros.	1%	Insuficiencia renal, halitofobia, diabetes.

FUENTE: (Bravo I, et. al, 2014, p. 277).

## TIPOS DE MAL ALIENTO

Según el tiempo: intermitente, se caracteriza por intervalos alternados de presencia y ausencia de halitosis. Continua, no existe interrupción en la existencia de halitosis en el paciente (p. 65).

Según el olor emitido: el aroma emitido pertenece a un tipo de olor específico, Inespecífico, no puede determinarse que el aroma emitido por el paciente pertenezca a un tipo particular de olor, también encontramos el olor a podrido, puede indicar un deterioro dental, enfermedad de las encías o sinusitis, un olor afrutado, podría ser síntoma de diabetes mellitus. El olor a queso y en un niño suele avisar de la presencia de un cuerpo extraño en su nariz, un olor a orina puede ser síntoma de fallo renal (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 65-66).



## **HALITOSIS ORIGINADA POR MEDICAMENTOS.**

Según Arroyo Cobeña, et. al, (2009), muchas drogas producen xerostomía, existiendo una relación inversamente proporcional del mal aliento con el flujo salival. Las drogas que la producen incluyen analgésicos, anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensivos, psicoterapéuticos, y otras (p. 64).

## **HALITOSIS IMAGINARIA**

Existen pacientes que se quejan de mal aliento crónico y tienen una variedad de síntomas psicopatológicos que en los casos más severos pueden desencadenar en grandes desordenes. Por lo tanto un Síndrome de referencia olfatoria es una condición de reconocimiento psiquiátrico en donde ocurre una somatización de algunas presiones resultando que el paciente cree que emana un olor fuerte de alguna parte del cuerpo y generalmente es la boca; lo cual va a interferir en su normal desenvolvimiento social (Arroyo Cobeña, et. al, 2009, p. 65)

## **DIAGNÓSTICO**

En la opinión de Bravo I, et. al, (2014), como en toda enfermedad, es muy importante la historia y el examen físico para poder orientar a la etiología que está causando halitosis. Ya en una primera aproximación se podrá objetivar si el paciente presenta o no una halitosis muy evidente al conversar con él. Se podrá preguntar por el tiempo de evolución, temporalidad durante el día, síntomas asociados (boca seca, dolor al tragar, etc.), respecto a su hábito de aseo dental, enfermedades concomitantes y trastornos sociales que presenta por su problema (p. 278).

Se han formulado una serie de exámenes según el conocimiento de las sustancias que causan la enfermedad: (p. 278).

1.- Mediciones organolépticas: La nariz humana continúa siendo el gold standard en la detección de halitosis. El score más expandido para determinar el grado de halitosis es el score organoléptico. La eficacia de éste depende del entrenamiento del examinador. Debe, a una distancia de 10-20 cm aproximadamente, sentir el

aliento del paciente. Se obtiene un puntaje de 0 a 5, y para un diagnóstico más preciso (p. 278).

2.-Mediciones organolépticas: La nariz humana continúa siendo el gold standard en la detección de halitosis. El score más expandido para determinar el grado de halitosis es el score organoléptico. La eficacia de éste depende del entrenamiento del examinador. Debe, a una distancia de 10-20 cm aproximadamente, sentir el aliento del paciente. Se obtiene un puntaje de 0 a 5, y para un diagnóstico más preciso. Según la escala de Rosenberg, se mide la intensidad del mal aliento de la siguiente forma: (Bravo I, et. al, 2014, p. 279).

- 0- ningún olor es percibido (p. 279).
- 1- mal olor cuestionable, levemente detectable (p. 279).
- 2- levemente mal olor, supera el umbral del reconocimiento de halitosis (p. 279).
- 3- el mal aliento es definitivamente detectado (p. 279).
- 4- halitosis severa (p. 279).
- 5- halitosis muy severa (p. 279).

3.-Monitor de CSV: El odorante más común encontrado corresponde al CSV. Este monitor detecta entre el 18%-67% de los odorantes presentes en el score organoléptico. Ha sido desarrollado como un “halímetro”, con el fin de poder medir de manera objetiva el aliento (p. 279).

Test microbiológico: Existe una serie de compuestos responsables del mal aliento que no pueden ser determinados por las pruebas comunes, como ácidos grasos volátiles (butirato, propionato) y diaminas (cadaverina, putrasina), que solo pueden ser medidos por ensayos de laboratorio (p. 279).

4.-Inspector de medición B/B: Corresponde a una capa delgada de dióxido de estaño como sensor semiconductor de gas, que es sensible a gases reducidos. Comprende una sonda censora y un cuerpo principal equipado con una impresora.

El sensor permite la detección de varios gases, como los CSV, hidrógeno, etanol, acetona, butilato y amonio (p. 279).

## TRATAMIENTO

Ilustración 60 Higiene dental.



FUENTE: <https://zonahospitalaria.com/mal-aliento-o-halitosis/>

Existen diferentes estrategias de tratamiento, que incluyen mecanismos de desbridamiento dental, enjuagues bucales con agentes antibióticos y el uso de sales metálicas, que han sido usadas para el manejo de halitosis de causa intraoral. En los casos intraorales cuya causa es periodontitis, debe enfocarse en mejorar la higiene dental y limpieza de lengua (Bravo I, et. al, 2014, p. 280).

En la mayoría de los casos, la halitosis puede ser resuelta con: – Adecuado cuidado dental e higiene oral. Con cepillo y pasta dental alta en zinc (p. 280).

## 2.7 PÉRDIDA DENTAL

Ilustración 61 Pérdida dental.



**FUENTE:** <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/protesis-implantes/perdida-dientes-edentulismo.html>

Dicho por Gómez y colaboradores, (2017), el edentulismo es una agresión a la integridad del sistema masticatorio que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas que el paciente percibe de diferentes maneras, pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez (p. 707).

Así podemos afirmar que el edentulismo total o parcial es una afección progresiva y lenta que propone una compleja problemática, y origina una cadena de alteraciones tanto locales como generales, provoca cambios en su relación afectiva, laboral y social, limitando la calidad de vida y el trato con sus semejantes, todo esto tiene gran significado para un individuo. El edentulismo trae como consecuencia alteraciones: Psicológicas: efectos psíquicos, cambios conductuales; En lo fisiológico: alteración de tejidos duros y blando; alteraciones estéticas; En lo funcional: modificaciones del habla, masticación, fonética y deterioro nutricional (Gómez y colaboradores, 2017, p. 707).

## **ETIOLOGÍA**

La pérdida dental es un problema de salud oral poco estudiado, se considera una secuela final de diversas patologías, algunos estudios epidemiológicos indican que la caries y la enfermedad periodontal, constituyen las dos primeras causas de extracción dentaria, aunque existen otras en menor grado como la maloclusión y traumatismos (Godoy Noguera, et. al, 2003, p. 16).

La caries dental es un proceso que puede evolucionar y ocasionar la pérdida dental si no se atiende con oportunidad (González de Cossío, et. al, 2008, p. 236).

## **FACTORES RELACIONADOS A LA PÉRDIDA DENTAL**

### **FACTOR PSICOLÓGICO**

Los principales efectos ante la pérdida dentaria especialmente en aquellos casos en los que el diente altera la estética de la persona, va directamente relacionado con la pérdida de la autoestima y la insatisfacción del aspecto físico personal, hasta el punto que algunas personas evitan el contacto social, salen poco de la casa, hablan lo mínimo posible, demostrando ansiedad, y timidez. La persona siente que “agrede incomoda” a su entorno por su falta de piezas dentarias. El temor a “ofender” por este motivo provoca el distanciamiento y aislamiento (Gomez y colaboradores, 2017, p. 707).

Según Gómez y colaboradores, (2017), se suma el dolor, sufrimiento emocional, deterioro funcional por la precariedad dental, y se asocia el descuido personal e incluye la falta de interés hace que se pierdan las ganas de reír y puede generar mal humor y depresión (p. 798).

### **FACTOR FISIOLÓGICO**

- **REABSORCIÓN ÓSEA**

Uno de los principales objetivos de la odontología moderna es devolver la funcionalidad, confort, estética, habla y salud a aquellas personas que han perdido algún diente. Sin embargo la pérdida de dientes no solamente causa pérdida de

espacios por ausencia dentaria. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión y problemas en la boca que se van agravando de mayor a menor medida (Gómez y colaboradores, 2017, p. 709).

En la masticación se produce el impacto de los alimentos contra la encía, que pueden dañar y generar molestias. Esto dificulta e incómoda dicha función por lo que tiene que masticar únicamente con el otro lado, provocando desgaste en este último. La ausencia de puntos contactos provoca una movilización de los dientes adyacentes de los espacios vacíos que busca el contacto con los dientes perdidos inclinando y cerrando el espacio (Gómez y colaboradores, 2017, p. 709).

Del mismo modo el diente contrario erupciona buscando el contacto correspondiente, esta movilización generalizada puede desencadenar a su vez otros problemas, los contactos interdientales se vuelven irregulares inclusive se abren produciendo retención de alimento y ello la aparición de caries, además la nueva posición del diente dificulta la higiene y genera espacios en los que puede formarse con facilidad sarro apareciendo periodontitis (Gómez y colaboradores, 2017, p. 709).

Cuando se van perdiendo los dientes comienza un proceso de reabsorción ósea, que en el edentulismo total de larga duración termina alcanzando un grado extremo, presentando el reborde alveolar un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular. Esta atrofia progresiva conduce a dificultades en la retención y estabilidad de una prótesis completa, creando al paciente problemas funcionales y psicológicos importantes (Gómez y colaboradores, 2017, p. 709).

- ALTERACIONES ESTÉTICAS

A juicio de Gómez y colaboradores, (2017), el edentulismo total o parcial conlleva importantes alteraciones estéticas, estas consecuencias se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al sector anterior. Ello conduce a una reabsorción acelerada en el mismo y, como consecuencia de ello, la mandíbula experimenta una rotación en sentido anti horario buscando reposicionarse

respecto al maxilar superior. Esta reposición se ve cada vez más dificultada por la reabsorción ósea (p. 710).

Las consecuencias finales son la protrusión del mentón mandibular, la disminución del tercio inferior de la cara, el hundimiento del labio superior y el aumento de la anchura de la boca (Gómez y colaboradores, 2017, p. 711).

Aquellos pacientes con dientes perdidos tendrán dificultades para llevar a cabo tareas tan cotidianas como por ejemplo masticar o hablar así como también es lo que más afecta a la estética de una persona. Cuando se pierde un diente las piezas adyacentes pueden sufrir desplazamientos hacia el espacio libre, causando que la sonrisa tenga espacios abiertos entre los dientes (p. 711).

- PROBLEMAS EN LA MASTICACIÓN

En la opción de Gómez y colaboradores, (2017), el edentulismo produce una serie de problemas que pueden alterar la condición general de salud del paciente mayor presentando: dificultad para fragmentar los alimentos, comer solo alimentos blandos, además toma más tiempo para triturar los alimentos antes de deglutirlos (p. 712).

La alimentación es una actividad placentera que puede influenciar en el estado de ánimo de una persona, y para algunas de ellas el no poder comer cualquier alimento debido a la falta de dientes puede alterar su condición emocional y desarrollar un sentimiento negativo hacia la comida (Gómez y colaboradores, 2017, p. 713).

- PROBLEMAS MUSCULARES Y DE LA ATM

Como expresa Gómez y colaboradores, (2017), (articulación témporomandibular), la cual ayuda a mover nuestra mandíbula para llevar a cabo cualquier movimiento deseado de la misma. sí, consideramos que con la falta de dientes se alteró la dimensión vertical se afecta la posición de la ATM, podemos entender que la mayoría de los pacientes edéntulos, además de no poder disfrutar los alimentos y generar alteraciones digestivas, también presentaran crepitación y chasquidos al

mover la mandíbula, dolores musculares en la región oral, dolores de cabeza e incluso hasta mareos debido a la localización cercana de la ATM con el oído (p. 713).

Por otro lado, la falta de dientes hace que se altere la altura que existe entre el maxilar superior y la mandíbula (dimensión vertical), la cual disminuye ocasionando que se modifique la pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos posición de la mandíbula en la zona donde se articula con los huesos del cráneo para sostenerla y generar sus movimientos (Gómez y colaboradores, 2017, p. 714).

- PROBLEMA DE FONÉTICA

Desde la posición de Gómez y colaboradores, (2017), otra repercusión claramente evidenciada en pacientes edéntulos totales portadores de prótesis completas es la dificultada del habla, gran parte de los individuos siente la movilidad de sus prótesis, lo que no le permite desenvolverse de manera apropiada y articular adecuadamente sus palabras neutralizando de alguna manera el pensamiento constante que llevan consigo un aparato artificial (p. 714).

- FACTOR SOCIO ECONÓMICO

La odontología en países pobres tiene muchas las carencias, el mal estado de los dientes de muchas personas y una salud muy débil. En países con fuerte poder capital o países bien desarrollados la odontología es una ciencia de sobra conocida y desarrollada, mejorada año tras año y que ocupa un lugar importante en la salud general del paciente (Gómez y colaboradores, 2017, p. 714).



## TRATAMIENTO

Ilustración 62 Prótesis dental.



FUENTE: <https://bqidentalcenters.es/protesis-dentales/protesis-dentales/>

La pérdida de los dientes, ya sea parcial o total, debe ser resuelta por medio de la rehabilitación protésica. Las prótesis dentales convencionales han sido por mucho tiempo el tratamiento rehabilitador primordial por sus características de adaptabilidad, funcionalidad, biocompatibilidad y economía (González Beriau, et. al, 2021, p. 547).

La rehabilitación del paciente edéntulo parcial y total supone un desafío para el odontólogo, porque no solo debe tratar de recuperar los cambios morfológicos, también debe resolver los numerosos problemas psicosociales que a menudo presentan las personas que requieren las prótesis. Esta rehabilitación funcional y estética adquiere diferentes características, para los diversos grupos, comunidades, regiones, marcadas por el entorno cultural, situación económica, nivel social, y estado de salud (González Beriau, et. al, 2021, p. 547).

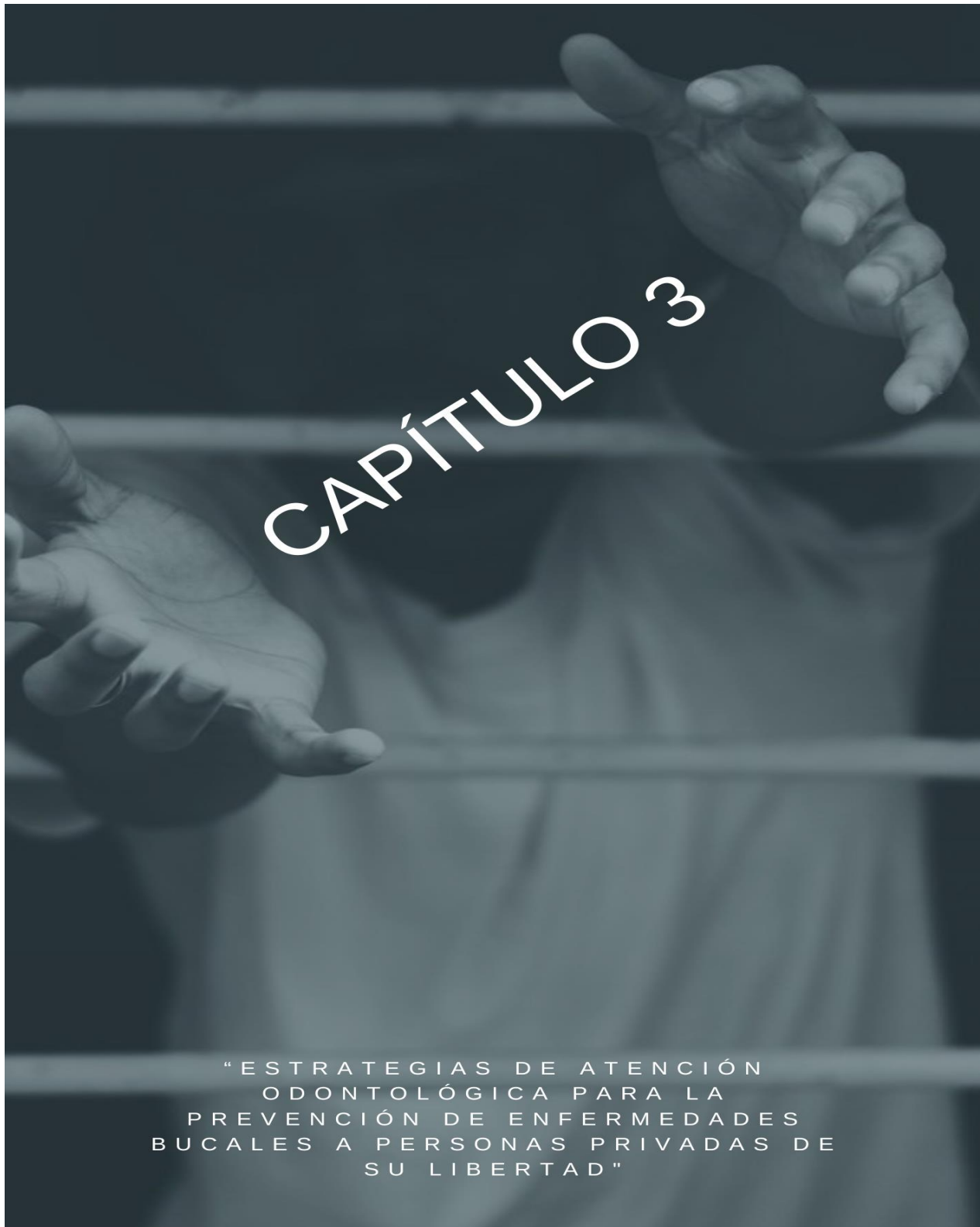
Se mencionó que las PPL en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, necesitan para mejorar o atender su salud bucal y sobre todo evitar las enfermedades dentales ya mencionadas en el artículo, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello los siguientes testimonios:

*“Bueno empezando por uno mismo que pues sí el lavado de dientes con el cepillo sí debe de ser este, de manera cotidiana, diaria y que de esa manera desde ahí este, pues empezarse a cuidar mucho hacerlo habito, independientemente de que también se cuente con un abastecimiento bien de, de medicamento para que se pueda tener bien un 100 por ciento la, la, este, este problema de la falta de, de medicamento y atención que se nos brinde en el área de odontología” (Hombre 44 años).*

*“Yo que necesito, pues creo que ser más consciente no...” (Hombre 38 años).*

*“Pues... hay... pues no más lo único, lo único, yo, no más la crema dental ¿no?” (Hombre 64 años).*

Ilustración 63 PPL.



“ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN  
ODONTOLÓGICA PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES  
BUCALES A PERSONAS PRIVADAS DE  
SU LIBERTAD”

**FUENTE:** Foto tomada por wattpad.com y editada por Ana María Rojas Hernández.

### CAPÍTULO 3 “ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES A PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD”

El presente artículo se pretende dar a conocer, sobre la posibilidad del derecho a la salud para personas privadas de la libertad, mediante gestiones, intervenciones y apoyo con la sociedad civil.

Ilustración 64 Campaña de salud en PPL.



FUENTE: <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/1-jornada-de-salud-llega-centro-varonil-de-seguridad-penitenciaria-ii>

#### 3.1 COLABORACIÓN CON LA SOCIEDAD CIVIL

“Las Organizaciones de la Sociedad Civil se han encargado de complementar o suplir la función del Estado en la atención de problemáticas cuyo origen es precisamente las necesidades de la propia sociedad” (Alanis, 2019, p. 159).

Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) representan una gama de oportunidades para el diseño e implementación de proyectos que impulsen el desarrollo humano sustentable, y por ende, son actores estratégicos para lograr la responsabilidad social (González et. al, 2017, p. 332)

Sin embargo en México el número de OSC es reducido comparado con otros países, además de que son organizaciones que apenas están siendo consideradas por la sociedad en general (González et. al, 2017, p. 332).

### **3.2 GESTIÓN SOCIAL CON EMPRESAS DEL SECTOR PRIVADO**

El Gobierno de la Ciudad de México, encabezado por el Doctor Miguel Ángel Mancera Espinosa, a través de la Secretaría de Salud (Sedesa), realizó 179 mil acciones médicas en 18 Ferias de Salud que se llevaron a cabo en centros de reclusión y comunidades para adolescentes en conflicto con la ley de la CDMX, durante el último año (Jornada de salud llega a Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II y subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2020, p. 000).

Con estas acciones se logró realizar más de mil 79 pruebas de glucosa para la detección de Diabetes Mellitus; 747 tomas de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS); 737 químicas sanguíneas, 552 pruebas de antígeno prostático y 87 mastografías (Jornada de salud llega a Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II y subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2020, p. 000).

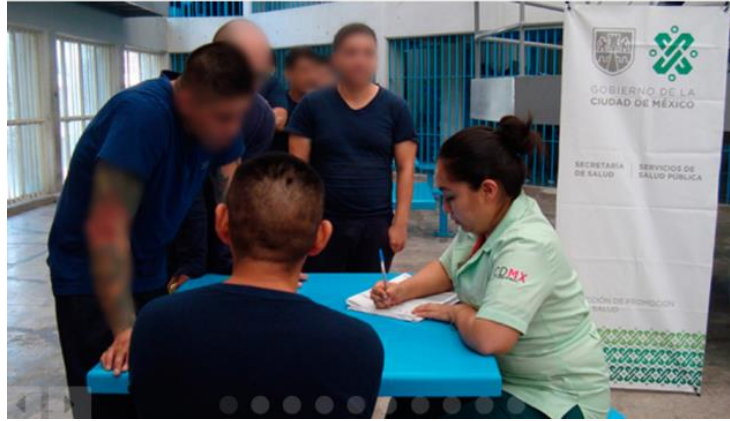
Asimismo se aplicaron mil 977 dosis de vacunas, principalmente de tétanos y difteria (TD), neumococo, influenza, sarampión, rubéola (SR) y hepatitis B, así como cinco mil 829 dosis de ácido fólico y también se hicieron mil 989 valoraciones de salud visual y se brindaron mil 568 atenciones de salud mental (p. 000).

Como parte de la campaña de activación física “muévete” con el objetivo de prevenir y detectar el sobrepeso así como la obesidad, se realizaron dos mil 383 mediciones de Índice de Masa Corporal (IMC) y 45 activaciones físicas. Por medio de un Medibus, se realizaron estudios de laboratorio y gabinete con el propósito de detectar padecimientos como cáncer de próstata, diabetes mellitus, entre otros (Jornada de salud llega a Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II y subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2020, p. 000).

La Sedesa también cuenta con una unidad dental móvil, por medio de la cual se brindaron mil 724 atenciones bucodentales y fueron referidas 133 personas de urgencia, principalmente por afecciones como gingivitis, periodontitis y caries

(Jornada de salud llega a Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II y subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2020, p. 000).

**Ilustración 65 Campaña de salud en PPL.**



**FUENTE:** <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/1-jornada-de-salud-llega-centro-varonil-de-seguridad-penitenciaria-ii>

Con el objetivo de descartar o verificar la presencia de factores que propicien enfermedades, especialistas del Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, realizan inspecciones sanitarias programadas en los dormitorios cada cuatrimestre. De la misma forma, con el apoyo de la Clínica Especializada Condesa, se realizan pruebas de detección del VIH-SIDA. Actualmente 226 internos reciben el tratamiento médico correspondiente (p. 000).

En este programa de la salud, se repartieron entre los asistentes y en las unidades médicas de cada centro de reclusión 80 mil condones masculinos y se impartieron talleres para la promoción de una vida sexual saludable. Las Ferias de Salud son dirigidas a toda la población privada de su libertad, principalmente de nuevo ingreso, discapacitados, adultos de la tercera edad, indígenas, personas con enfermedades crónicas degenerativas y población LGTTTIB (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travesti, Transexuales, Transgénero e Intersexuales), pero es decisión voluntaria beneficiarse de los servicios de salud que se brindan (Jornada de salud llega a Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II y subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2020, p. 000).

#### Ilustración 66 Campaña de salud en PPL.



**FUENTE:** <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/el-centro-varonil-de-seguridad-penitenciaria-ii-obtiene-reacreditacion-aca-con-nivel-de-alta-seguridad>

Las mismas se realizan de manera calendarizada durante el transcurso del año, además de que la atención médica se brinda a diario a través de las unidades de cada centro de reclusión. Con estas acciones, la Sedesa de la CDMX, refrenda el compromiso del Jefe de Gobierno de garantizar el acceso a la salud como un derecho primordial del ser humano, basado en la promoción, prevención, detección y tratamiento oportuno de padecimientos (Jornada de salud llega a Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II y subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2020, p. 000).

Se mencionó sobre algún programa de salud bucal brindada dentro el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello los siguientes testimonios:

*“Bueno, hasta ahorita yo que estoy aquí no, no tengo conocimiento de algo en forma, que nos hayan este dado a conocer aquí en nuestros compañeros todos nosotros en donde yo estoy, no tengo conocimiento de que haya un programa oficial en relación a lo de la salud bucal”* (Hombre 44 años-Tiempo recluso 1 año y medio).

*“Ah programa si hay, programa si hay, nos han dado este como, como le puedo explicar, accesorios para el aseo bucal pero pues desafortunadamente pues unos no, no, no lo tomamos así...”* (Hombre 38 años- Tiempo recluso 15 años).

### 3.3 INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA EN CENTROS PENITENCIARIOS

Ilustración 67 Campaña de salud en PPL.



FUENTE: <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/1-jornada-de-salud-llega-centro-varonil-de-seguridad-penitenciaria-ii>

“Las singulares características del entorno penitenciario hacen necesario la utilización de nuevas estrategias dirigidas fundamentalmente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad”. Entre estas especiales características cabe destacar sobre todo la alta prevalencia de patologías, el bajo nivel socioeconómico y cultural, así como la dificultad de acceso a los servicios sanitarios. Algunos estudios señalan que las desigualdades sociales pueden haber incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas como la DM2 mientras que, por otro lado, la provisión y la calidad de los servicios de atención primaria pueden ser importantes para disminuir el impacto generado por las desigualdades (Minchón, et. al, 2009, p. 73).

“Los centros penitenciarios españoles disponen de equipos sanitarios de atención primaria constituidos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, un odontólogo que asiste periódicamente al establecimiento y, en algunos casos, un



farmaceuta. Este personal se asigna según el número de internos en cada centro penitenciario. La atención especializada se lleva a cabo de dos maneras: en algunos establecimientos, los especialistas de manera periódica a prestar sus servicios (psiquiatra, internista, oftalmólogo, ginecólogo y dermatólogo, entre otros). La otra forma es la derivación de internos a los especialistas del hospital de referencia que cada establecimiento tiene asignado” (Hernández, 2010, p.134).

“Otra experiencia es la del grupo de trabajo de salud en las prisiones de la OMS de la regional europea que se ha encargado de velar por la salud de los reclusos. Estos reconocen la prioridad de la salud en las prisiones y el desafío constante por la limitación de recursos” (Hernández, 2010, p.134).

Mencionan las PPL la situación de los servicios de salud bucal en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, reportadas en las entrevistas semiestructuradas como prueba de ello los siguientes testimonios:

*“Heee... Considero que, pues falta, falta que sean mejores, considero que no han sido los más adecuados y sobre todo que el, el que no cuenten con este abastecimiento de medicamento, no sé amalgamas, este inyecciones heee... eso implica que no se hagan los tratamientos adecuados y hay veces las respuestas ya nada más es quitarte el diente o la muela, sin antes se haga una valoración adecuada” (Hombre 44 años).*

*“Creo que los servicios son buenos he... yo las veces que he asistido si me han atendido he... como debe de ser, son buenos, bueno en, en lo particular para mí sí, sí, si es bueno, el servicio de salud bucal” (Hombre 38 años).*

“En México, la atención en salud de la población reclusa se analiza desde la óptica de los derechos humanos, y se reconoce que uno de los problemas que afecta a su sistema penitenciario tiene que ver con la insuficiencia de servicios médicos y sanitarios, pues entre las quejas más frecuentes de los presos se encuentra la negativa de acceso al servicio médico” (Hernández, 2010, p.134).

Ilustración 68 Campaña de salud en PPL.



FUENTE: <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/1-jornada-de-salud-llega-centro-varonil-de-seguridad-penitenciaria-ii>

Una de las intervenciones que en materia de salud se ha identificado para la población reclusa colombiana es el Plan Piloto de Salud Comunitaria, desarrollado en la cárcel del distrito judicial de Pereira en el 2001. Entre las conclusiones de esa intervención se destacó el mejoramiento de algunas condiciones de salud y bienestar de los internos, tales como su crecimiento personal, el reconocimiento del otro y de su individualidad, el empoderamiento de sus procesos sociales y de salud, la apropiación del autocuidado, la cualificación y el fortalecimiento de sus habilidades, entre otros (Hernández, 2010, p.136).

En el caso de la población reclusa, la mayoría de estudios y experiencias encontrados identifican y analizan las deficiencias del sistema penitenciario en cuanto a la protección de la salud, pero no exploran posibilidades reales para promover y solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud de esta población. Las excepciones en este caso serían Argentina con su programa de cárceles saludables y España, donde se ha logrado desarrollar el modelo de atención primaria en los establecimientos penitenciarios y en los hospitales adscritos para la atención de reclusos (Hernández, 2010, p.137).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AdminVive. (2020, octubre 1). ¿Cómo tu salud bucal puede salvar tu vida? Revista Vive. <https://revistavive.com/salud-bucal-puede-salvar-tu-vida/>
2. al., R. C. et. (2018, julio 9). *Candidiasis bucal en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/journal/3786/378662239018/>
3. Anselmo Apocada Lugo, Fundamentos de oclusión. Primera edición. Instituto Politécnico Nacional. México. (2004) pág.
4. Bertha Y. Higashida (2009), Odontología preventiva
5. Buffa, V. E. (2021, mayo 26). *Traumatismo dental: ¿qué es y qué tipos existen?* Mejor con Salud. <https://mejorconsalud.as.com/traumatismo-dental-tipos/>
6. Buffa, V. E. (2021, mayo 26). *Traumatismo dental: ¿qué es y qué tipos existen?* Mejor con Salud. <https://mejorconsalud.as.com/traumatismo-dental-tipos/>
7. Capote Fernández, Marta María, & Campello Trujillo, Learsys Ernesto (2012). Importancia de la familia en la salud bucal. Revista Cubana de Estomatología, 49(1),47-54.[fecha de Consulta 23 de Marzo de 2022]. ISSN: 0034-7507. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378661956007>
8. Capote Fernández, Marta María, & Campello Trujillo, Learsys Ernesto (2012). Importancia de la familia en la salud bucal. Revista Cubana de Estomatología, 49(1),47-54.[fecha de Consulta 23 de Marzo de 2022]. ISSN: 0034-7507. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378661956007>
9. Casassus, R., Labraña, G., Pesce, C., & Pinares, J. (2007). Etiología del bruxismo. *Revista dental de Chile*, 99(3), 27-33.
10. Chaple La Hoz, M., Solórzano, A. F., & López Arística, L. (2020). Angina de Ludwig complicada con shock séptico. *Salud(i)ciencia*, 24(1–2), 42–44. <https://doi.org/www.dx.doi.org/10.21840/siic/164163>

11. Chaple La Hoz, M., Solórzano, A. F., & López Arística, L. (2020). Angina de Ludwig complicada con shock séptico. *Salud(i)ciencia*, 24(1-2), 42-44. <https://doi.org/www.dx.doi.org/10.21840/siic/164163>
12. CI, I.-W. I. (2019, marzo 20). Día Mundial de la Salud Bucal. Odontología UC. <https://odontologia.uc.cl/noticias/dia-mundial-de-la-salud-bucal/>
13. CNDH, M., & Al pueblo, D. (s/f). *DERECHO A LA SALUD*. Org.mx. Recuperado el 18 de marzo de 2022, de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-la-salud-0>
14. *Colección de Pronunciamientos Penitenciarios*. (s/f). Org.mx. Recuperado el 2 de abril de 2022, de <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas-CPP4-Derecho-Proteccion-Salud.pdf>
15. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)}. (2016). Fascículo 4 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS INTERNAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA Colección de Pronunciamientos Penitenciarios. En *Org.mx*. CNDH. <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas-CPP4-Derecho-Proteccion-Salud.pdf>
16. Comité editorial medicinapreventiva. info. (2016, octubre 9). La gingivitis y la periodontitis están causadas por bacterias diferentes. *Medicina Preventiva Santa Fe*. <https://medicinapreventiva.info/enfermedades-infecciosas/28292/la-gingivitis-y-la-periodontitis-estan-causadas-por-bacterias-diferentes-por-linternista/>
17. del Campo Giménez Ana Serrano Martínez María García-Alcalá Hernández Carlos Cuevas Sánchez, M. (2018, mayo 14). *Gingivitis como primer síntoma de leucemia aguda mieloblástica*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/journal/1696/169660052009/>
18. Estrada Pereira, Gladys Aída, & Márquez Filu, Maricel, & Díaz Fernández, José Manuel, & Sánchez Cuza, Odalis (2015). Candidiasis bucal en pacientes con tratamiento antineoplásico. *MEDISAN*, 19(9),1077-

- 1084.[fecha de Consulta 21 de Marzo de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445179002>
19. Gob.mx. Recuperado el 26 de marzo de 2022, de <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/rgl/vig/rglvig057.pdf>
20. González Bertot, Noraima, & Colás Costa, Marcia (2011). ACCIONES EDUCATIVAS PARA PROMOVER SALUD BUCAL Y PREVENIR ENFERMEDADES BUCALES EN FEDERADAS. Revista Información Científica, 69(1), .[fecha de Consulta 23 de Marzo de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757298001>
21. *GUIA DE ATENCIÓN INFECCIONES ODONTOGÉNICAS*. (s/f). Edu.co. Recuperado el 21 de marzo de 2022, de [http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/Guia\\_aten\\_infec\\_odonto\\_2017.pdf](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/Guia_aten_infec_odonto_2017.pdf)
22. Hechavarría Martínez, Bárbara Olaydis, & Ramón Jiménez, Ruth, & Méndez Nápoles, Yanira (2014). Repercusión social de la halitosis. MEDISAN, 18(10),1436-1443.[fecha de Consulta 18 de Marzo de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445168018>
23. Hechavarría Martínez, Bárbara Olaydis, & Venzant Zulueta, Sucel, & Carbonell Ramírez, Mireya de la Caridad, & Carbonell Gonsalves, Cristina (2013). Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN, 17(1),117-125.[fecha de Consulta 23 de Marzo de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368444989020>
24. López Garvía, Antonio José, & Molina Escribano, Antonia, & Ramírez García, María Cruz, & Aparicio Mínguez, María José (2008). Diabetes como factor de riesgo de Periodontitis. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(3),140-142.[fecha de Consulta 18 de Marzo de 2022]. ISSN: 1699-695X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614507012>
25. Mallqui Herrada, Luis Lincoln, & Hernández Añaños, Juan Felipe (2012). Traumatismos dentales en dentición permanente.. Revista Estomatológica Herediana, 22(1),42-49.[fecha de Consulta 21 de Marzo de 2022]. ISSN:

1019-4355.

Disponible

en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539367008>

26. Marcelino, Manual de técnicas de higiene bucal (2011).
27. Núñez, D. P., & García Bacallao, L. (2010). Bioquímica de la caries dental. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(2), 156–166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414048004>
28. OMS, Secretaria de prevención y promoción de la salud.
29. OP: Por que tenho que escovar a língua? (2019, agosto 16). Odontologia do Povo. <http://odontologiadopovo.com.br/noticias/op-por-que-tenho-que-escovar-a-lingua/>
30. *Publicada en el Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno” el 30 de noviembre de 1992. Última reforma POGG Sin reforma REGLAMENTO DE LOS CENTROS PREVENTIVOS Y DE READAPTACION SOCIAL DEL ESTADO.* (s/f). Gob.mx. Recuperado el 2 de abril de 2022, de <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/rgl/vig/rglvig057.pdf>
31. Puente, B. (2017, diciembre 12). *¿Qué son las molestas aftas bucales o úlceras aftosas?* Linea y Salud. <https://www.lineaysalud.com/enfermedades/aftas-bucales>
32. Quintero Fleites, E. J., Fe de la Mella Quintero, S., & Gómez López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro (Villa Clara)*, 21(2), 101–111. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1029-30432017000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30432017000200003)
33. Quintero Fleites, E. J., Fe de la Mella Quintero, S., & Gómez López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro (Villa Clara)*, 21(2), 101–111. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1029-30432017000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30432017000200003)
34. Quintero, M. K. G., & Villalobos, S. (2019). ANGINA DE LUDWIG: REPORTE DE UN CASO EN TOLIMA, COLOMBIA. *Ciencia médica*, 22(2),

- 53–57. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332019000200008&lang=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332019000200008&lang=es)
35. Redalyc.org. Recuperado el 2 de abril de 2022, de <https://www.redalyc.org/journal/2630/263064570010/>
36. *Salud bucodental*. (s/f). Who.int. Recuperado el 2 de abril de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
37. Saludvidasana.com. Recuperado el 19 de marzo de 2022, de <https://www.saludvidasana.com/2019/07/bruxismo-sepa-cuales-son-sus.html>
38. Secretaría de prevención y promoción de la salud (2015)
39. Subdirección de Informática Jurídica Dirección General de Tecnologías de Información y Comunicaciones Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2 de septiembre de 2021). LEY DE CENTROS PENITENCIARIOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO. En *MARCO NORMATIVO*. [http://file:///C:/Users/notiu/Downloads/Ley\\_CP\\_CdMex.pdf](http://file:///C:/Users/notiu/Downloads/Ley_CP_CdMex.pdf)
40. *Subsecretaría de Control Penitenciario Centros Penitenciarios y de Reinserción Social*. (2021). Gob.mx. [https://sseguridad.edomex.gob.mx/subsecretaria\\_control\\_penitenciario](https://sseguridad.edomex.gob.mx/subsecretaria_control_penitenciario)
41. *Traumatismos. clasificación*. (s/f). Unam.mx. Recuperado el 2 de abril de 2022, de <https://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas9Trauma/genclasificacion.html>
42. Unam.mx. Recuperado el 2 de abril de 2022, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4842/3.pdf>
43. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Caries Dental: Concepto y etiología - PORTAFOLIO DE DEBP
44. Коваленко, Е. П. (2020, abril 7). *Как узнать, коренной зуб или молочный: фото, отличия от постоянных единиц у детей*. Dp3vlg.ru. <https://dp3vlg.ru/nos/kak-uznat-korennoj-zub-ili-molochnyj-foto-otlichiya-ot-postoyannyh-edinits-u-detej-2.html>

45. Bergman, Marcelo, y Azaola, Elena, y "Cárceles en México: Cuadros de una Crisis." URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, vol. , no. 1, 2007, pp.74-87. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552656565005>
46. Azaola, Elena, and Marcelo Bergman. "De mal en peor: las condiciones de vida en las cárceles mexicanas." *Nueva sociedad* 208 (2007): 118-127.
47. Coyle, A. (2012). Prisiones y prisioneros: una revisión desde los estándares internacionales de derechos humanos. *Anuario de Derechos Humanos*, (8), pág. 17 - 29. doi:10.5354/0718-2279.2012.20550
48. Correa, C. P. (2011). De la Constitución a la prisión. Derechos fundamentales y sistema penitenciario. *La reforma constitucional de derechos humanos: Un nuevo paradigma*.
49. Aguilera-Izaguirre, Gustavo (2021). Buen gobierno y derechos humanos en México. *Revista Política, Globalidad y Ciudadanía*, 7(13),20-40.[fecha de Consulta 2 de Abril de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=655869549002>
50. Paris, F. C. (2000). Decálogo para una educación intercultural.
51. Bayefsky, A. F. (2016). El principio de igualdad o no discriminación en el derecho internacional.
52. Figueroa García-Huidobro, Rodolfo. (2008). CONCEPTO DE DERECHO A LA VIDA. *Ius et Praxis*, 14(1), 261-300. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122008000100010>
53. De la Puente, C. (2000). Entre la esclavitud y la libertad: consecuencias legales de la manumisión según el derecho mālikí. *Al-Qanṭara*, 21(2), 339-339.
54. La Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948. [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
55. García Civico, J. (2017). El derecho a no ser torturado: status quaestioni.
56. Naval, C. (2000). Educación y derechos humanos.
57. Fonseca, D. C. C., López, D. A. B., & Sierra, G. E. (2010). A situaciones iguales, tratos iguales. *Derecho y Realidad*, 8(15).



58. Sanchís, L. P. (1995). Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial. *Revista del centro de estudios constitucionales*, (22), 9-57
59. Roa, J. C. L. (2012). El derecho al espacio público. *Provincia*, (27), 105-136.
60. Manzano, J. A. F. (2021). Liberalismo político y libertad de movimientos a escala global Political Liberalism and Freedom of Movement on a Global Scale.
61. Villaseñor Alonso, Isabel (2015). LA DEMOCRACIA Y LOS DERECHOS HUMANOS: UNA RELACIÓN COMPLEJA. *Foro Internacional*, LV(4), 1115-1138. [fecha de Consulta 4 de Abril de 2022]. ISSN: 0185-013X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59944855005>
62. Ramírez Pérez, M. T. La reparación directa frente BORRAR.
63. QUIÑONES TINOCO, Carlos Sergio, & RODRÍGUEZ LUGO, Salvador (2013). EL TRABAJO NO ES ARTÍCULO DE COMERCIO. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (17), 65-83. [fecha de Consulta 4 de Abril de 2022]. ISSN: 1870-4670. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=429640272003>
64. Ferri Ruales, A. A. (2021). *Vulneración al principio de inocencia, en el momento en que fiscalía solicita prisión preventiva* (Bachelor's thesis, Quito: Universidad Tecnológica Indoamérica).
65. Zamboni, E. R. (2017). Derecho Humano a la Educación: la educación inclusiva. *Derechos en Acción*, 5, 434.
66. Lepin Molina, Cristián (2014). LOS NUEVOS PRINCIPIOS DEL DERECHO DE FAMILIA. *Revista Chilena de Derecho Privado*, (23\*), 9-55. [fecha de Consulta 4 de Abril de 2022]. ISSN: 0718-0233. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370838894001>
67. Lepin Molina, Cristián (2014). LOS NUEVOS PRINCIPIOS DEL DERECHO DE FAMILIA. *Revista Chilena de Derecho Privado*, (23\*), 9-55. [fecha de Consulta 4 de Abril de 2022]. ISSN: 0718-0233. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370838894001>
68. Jourdain, Patrice (2011). Los derechos de la personalidad en búsqueda de un modelo: la responsabilidad civil. *Revista de Derecho Privado*, (20), 361-

- 369.[fecha de Consulta 4 de Abril de 2022]. ISSN: 0123-4366. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=417537594012>
- 69.Arlettaz, Fernando (2015). La nacionalidad en el derecho internacional americano. *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, XV( ),413-447.[fecha de Consulta 4 de Abril de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=402741202011>
- 70.Diez, L. N. (2016). El derecho a un juicio justo.
- 71.Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 1 2000, p. 1
- 72.Olivé, J. C. F. (1991). Delitos contra los derechos de autor. *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 44(1), 97-142.
- 73.Núñez, J. (2020). El derecho a la libertad de expresión en las Constituciones de América. *Serie White Papers*, 1.
- 74.Cobos Campos, Amalia Patricia (2013). EL CONTENIDO DEL DERECHO A LA INTIMIDAD. *Cuestiones Constitucionales*, (29),45-81.[fecha de Consulta 4 de Abril de 2022]. ISSN: 1405-9193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88531578003>
- 75.García Guzmán, Maximiliano. (2014). Derecho a la seguridad social. *Estudios políticos (México)*, (32), 83-113. Recuperado en 05 de abril de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16162014000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162014000200005&lng=es&tlng=es).
- 76.Marín, I. (2009). Jugar, una necesidad y un derecho. *Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, 233-249.
- 77.Morales, S. (2012). El Derecho al trabajo y los derechos humanos.
- 78.Velázquez Clavijo, M. (2014). La jubilación activa.
- 79.Gledhill, J. (2010). El derecho a una vivienda. *Revista de Antropología Social*, 19, 103-129.
- 80.Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de saúde pública*, 18(4), 991-1001.

81. Lima, A. E. V. (2012). El derecho al medio ambiente en la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*.
82. Carbonell, M., & Rodríguez Padilla, P. (2012). ¿ Qué significa el derecho a la alimentación?. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 45(135), 1063-1078.
83. Eugenio, A., Cisneros, R., Barragán, M., Ricardo, G., Lee, M., Ramírez, R., ... & Vázquez10, A. M. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Rev Med IMSS*, 40(6), 523-529.
84. Rillo, Arturo G. (2013). Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología. *Humanidades Médicas*, 13(2), 393-411. Recuperado en 05 de abril de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202013000200007&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000200007&lng=es&tlng=pt).
85. MADRIGAL, D. (1996). Los derechos humanos: un paradigma para la atención a la salud de los privados de la libertad. *Revista latinoamericana de derecho medicina y medicina legal*, 1, 43-50.
86. Rocha, Á., & Patiño, Á. A. (2010). Salud bucal de las personas privadas de la libertad: un planteamiento justo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3), 294-300.
87. Espinoza-Usaqui, E. M., & de María Pachas-Barrionuevo, F. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Revista Estomatológica Herediana*, 23(2), 101-101.
88. Cisneros Domínguez, Grethel, & Hernández Borges, Yadira. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN*, 15(10), 1445-1458. Recuperado en 06 de abril de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es&tlng=pt).
89. Núñez, Daniel Pedro, & García Bacallao, Lourdes. (2010). Biochemistry of dental caries. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(2), 156-166.

Recuperado en 06 de abril de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es&tlng=en).

90. Martínez, E. R., Suárez, M. C., Feito, R. S., & González, J. F. (2006). Técnicas de diagnóstico de la caries dental. Descripción, indicaciones y valoración de su rendimiento. *Bol pediatr*, 46(23-31).
91. Gomes, D., Da Ros, M. A., & Martínez, C. M. (2010). Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. *Revista CES Odontología*, 23(1), 71-80.
92. Alonso, G., & Acevedo, A. (2009). Microorganismos presentes en las diferentes etapas de la progresión de la lesión de caries dental. *Acta odontológica venezolana*, 47(1).
93. SAVER, D. (1922). Caries dental.
94. Espinoza-Usaqui, E. M., & de María Pachas-Barrionuevo, F. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Revista Estomatológica Herediana*, 23(2).
95. Cisneros Domínguez, Grethel, & Hernández Borges, Yadira. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN*, 15(10), 1445-1458. Recuperado en 06 de abril de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es&tlng=pt).
96. Martínez, E. R., Suárez, M. C., Feito, R. S., & González, J. F. (2006). Técnicas de diagnóstico de la caries dental. Descripción, indicaciones y valoración de su rendimiento. *Bol pediatr*, 46(23-31).
97. Gomes, D., Da Ros, M. A., & Martínez, C. M. (2010). Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. *Revista CES Odontología*, 23(1), 71-80.
98. SAVER, D. (1922). Caries dental.
99. Núñez, Daniel Pedro, & García Bacallao, Lourdes. (2010). Biochemistry of dental caries. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(2), 156-166.

Recuperado en 06 de abril de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es&tlng=en).

100. Doncel Pérez, Clara, Vidal Lima, Marialina, & del Valle Portilla, María del Carmen. (2011). Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 40(1), 40-47. Recuperado en 20 de abril de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572011000100006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100006&lng=es&tlng=es).
101. Matesanz-Pérez, P., Matos-Cruz, R., & Bascones-Martínez, A.. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 20(1), 11-25. Recuperado en 20 de abril de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852008000100002&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100002&lng=es&tlng=pt). Matesanz-Pérez, P., Matos-Cruz, R., & Bascones-Martínez, A.. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 20(1), 11-25. Recuperado en 20 de abril de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852008000100002&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100002&lng=es&tlng=pt).
102. Pérez Luyo, Ada G. (2005). La Biopelícula : una nueva visión de la placa dental. *Revista Estomatológica Herediana*, 15(1), 82-85. [fecha de Consulta 20 de Abril de 2022]. ISSN: 1019-4355. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539343016>
103. Falcón, G., Ferreyra, I., Gómez, S., Munive, A., Porras, D., & Terán, E. Caries y gingivitis.
104. Arroyo Cobeña, R. V., & Rojas Villamil, M. J. (2009). Medidas preventivas y su relación con la salud bucal de las personas privada de su libertadas del pabellon C del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez periodo de MARzo a Julio del 2009.
105. Rojo Botello, Norma Rebeca, Flores Espinosa, Arturo, & Arcos Castro, Mónica. (2011). Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. *Revista odontológica mexicana*, 15(1), 31-39. Recuperado en 20 de abril de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-199X2011000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000100006&lng=es&tlng=es).
106. Guilarte, C., & Perrone, M. (2004). Microorganismos de la placa dental relacionados con la etiología de la periodontitis. *Acta odontológica venezolana*, 42(3), 213-217.
107. Frugone Zambra, R. E., & Rodríguez, C. (2003). Bruxismo. *Avances en odontoestomatología*, 19(3), 123-130.
108. Valdivieso Pineda, S. B. (2019). *Frecuencia del bruxismo en pacientes adultos* (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
109. Chimenos Küstner, E., & Callejas de Obes, J. (1998). Perspectiva evolutiva del cálculo dental. *Anales de Odontoestomatología*, 1998, núm. 1, p. 25-33.
110. Caballero, A., Ricaurte, M., & Conrado, C. (2011). Cálculo dental: una revisión de literatura y presentación de una condición inusual. *Acta odontológica venezolana*, 49(3).

111. Henz, S. L., Arthur, R. A., & Hashizume, L. N. (2021). Cálculo dental. *Henz, SL; Hashizume, LN; Arthur, RA (org.). Tópicos em bioquímica e microbiologia bucais. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2021. p. 141-148.*
112. Bravo I, Juan Cristóbal, & Bahamonde S, Héctor. (2014). Halitosis: Fisiología y enfrentamiento. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, 74(3), 275-282.* <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162014000300013>
113. Gomez, P. R., Torres, M. F. M., & Rojas, K. R. (2017). Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Dominio de las Ciencias, 3(2), 702-718.*
114. González de Cossío, M., Ortega-Maldonado, M., & Sifuentes-Valenzuela, M. C. (2008). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *salud pública de méxico, 50, 235-240.*
115. Godoy Noguera, M. E. (2003). *Frecuencia y causas de pérdida dentaria en pacientes atendidos en el servicio de odontología de un centro de salud* (Doctoral dissertation).
116. Gonzalez Beriau, Y., & Jover Capote, N. (2021). Pérdida dentaria y necesidad de tratamiento protésico. El Carmen, Estado Barinas, Venezuela, 2018. *MediSur, 19(4), 546-550.*
117. Alanis, M. T. G. (2019). Estrés en trabajadores contratados por una organización de la sociedad civil (OSC) Internacional. *Salud de los Trabajadores, 27(2), 159-174.*
118. González, D. D. C. C., Carrillo, M. A. O., & Ramos, M. E. S. (2017). Planeación estratégica en organizaciones de la sociedad civil. Un breve análisis para el estado de Guanajuato. *Holos, 2, 337-348.*
119. de Sistema Penitenciario, S. (s/f). *1<sup>a</sup> Jornada de salud llega a Centro Varonil de Seguridad Penitenciaria II*. Subsecretaría de Sistema Penitenciario. Recuperado el 19 de septiembre de 2022, de <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/1-jornada-de-salud-llega-centro-varonil-de-seguridad-penitenciaria-ii>
120. Minchón Hernando A., Domínguez Zamorano J.A., Gil Delgado Y.. Educación para la salud en centros penitenciarios: evaluación de una experiencia en personas con diabetes. *Rev. esp. sanid. penit.* [Internet]. 2009 [citado 2022 Abr 30] ; 11( 3 ): 73-79. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202009000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000300003&lng=es).
121. Hernández P, Jeniffer, & Mejía O, Luz Mery. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 28(2), 132-140.* Retrieved April 30, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2010000200005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000200005&lng=en&tlng=es).

## CONCLUSIÓN

Se investigó sobre la salud bucal de las personas privadas de su libertad (PPL), en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, ubicados en el municipio de Tenango del Valle, Estado de México y se determinó lo siguiente:

En términos generales, casi todos los establecimientos penitenciarios de nuestro país México, incluido el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle, muestran un deterioro y carencias importantes en lo que se refiere al acondicionamiento de sus espacios, al estado de las instalaciones y el mobiliario, así como en la disponibilidad y el acceso universal por parte de los internos a bienes y servicios básicos, por ello se hizo entrevistas audio-llamada de las PPL del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle lo cual hay carencias en dicho penal, teniendo un enfoque específico, en el área de su salud bucal.

La orientación de alto riesgo tiende a concentrar la atención en el sector visible de la enfermedad siendo esta la que más predomina “la caries dental”, entre otras enfermedades, siendo PPL son más susceptibles, ya que presentan grave deterioro de su salud bucal, considerando las condiciones de vida en las que se encuentran (dieta, hábitos de higiene, falta de insumos, falta de cultura dental y adquisición de conocimiento a la importancia de la salud dental, estrés, entre otras).

Frente a una población vulnerable como la carcelaria, hay que entender también la salud como un derecho ligado a la calidad de vida y al bienestar de los individuos, ya que esta debe reconocer las capacidades del ser humano y debe trabajar en la búsqueda de oportunidades para el pleno desarrollo, no por ser PPL, pierden derecho a la salud en general y ello abarca la salud dental entre otros derechos como seres humanos.

Dentro del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle las PPL son sujetos de derechos, cuya limitación principal con la sanción penal se refiere a la libertad de circulación, de igual manera dentro del penal ellos tienen derechos a visitas de sus familiares, derecho a las llamadas telefónicas, derecho a visitas conyugales, derecho a la dedicación a un taller dentro del penal, derecho a alguna actividad, entre otras...

Cabe recalcar que es urgente aumentar al sistema penitenciario la colaboración con la sociedad civil, gestión social con empresas del sector privado, intervenciones de salud, son de suma importancia para los PPL, ya que los beneficiarios son ellos, ante la situación en que ellos viven...

“Es tiempo de transformar la realidad bucal en Centro de Reinserción Social Tenango del Valle”.

## RECOMENDACIONES

Durante la realización de mi proyecto de tesis encontré distintas oportunidades que benefician en el ámbito de la salud bucal a las personas privadas de su libertad en el Centro de Reinserción Tenango del Valle sin embargo las siguientes recomendaciones pueden ser tomadas en cuenta y adaptadas al penal para “un trato justo”.

- Fomentar la cultura de salud bucal en las personas privadas de su libertad, como una prioridad y componente principal en los planes de atención y detección temprana ante las enfermedades bucales que se presentan.
- El personal odontológico deberá ser seleccionado cuidadosamente, teniendo en cuenta su integridad ética y moral, sensibilidad a la diversidad cultural y a las cuestiones de género y sentido de responsabilidad y compromiso.
- Que el personal médico odontológico cuente con el perfil adecuado y con diversas especialidades y competencias profesionales para tratar enfermedades dentales de acuerdo a cada una de las necesidades de las personas privadas de su libertad.
- Establecer mecanismos de monitoreo y control ante la caries dental y otras enfermedades bucales en las personas privadas de su libertad.
- Adoptar todas las medidas y actividades necesarias para aplicar a las personas privadas de su libertad sobre la importancia del cuidado bucal y adquieran un aprendizaje, aptitudes prácticas y conocimiento.
- El personal que tenga bajo su responsabilidad el área de salud bucal: prevención, detección, diagnóstico, plan de tratamiento, mantenimiento, deberá ajustarse en todo momento y circunstancia, al respeto a los derechos humanos y confidencialidad de las personas privadas de libertad.
- Gestionar a las diversas Facultades de Odontología del Estado de México, la intervención de los estudiantes con las medidas de seguridad y a cargo de un docente; en el Centro de Reinserción Social Tenango del Valle para aplicar prácticas de prevención bucal a las personas privadas de su libertad como son: uso de aditamentos, técnicas de lavado dental, aplicaciones de flúor, entre otras más...
- Gestionar a diversas marcas Dentales, instituciones, insumos de material como son: cepillos dentales, hilo dental, pastas dentales, etc... para las personas privadas de su libertad del Centro de Reinserción Social Tenango del Valle.