



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL
DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

GRACIELA CAROLINA SANTILLÁN CARLOS

TUTOR: C.D. ROBERTO GÓMEZ GONZÁLEZ

*No Bo
González*

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología,
por permitirme ser parte de ella y formarme como profesional. Gracias!*

A MI FAMILIA

PRINCIPALMENTE A MIS PADRES:

Gracias por todo su apoyo incondicional, por sus consejos, por estar siempre conmigo, por su gran cariño, por compartir desvelos, logros, caídas y tantas cosas más, Muchas Gracias!! Sin ustedes no hubiera podido lograr esta meta. Los quiero!!

A MIS HERMANOS:

Por apoyarme siempre , por estar conmigo en todo momento, por su cariño. Los quiero!! Muchas Gracias!

A MIS AMIGAS:

Por recorrer conmigo este largo camino, por su apoyo, por los ratos de felicidad, de tristeza, de diversión, por tantos momentos juntas... Sé que nuestra amistad será para siempre. Gracias! Las quiero! .Gina: en pocas palabras... Gracias por ser mi cómplice en tantas cosas..., por brindarme siempre tu apoyo. Te quiero amiga!

Y a todos aquellos que se presentaron en mi camino durante todo este tiempo de formación, Gracias!, sé que me llevo algo de ustedes.

*Al C.D. Roberto Gómez González, por dirigirme en la realización de esta tesina.
Gracias!*

Al Honorable jurado.

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Propósito	6
3. Objetivo	6
4. Educación para la Salud	7
5. Promoción de la Salud	13
6. Comunicación para la Salud	17
6.1 Elementos de la comunicación	18
6.2 Formas de comunicación	22
6.3 Tipos de comunicación	23
6.4 Tipos de lenguaje	24
7. Enseñanza – Aprendizaje	25
8. Adolescencia	28
9. Alteraciones bucales en la adolescencia	41
9.1 Caries dental	42
9.2 Enfermedad Periodontal	44
9.3 Maloclusión	46
9.4 Alteraciones de la ATM	46
9.5 Pérdida congénita de dientes	47
9.6 Trauma bucodental	47
9.7 Dientes pigmentados	48
10. Educación para la Salud bucal dirigida a los adolescentes	50

11. Conclusiones	59
12. Fuentes Bibliográficas	60

INTRODUCCIÓN

La Educación para la Salud, es un proceso mediante el cual el individuo adquiere conocimientos sobre problemas y comportamientos útiles para alcanzar el objetivo Salud.

La Educación para la Salud y sus programas deben convertirse en una experiencia educativa que utilice técnicas vivenciales y actividades lúdicas, para interiorizar conceptos, pues no se aprende lo que simplemente se lee o se escucha, ha de provocarse el diálogo reflexivo y participativo que fortalezca la creatividad.

La odontología tiene como objetivo, prevenir, mantener y devolver la salud bucal a las personas para mejorar su calidad de vida. Continuamente se deben adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de riesgo.

Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades bucales con mayor frecuencia. Uno de ellos, es el de adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos.

Es por ello, que la clave para la prevención de las alteraciones bucales más frecuentes, en este grupo es el mantenimiento de un alto nivel de conocimientos sobre salud bucal; el odontólogo, deberá orientarlo, motivarlo y sobre todo educarlo, con ciertas estrategias para evitar éstos problemas.

PROPÓSITO

El presente trabajo, abordará la etapa de la adolescencia en los programas de educación para la salud bucal. El ser humano desde su nacimiento pasa por diversas etapas de desarrollo, durante el proceso de la adolescencia, se establecen y se definen las relaciones sociales significativas, se circunscriben los límites morales, se adquieren las destrezas físicas e intelectuales que se definirán el resto de la vida y, sobre todo, se conforma el mundo interno mientras el cuerpo despliega crecientes ajustes hormonales.

La adolescencia, es un periodo de transformación, y los problemas principales que se encuentran, son el comportamiento y las conductas de riesgo, esto provoca que se conformen estilos inadecuados de vida que condicionan enfermedades.

Es por ello, que promover la salud e inculcar estilos de vida sana, será importante, para incorporar a los adolescentes que contribuyan a mantener una buena salud bucal, evitando con ello la aparición de diversas afecciones bucales.

OBJETIVO

- Abordar el ámbito de la adolescencia y evidenciar las dificultades y problemáticas que se presentan en los jóvenes para que adopten estilos de vida adecuados durante los programas de Educación para la Salud bucal.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud: como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente como ausencia de enfermedad o discapacidad¹. Si reflexionamos sobre esta conceptualización podemos observar que la salud no es exclusividad del sector médico, sino que incluye a otros contextos sociales entre los que podemos destacar a la familia y a la escuela como promotores de salud en los niños y adolescentes.



dgepi.salud.gob.mx

Sin embargo, la Educación para la Salud es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud, de un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social¹.

Es por esto, que en la actualidad, se le ha dado una gran importancia a promover las acciones de salud, principalmente por medio del conocimiento de los factores de riesgo y responsabilizando al individuo de su propia salud.

La educación y la promoción de la salud, son en esencia actividades sociales y políticas orientadas a buscar la comprensión y el bienestar del individuo (en

este caso el adolescente) mejorando sus niveles de salud las cuales conducen a obtener estilos de vida más saludables¹.

La educación para la salud tiene como principio el desarrollo de habilidades individuales y las estrategias para afrontar los factores que influyen en su salud, sino que incluye la intervención en los contextos educativos, familiares, profesionales, comunitarios y sociales donde se educan y desarrollan los seres humanos.

Así pues, la EpS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas¹:

- Preventiva
- De promoción de la salud

Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable.

La educación para la salud tiene como finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos².

La salud individual se considera el resultado de 5 elementos²:

- 1) un componente físico, de carácter biológico , la estructura y funcionamiento del cuerpo.
- 2) Un componente ético, la habilidad de discernir lo que está bien de lo que no, lo que debe hacerse de lo que no es correcto.

- 3) Un componente emocional, la habilidad de reconocer y expresar sentimientos y necesidades de forma adecuada y por los procedimientos adecuados.
- 4) Un componente de carácter intelectual, la habilidad para pensar con claridad, para aprender, para tomar decisiones racionales y actuar de acuerdo con ellas.
- 5) Un componente socializador, la habilidad para construir y mantener relaciones con los demás y en diferentes contextos sociales.

Estos cinco componentes se consideran imprescindibles y necesarios para considerar una salud individual satisfactoria. Si uno de éstos componentes falla, el individuo se podría considerar falto de salud o con salud no satisfactoria.

Por otro lado, la salud comunitaria, se considera el resultado de la interrelación entre esos cinco factores, en su manifestación social²:

- 1) El componente físico, como infraestructuras, construcciones edificios, carreteras etc..
- 2) El componente ético, a través de los valores, las creencias, la moral o la religión.
- 3) El componente emocional, reflejado en la sensibilidad social, las emociones y los sentimientos de identidad y pertenencia.
- 4) Un componente intelectual, como es el sistema educativo y los sistemas de toma de decisiones.
- 5) Un componente social como son las relaciones sociales, ayuda, bienestar, patrones económicos y políticos.

Existe un factor llamado ecológico-medioambiental de la salud, alude a todos aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que están

determinados por elementos ambientales de carácter físico, químico, biológico o social².

Se trata de valorar controlar y es su caso, prevenir los factores ambientales que pudieran ser adversos para la salud, contribuyendo a la sostenibilidad ecológica, como es el mantenimiento del aire y agua de calidad y la gestión efectiva de los residuos.

Para ello, la educación para la salud no debe únicamente centrarse en los hábitos de alimentación y de higiene, sino también en los hábitos de solidaridad medioambiental, como es el hecho de reciclar, en comprar alimentos en los que los envases sean reciclables y poco contaminantes.

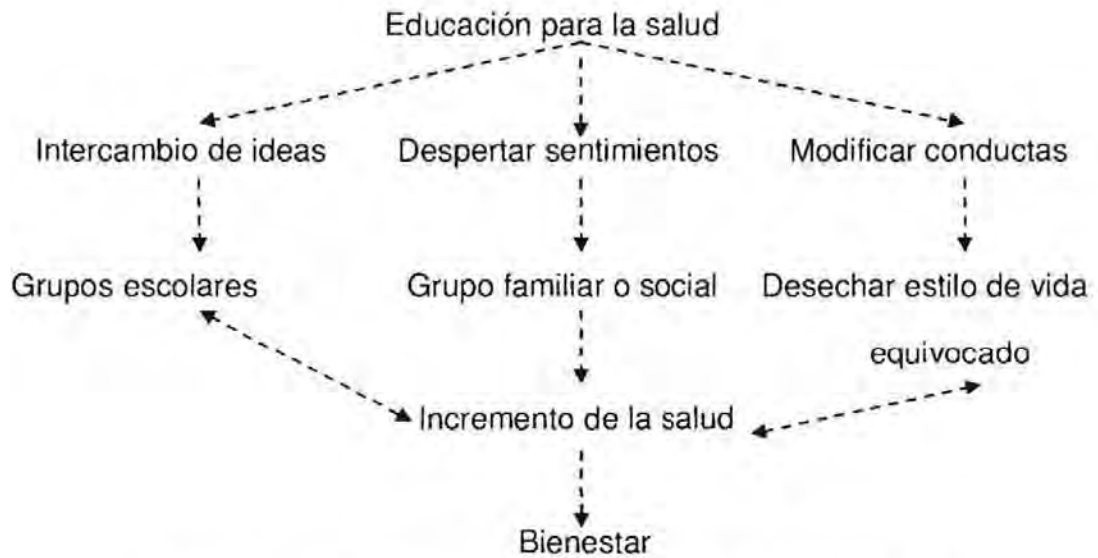
En este sentido decía la OMS : Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer³ .

La educación para la salud es fundamental para salud individual y de la comunidad, como ya se había mencionado anteriormente; además, origina bienestar y da mayores posibilidades de desarrollo a cada habitante, por tanto promueve mejoras sociales. Para cumplir su cometido, se necesita producir ideas , crear sentimientos y modificar conductas⁴.

Acciones de la educación para la salud.



Vargas A., Palacios V. Educación para la salud, 1ra.ed.México,Editorial McGraw-Hill,1993.



Vargas A., Palacios V. Educación para la salud, 1ra.ed.México,Editorial McGraw-Hill,1993.

Vargas, menciona en su publicación Educación para la Salud, que tiene que existir un autocuidado de la salud, también recalca que las acciones personales para conservar y mejorar la salud tienen dos facetas: la medicina preventiva y la curativa⁴.

La medicina preventiva incluye:

- Educación para la salud
- Prevención de enfermedades
 - Infeciosas
 - Parasitarias
 - Crónico-degenerativas
 - Laborales
- Prevención de adicciones
- Prevención de accidentes y desastres
- Exámenes médicos periódicos
- Orientación nutricional
- Planificación familiar
- Ejercicio físico
- Higiene personal

La medicina curativa comprende:

- Utilización correcta de los servicios de la salud
- Tratamiento médico oportuno
- Atención bucodental
- Salud mental
- Rehabilitación

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud, definían la promoción de la salud de la siguiente manera: " la promoción de la salud es concebida cada vez en mayor grado como la suma de las acciones de la población, los servicios de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva"⁵.

Por otro lado, en la Carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco funciones básicas necesarias para producir salud⁶:

a) Desarrollar aptitudes personales para la salud

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

b) Desarrollar entornos favorables

La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

c) Reforzar la acción comunitaria

La promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución

de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

d) Reorientar los servicios de salud

La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.

También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten.

Asimismo impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria.

Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

e) Impulsar políticas públicas saludables

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población.

La Promoción de la salud tiene objetivos, éstos, se dirigen a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas. Sus acciones se dirigen a la población en general, esto es, a grupos y comunidades como a procesos, condiciones y

sistemas que requieren ser modificados favorablemente a la salud. Presenta modelos con los cuales se establece, son sociopolíticos, ecológicos, y socio culturales; los alcances de estos modelos van hacia la interacción entre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.

Existen estrategias para la promoción de la salud, las cuales utilizan instrumentos como⁷:

- ❖ Información
- ❖ Educación
- ❖ Comunicación para la salud
- ❖ Mercadeo social
- ❖ El fortalecimiento de la participación comunitaria
- ❖ El empoderamiento de la población
- ❖ La acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables.

Gallar mencionó, que se puede sintetizar a la promoción de la salud en tres campos de actuación: prevenir, cuidar y educar⁸

Respecto a la prevención, se actúa en tres niveles:

- ✓ Prevención primaria: conjunto de medidas encaminadas a evitar que se produzcan las enfermedades y actúa sobre factores de riesgo, factores predisponentes, factores desencadenantes.
- ✓ Prevención secundaria: realiza una detección precoz de los trastornos de la salud.
- ✓ Prevención terciaria: se encarga de mejorar la calidad de vida del enfermo.

En cuanto al cuidado, los principales a cargo del personal médico deben ir orientados a la salud y enfermedad.

- ✓ Higiene y cuidados corporales
- ✓ Alimentación
- ✓ Vestido y calzado
- ✓ Prevención de accidentes
- ✓ Ejercicio físico
- ✓ Apoyo psicológico (comunicación, afecto, comprensión, afrontamiento del estrés.etc)
- ✓ Control de la enfermedad
- ✓ Control de factores de riesgo
- ✓ Promover actividades intelectuales
- ✓ Complementar información facilitada por el facultativo

El campo educar consta de tres estrategias:

- ✓ Detectar por medio de encuestas, debates, medios de comunicación etc..
- ✓ Motivar promoviendo la modificación de actitudes y hábitos, claro que esta depende de una serie de aspectos propios de la personalidad del individuo que debemos fomentar.
- ✓ Instrucción, se refiere a las instrucciones necesarias para corregir hábitos insalubres y sustituirlos por los saludables.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud en el publicado, Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables, menciona que por promoción de la salud se entiende la sensibilización de la opinión pública para crear conciencia sobre un asunto de tan amplia trascendencia nacional, así como la argumentación y difusión para ganar la comprensión solidaria de la población y sus dirigentes a favor de la causa de la salud⁹.

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud con enfoque integral implica una convergencia donde hay interacción y comunicación. La educación interpreta al diálogo como metodología central que permite a las personas crear espacios de cuestionamiento e interpretación de sus realidades. Es aquí donde empieza a tener sentido la articulación entre la educación y la comunicación⁹.

La comunicación para la salud ha sido definida por la OPS como "compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud". Supone comunicar no solo lo que unos saben y otros no (conocimientos), sino también la forma de llevar a la práctica, a la vida cotidiana, estilos de vida y de convivencia saludables⁹.

Sin embargo, el autor Everett Rogers, citado en la publicación Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables, la define como "un campo especializado del estudio de las comunicaciones que incluye pautas de temas de salud en medios masivos, promoción, difusión científica, comunicación médico-paciente, y particularmente el diseño y evaluación de campañas de comunicación para la prevención de enfermedades"⁹.

La palabra comunicación viene del latín *communis*, común, de aquí se deriva que el comunicador desee establecer una comunidad de información con otro receptor. Existen diferentes conceptualizaciones del término comunicación, se mencionará de forma sencilla; es la transmisión de información y entendimiento mediante el uso de símbolos comunes. Estos símbolos comunes pueden ser verbales o no verbales¹⁰.

Por otro lado, Álvarez, en su publicación Educación para la salud, menciona que, la comunicación es la expresión o transmisión de conocimientos o información. Es un intercambio de hechos, pensamientos, opiniones o emociones, que implica la existencia de un emisor y de un receptor. Y que sin comunicación no puede haber instrucción, enseñanza o educación. En

general, se considera que la transmisión tiene una sola dirección: del emisor al receptor; esto no es exacto. Con frecuencia, la dirección cambia y el receptor se convierte en emisor y éste en receptor. Dicho intercambio tiene varias ventajas: permite aclarar dudas o conceptos confusos. Por otra parte, el intercambio receptor-emisor enriquece el conocimiento y favorece su correcta interpretación¹¹.

Sin embargo en la publicación de la OMS; Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud, se redacta: la comunicación se produce cuando un mensaje se transmite y se recibe. El mensaje en educación sanitaria es algo que se considera importante que la gente de la comunidad sepa o haga. La fuente puede ser un agente local de salud o un gobierno nacional, o tal vez los miembros de la comunidad reconozcan ellos mismos la necesidad de un cambio¹².

El mensaje puede transmitirse de una persona a otra en conversaciones privadas, en una reunión en grupo, en una charla sobre la salud, o indirectamente por una emisión de radio o un periódico. Lo importante es lo que sucede cuando el mensaje alcanza al público al que va dirigido. Si lo escuchan y lo comprenden, y están dispuestos a creerlo, se ha establecido una comunicación correcta.

Elementos de la comunicación

Emisor

Es la persona que pretende comunicar algo al receptor. Las características propias de esta persona, en todos los sentidos, van a condicionar la forma de establecer la comunicación. Sus peculiaridades culturales, el sistema social en el que se encuentra, su nivel de instrucción y sus actitudes en general, influirán de manera decisiva en su habilidad para comunicarse. Si el

emisor pretende ejercer alguna influencia sobre el receptor, deberá poseer dos cualidades complementarias: resultarle atractivo y digno de crédito⁸.

En cuanto a la atracción, se ha observado que la apariencia física es influyente: un perfil agradable, un aspecto afable, un tono de voz adecuado, o algunos gestos, captan mejor la atención del interlocutor.

Ser digno de crédito alude a la honesta cualidad de ser creíble como persona y profesional ante los demás. Cuando una persona pide la credibilidad en el plano personal o profesional, inspira desconfianza y se tiende a desoírlo y a no valorar los mensajes.

Receptor

Es la persona que recibe el mensaje, para lo cual es preciso que posea capacidad de escucha y atención. La recepción del mensaje depende, también de las características psicosociales del individuo receptor. Al igual que el emisor, el receptor posee unas peculiaridades condicionadas por su propia personalidad, su ámbito sociocultural, su nivel de instrucción y sus habilidades de comunicación⁸.

Independientemente que los órganos de los sentidos funcionen correctamente a la hora de captar el mensaje, el saber escuchar constituye un gran paso para realizar una correcta interpretación (descodificación) de este mensaje verbal o no verbal. Después de descodificar el mensaje, el receptor puede proceder en tres sentidos, ignorarlo, actuar inmediatamente, o almacenarlo para utilizarlo llegado el momento oportuno. Por si fuera poco, en toda comunicación hay que valorar la probabilidad de que se desarrollen barreras que impidan que el mensaje llegue íntegramente al receptor¹³.

Debe tener interés por el tema, para lo cual debe haber recibido previamente información dirigida para promover la motivación por él mismo. Deberá estar en un momento favorable y con una actitud positiva hacia el emisor.

Mensaje

Representa el contenido de la información que deseamos transmitir a nuestro receptor. Este contenido puede ser expresado de muy diversos modos, es decir, mediante códigos diferentes: palabras y acciones⁸.

Cuando se emplean palabras en un proceso de comunicación, se habla de comunicación verbal y se le llaman interlocutores al emisor y al receptor. Cuando se comunica a través de gestos corporales, hechos o actitudes entonces se ejerce una comunicación no verbal.

Debe ser claro, sencillo, breve y orientado a un objeto bien definido. "una información valiosa necesita ser repetida tres veces, con palabras distintas y con distintos enfoques, para ser debidamente captada por su destinatario"¹³.

Código

Éste es todo el grupo de símbolos que puede ser estructurado de manera que tenga algún significado para alguien. Los idiomas son códigos; cada uno de ellos contiene elementos (sonidos, letras, palabras) que están dispuestos en determinados órdenes y no en otros. Todo aquello que posee un grupo de elementos en forma significativa (una sintaxis) es un código. Si se quiere saber si un grupo de símbolos es un código, se tendrá que aislar su vocabulario y verificar si existen formas sistemáticas (estructuras) para combinar los elementos¹⁴.

Cada vez que se codifique un mensaje se tienen que tomar ciertas decisiones con respecto al código que se utilizará. En primer lugar, se tiene que decidir: a) qué código, b) qué elementos de éste, y c) qué método de estructuración de los elementos del código se tendrán que seleccionar. En segundo plano, al analizar la conducta de comunicación y los mensajes, se necesita comprender en un análisis las decisiones de la fuente con respecto al código.

Medio o canal

Es la estructura material por la que se emite, se transmite y se recibe el mensaje; así, en la comunicación verbal, el emisor emplea como medio o canal de emisión de su mensaje su aparato de fonación (laringe, cavidad bucal); por su parte, en el receptor el mensaje se canalizará a través de sus órganos de los sentidos: el oído para los mensajes acústicos y la vista y el tacto para los mensajes no verbales⁸.

Cuando los medios o canales no se encuentran en óptimas condiciones, el proceso de comunicación se puede perturbar. La transmisión del mensaje puede llevarse a cabo por diversos medios: aire, teléfono, video, etc..



Llacuna J. La comunicación frente a frente, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, www.mtas.es

Formas de comunicación

Verbal

Los lenguajes oral y escrito son los dos constituyentes básicos de la comunicación verbal, con las palabras podemos expresar casi todo lo que pensamos. Pero en muchos casos no resulta fácil transmitir con ellas determinados sentimientos o ideas. La verbalización de los infinitos matices propios de nuestro pensamiento, difíciles de traducir en palabras, obliga a seleccionarlas con cuidado⁸.



www.revistainterforum.com



www.educared.org.ar

No verbal

Es todo aquello que damos a entender a el receptor sin emplear palabras. Comprende no sólo el lenguaje corporal, sino también las acciones o hechos que efectuamos ante los demás⁸.



Comunicacionoverbal.files.wordpress.com

Tipos de comunicación

A grandes rasgos se pueden señalar tres tipos de comunicación, esta diferenciación es dependiendo de las características de los receptores¹⁰:

- 1.- comunicación interpersonal
- 2.- comunicación masiva
- 3.- comunicación organizacional

1) La comunicación interpersonal es aquella que se realiza generalmente cara a cara, entre dos individuos o un grupo reducido de personas. Conversaciones cotidianas entre familiares, o también cartas entre amigos (comunicación escrita)¹⁰.

El nivel de comunicación más inmediato y expresivo en la vida cotidiana de cualquier persona. En este caso el campo de las significaciones se amplía: se significa con las palabras, pero también con el cuerpo. El nivel de comunicación interpersonal ha sido, junto con la forma de comunicación verbal¹⁵.

2) La comunicación masiva está representada principalmente en los medios de difusión de información: radio, televisión, periódicos,

revistas, internet, entre otros. El mensaje es enviado por un emisor y no hay respuesta inmediata, hay miles de receptores: viendo, oyendo o leyendo los mensajes¹⁰.

Los medios de comunicación masiva como la radio y la televisión podrían tener un gran impacto sobre la conducta de salud de la gente; sin embargo es raro que se exploten estas posibilidades adecuadamente¹⁶.

- 3) Comunicación organizacional es aquella que instauran las instituciones y forman parte de su cultura o de sus normas. En las empresas existe la comunicación formal e informal¹⁰.

Tipos de lenguaje

La comunicación de una persona para que sea realmente efectiva, debe ser armónica, equilibrada en cuanto a los recursos o lenguajes que utilice, de allí que comunicacionalmente se hable de¹⁰:

Lenguaje escrito (a través de la escritura)

Lenguaje oral (conversaciones, discursos, conferencias, charlas)

Lenguaje corporal (movimientos del cuerpo en el espacio, gestos, faciales, de manos, etc..)

La transmisión y efectividad de los mensajes tienen mucho que ver con el tipo de lenguaje utilizado. En el caso de presentaciones orales, la correspondencia entre la persona, el mensaje, el tono de voz y los gestos es indispensable, ya que los mensajes emitidos son percibidos por una especie de filtro que recibe información gestos, tono de voz, todo ello de forma global¹⁰.

ENSEÑANZA - APRENDIZAJE

La enseñanza no debe entenderse solamente como el hecho de dar a conocer tal o cual información o materia; es más bien la acción de dirigirlo, orientarlo y estimularlo, para que reaccione de manera voluntaria y realice en él el proceso de aprendizaje y adquiera así, por su propio esfuerzo, los conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan alcanzar el objetivo deseado¹¹.

El aprendizaje consiste en disponer y aplicar los elementos para vencer los obstáculos que impiden alcanzar un objetivo determinado. El aprendizaje, en general, es la realización de actos voluntarios para vencer los obstáculos que se presenten, a fin de alcanzar el objetivo que se desea. De aquí que, estrictamente hablando, nadie pueda enseñar nada a nadie; se requiere el esfuerzo personal de quién aprende.

El aprendizaje es, por tanto, un proceso activo, responsabilidad del individuo; solo se aprende cuando se aplican los conocimientos recibidos, se adquiere una aptitud por la práctica y se modifica la conducta anterior¹¹.

Se aprende recibiendo impresiones a través de los sentidos, que son los "canales" para el aprendizaje. La escala de los sentidos, en orden de importancia, es así: la vista primero, el oído, el tacto, el olfato y el gusto. Mientras más sentidos se utilicen en el proceso de enseñanza, mejores resultados se obtendrán. La vista y el oído son los que con mayor frecuencia se emplean en la enseñanza; sin embargo, los otros tres sentidos pueden ser importantes para el aprendizaje y la práctica de ciertas disciplinas¹¹.

Grenne, se interesa en los tres dominios del aprendizaje¹⁷:

Cognoscitivo: no es solo conocer los hechos, sino comprenderlos, aplicarlos a situaciones prácticas y analizar los elementos y relaciones con otra

información, sintetizando la información en un plan y evaluándola en términos de criterios internos y externos.

Afectivo: incluye las creencias, actitudes y valores. La educación efectiva intenta influenciar las creencias, y provocar cambios de actitudes y permite a la población revelar sus valores para un mayor autocuidado, y promoviendo una participación activa en este proceso de aprendizaje, es decir se trata de motivar a las personas.

Psicomotor : se interesa en las habilidades y conductas de la población. Aún las conductas complejas pueden ser separadas en pequeñas unidades o habilidades que han de aprenderse con relativa facilidad mediante las demostraciones y la práctica.

También menciona que, los programas de educación para la salud algunas veces son dirigidos hacia cambios de comportamiento definidos de manera muy estrecha y en otras ocasiones hacia mayores conocimientos y comprensión, sin esperanza alguna de acción concreta. Pero en cualquier caso los programas deben basarse en la mejor comprensión posible de cómo percibe, aprende y toma decisiones la gente. De igual forma realiza una pregunta básica, ¿qué determina el comportamiento? es importante en la psicología, la filosofía y la educación para la salud. Este debate histórico se ha centrado alrededor de alternativas posibles de 1) instintos y propensiones con base genéticas, 2) influencias ambientales y 3) la aplicación de la "libre voluntad" por el individuo¹⁷.

Ante un estímulo no todas las personas responden igual dependiendo de cada uno, y de nuestros mapas cognitivos que son diferentes. Ante los estímulos, las personas reciben la información, la acomodan, la asimilan¹⁸.

Piaget menciona que todo el proceso de aprendizaje es un proceso de maduración en el que desde los primeros estímulos vamos madurando el

sistema nervioso y vamos organizando nuestro mapa. Esta maduración psíquica y física es el aprendizaje¹⁸.

Por otro lado Vygotski también está de acuerdo con Piaget, no aprendemos individualmente, siempre en grupo, por imitación, interiorización social, interacción con el grupo¹⁸.

La forma más natural de comunicarse con la gente es hablar con ella. Podemos hacerlo con una persona o con una familia, con un grupo pequeño o con mucha gente a la vez. Las charlas sobre salud han sido, y siguen siendo, la forma más corriente de compartir conocimientos y datos en materia de salud. Con demasiada frecuencia, sin embargo, este método se utiliza aisladamente. Las charlas por sí solas se parecen demasiado a dar asesoramiento, el asesoramiento no es lo mismo que la educación para la salud¹².

Sin embargo, Valdivia, expresa que la premisa fundamental es que los materiales educativos, cualquiera que sea su naturaleza, deben ser parte de un programa educativo. Esto quiere decir que los materiales deben responder a objetivos de aprendizaje formulados previamente a su diseño y utilización. Por lo tanto el marco de referencia teórico para la preparación y uso de material se encuentra en el análisis de la naturaleza del proceso educativo mismo¹⁹.

ADOLESCENCIA

El período de la adolescencia, en nuestra sociedad, es la etapa de transición entre la infancia y la vida adulta. La OMS la define como "toda persona comprendida entre los 10 y 19 años de edad" ¹.

Pero es a partir de mediados del siglo XVIII cuando Rousseau, considera como una etapa de desarrollo a la adolescencia, declaraba que la imagen que primero se forja en la adolescencia, era una etapa marcada por la inestabilidad psicológica, por el conflicto y la crisis ²⁰.

Sin embargo, existen muchas definiciones como teorías acerca de éste término.

A continuación se presentarán algunas perspectivas teóricas que hablan de la adolescencia.

El psicólogo Stanley Hall, define éste período como el comienzo de la pubertad alrededor de los 12 o 13 años y que termina entre los 22 y 25 años de edad. También menciona a la adolescencia como un período del Sturm und Drang "tormenta y agitación" ²¹.

Sin embargo, Stone Joseph, dice que muchos autores han atribuido la turbulencia de esta edad al trastorno fisiológico asociado con la pubertad, y, por implicación, a la discrepancia entre la madurez sexual y la inmadurez mental del adolescente, por eso refiere que ésta explicación es incorrecta, y hace énfasis en que existen sociedades y sectores donde la adolescencia no es un período de Sturm und Drang ²².

Freud, por otro lado, creía que la adolescencia era un fenómeno universal e incluyó la conducta social y emocional de los cambios, por no mencionar las relaciones entre los cambios fisiológicos y psicológicos, y las influencias sobre la propia imagen. También señaló que los cambios fisiológicos se relacionan con los cambios emocionales, especialmente el aumento de las

emociones negativas, tales como cambios de humor, la ansiedad, el odio, tensión y otras formas de comportamiento de los adolescentes²¹.

La adolescencia es descrita por Erikson como el período durante el cual el individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar los peligros de la difusión del rol y la confusión de la identidad. Decía también que los adolescentes deben contestar las preguntas por sí mismos acerca de dónde vienen, quiénes son, y en lo que se convertirán²¹.

Según Spranger, la adolescencia no es sólo el período de transición de la infancia a la madurez fisiológica, pero - más importante - es la edad en que la estructura mental relativamente indiferenciada del niño alcanza su plena madurez²¹.

Hollingworth hizo hincapié en la idea de la continuidad del desarrollo y la gradualidad de los cambios durante el período de la adolescencia. Ella indica que "el niño va creciendo poco a poco en adolescente, y el adolescente se convierte poco a poco progresivamente en el adulto". Hollingworth cree que no hay conexión entre los cambios biológicos y los cambios en el estatus social²¹.

Cada autor y psicólogo afirmaba su propia teoría y definición acerca de éste complejo término: adolescencia.

Existen algunos términos que causan confusión en este tema, como pubescencia y pubertad, el autor Stone los define en su publicación *Niñez y adolescencia* de la siguiente manera²²:

Pubescencia es el período de aproximadamente dos años que antecede a la pubertad, y el término se refiere también a los cambios físicos que tienen lugar durante ese período, y que culmina en la pubertad. El comienzo de la pubescencia se caracteriza por una aceleración del ritmo del crecimiento físico y por el término de la latencia del crecimiento.

Junto con la aceleración del crecimiento se producen cambios en las proporciones faciales y corporales, maduran los caracteres sexuales primarios y secundarios, algunos autores llaman "preadolescencia" a este periodo. Es indudable que desde un punto de vista psicológico el pubescente se parece más al niño de edad intermedia que al adolescente.

La pubertad es el momento de la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual, caracterizada en las niñas por el primer flujo menstrual o menarquía, y en los hombres por diversos signos, entre los cuales tal vez sea el más confiable la presencia de espermatozoides en la orina.

También menciona que no tiene sentido hablar de un rango de edades, ya que son muy amplias las diferencias individuales y entre distintos grupos, debido posiblemente a la alimentación, el estado de salud y tal vez muchos otros factores desconocidos, pero se sabe que los varones tiende a llegar a la pubertad dos años después que las mujeres.

Martí, hace referencia que la pubertad son transformaciones biológicas y morfológicas que ocurren en un período muy característico de la vida de cualquier persona, donde un complejo de regulaciones entre el sistema nervioso (principalmente el hipotálamo), el sistema endócrino (hipófisis, tiroides, glándulas suprarrenales y gónadas –ovarios y testículos-) y las hormonas sexuales y de crecimiento secretadas por estos órganos, son los responsables de los cambios morfológicos y sexuales de los adolescentes, pero la secreción hormonal continúa aumentando a lo largo de la adolescencia y en la etapa temprana llegando a su cumbre a los 20 años aproximadamente, y a la adolescencia se refiere a los cambios psicológicos asociados a la etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la etapa adulta²⁰.

La morfología del cuerpo también se transforma durante la pubertad, y a veces de forma poco sincrónica. Algunas partes (como los pies, las manos,

los brazos o las piernas) pueden crecer antes que otras (como la anchura de las espaldas y la caja torácica), lo que puede conducir a ciertas desproporciones que pueden preocupar al adolescente; pero estas desproporciones desaparecen una vez completado el desarrollo corporal ²³.



api.ning.com

Se presentará un cuadro con la secuencia y edad aproximada de los principales cambios en la pubertad en chicos y chicas.

	CHICAS	CHICOS
9-10 años	Crecimiento de huesos Pelvianos, brote de los pezones	
10-11 años	Brote de las mamas, vello pubiano	Primer crecimiento de testículos y pene
11-12 años	Crecimiento de los genitales externos e internos	Inicio de la espermatogénesis
12-13 años	Aumenta el volumen de las mamas, mayor pigmentación de los pezones	Vello pubiano
13-14 años	Aparición de vello axilar, menarquía	Crecimiento rápido de testículos y pene
14-15 años		Vello en las axilas y labio superior, cambio de voz
15-16 años	Acné, voz más profunda	
16-17 años	Detención del crecimiento esquelético	Vellos facial y corporal, acné
21 años		Detención del crecimiento esquelético

Martí E. Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente, 1ra. ed., Barcelona, Editorial Horsori, 1997

Con todos éstos cambios que ocurren a nivel físico, los adolescentes se hallan preocupados por su apariencia, por su figura corporal, cuanto más atractivo o eficaz cree que es su cuerpo, más positiva y elevada resultará su autoestima.

La edad adolescente es un período de transición, un periodo de profundos cambios, marcado por la inestabilidad psicológica, es por ello que existe un perfil adolescente típico que Kaplan presenta²³:

- Los adolescentes son patéticamente susceptibles y vulnerables.
- Al adolescente, no sabe por qué, de pronto lo acometen la tristeza, la desolación, la angustia o la nostalgia. No tiene manera de tomar conciencia de que sus estados de ánimo cambiantes y sus emociones aparentemente caprichosas son atribuibles a la pérdida de su pasado infantil.
- Lo que el adolescente pierde, y que tan difícil resulta abandonar, es el apego apasionado a los padres y a ese diálogo que una vez fue el centro de su existencia infantil.
- La adolescencia es una etapa de activa desconstrucción, construcción y reconstrucción.

La adopción de roles y adaptación en la adolescencia también se presenta, es el momento en que la persona comienza a tener una existencia propiamente social, pública, en que se incorpora a la cultura de la sociedad. Los adolescentes empiezan a relacionarse con la sociedad como un todo²³.

Entre las decisiones que el adolescente se enfrenta está la de elegir una carrera, un lugar social, un camino en la vida, un rol relacionado con el tipo de profesión o de trabajo, algo que definirá mucho su papel en la sociedad.

Un adolescente o joven está decisional y vocacionalmente maduro cuando sabe lo que quiere y lo que puede hacer en la vida, cuando se siente y está capacitado para desarrollar el proceso de decidirse a emprender un determinado camino vocacional, sentimental y vital²⁰.

Es importante mencionar que el adolescente debe tener una vinculación con su familia, ya que pueden ayudar en la construcción de su identidad social, sin embargo, las relaciones con los compañeros y amigos pasan a ocupar un lugar prioritario en la vida de los adolescentes, aunque ello no implica que necesariamente se alejen de sus padres.

Los lazos de amistad se orientan hacia la intimidad, la comunicación y el juego, más que hacia un compromiso estable. Al igual que las relaciones de amistad, las relaciones grupales pueden cumplir un papel importante en la socialización de los chicos y las chicas. Para éstos, sentirse aceptados y valorados dentro de un grupo les ayuda a formar su identidad y a tener una autoestima positiva. Dentro del grupo, pueden asumir distintos roles y experimentar como inciden sus actuaciones en los otros. Por otro lado, para algunos adolescentes las relaciones con el grupo suplen las carencias que tienen en la familia.

Todo lo antes mencionado, se relaciona con las actividades de ocio que pueden dedicarse los adolescentes de forma voluntaria para divertirse, descansar, informarse o participar socialmente. Éstas suelen ser ver TV, escuchar el radio, salir con los amigos (cine, bares, centros deportivos etc.)



blog.laiveesvida.com



sanosenlafe.blogspot.com



Cineper.com



www.enforma.us

Aunque también existe la vulnerabilidad sociocultural de la etapa de la adolescencia se asocia al concepto de "conductas de riesgo". Las conductas de riesgo suelen definirse como "arriesgadas" en base a datos epidemiológicos y sociales. El riesgo implica la probabilidad de que la presencia de uno o más características o elementos nocivos incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida o la sobrevivencia personal o la de otros²⁴.

Los cambios de las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la prevención de la enfermedad, habiendo sido utilizada tradicionalmente la educación para la salud para alcanzar estas metas. Dentro del marco más amplio de promoción de la salud, la conducta de riesgo puede ser considerada como una respuesta o mecanismo, para hacer frente a

condiciones de vida adversas. Las estrategias de respuesta incluyen el desarrollo de habilidades de vida y la creación de entornos que apoyan la salud³.

Varias investigaciones a nivel nacional e internacional menciona Berra, consideran las siguientes conductas de riesgo (desde un punto de vista epidemiológico riesgo es la probabilidad de que un evento particular ocurra en el periodo de tiempo, por ejemplo una enfermedad o una defunción) para los adolescentes²⁴:

- Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales.
- Accidentes automovilísticos (exceso de velocidad)
- Propensión a la violencia y conductas antisociales
- Embarazos no deseados, enfermedades de trasmisión sexual (sida) y la promiscuidad sexual

- la depresión, el estrés y el suicidio

Es aquí cuando la familia, la escuela y los sectores de salud deben promover estilos de vida saludables. Educando hacia un enfoque de prevención de riesgos, el cual asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos, con la intención de evitarlos cambiando las condiciones que exponen al individuo o grupo a adquirir la enfermedad o daño.

Las conductas agrupadas bajo el nombre de riesgo, pueden ser diferentes entre sí, pero su función psicológica en los adolescentes suele ser similar. Con ella los adolescentes pretenden expresar el rechazo a las normas convencionales, su independencia ante el control paterno, alcanzar un rol prestigioso con el grupo de amigos, que en algunas ocasiones expresa una adaptación pasiva a una sociedad de consumo, que define a las personas

por el "tener" (cosas, poder, relaciones) más que en el "ser" una mejor persona humana, moldeando a través de los medios masivos de información (TV, internet...) estilos de vida no saludables²⁵.

Como se ha mencionado, la adolescencia constituye una etapa de notables cambios en el desarrollo psicológico de las personas, que afectan a los distintos ámbitos del comportamiento de las mismas, y que marcan de manera decisiva su incorporación a la vida y al mundo de los adultos.

Es por ello, que todos estos cambios también afectan a la educación en sí. Muchos educadores están al tanto de que el adolescente no tiene un interés serio en la educación excepto como medio para llegar a un fin.

El adolescente sabe que la educación y lo que representa, gozan del alto aprecio de padres, compañeros etc.. como consecuencia, también él desarrolla un "respeto a regañadientes" por el sistema educativo, acepta sus valores y forma sus propios intereses y aspiraciones en torno a ellos. Si bien le gustaría alcanzar el éxito en todos los terrenos prestigiosos, es lo bastante realista como para saber que debe seleccionar aquellos en los que sus probabilidades de triunfo son mayores, y luego pasa a concentrar en ellos su interés y sus esfuerzos. Por otro lado, los adolescentes inseguros, ansiosos de ser aceptados socialmente, son los que más se preocupan con la reacción de sus pares²⁵.

Como consecuencia de las diferencias en cuanto a aspiraciones, antecedentes sociales y muchos otros factores, los adolescentes tienen actitudes hacia la educación que difieren mucho entre sí. Pese a éstas variaciones de actitudes, los adolescentes pueden ser clasificados en general colocando en un grupo a los que están satisfechos con la educación y en otro a quienes no lo están.

Por otro lado, el adolescente que disfruta de sus estudios y que siente que los educadores lo tratan con justicia, y no con cierta autoridad, hará un buen trabajo escolar. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes está insatisfecha con su experiencia educacional. Quizá sólo sea una manera de seguir a la mayoría. También puede deberse al hecho de que las personas en general hablan más de las cosas que les desagradan que de las que les agradan.

Se menciona que existen factores que influyen en las actitudes hacia la educación como los que se presentan a continuación:²⁵

- Valores culturales
- Valores de la clase social
- Actitudes paternas
- Posición ordinal
- Actitudes del grupo de pares
- Influencia del sexo
- Planes vocacionales
- Éxito social y educacional
- Actitud hacia el educador
- Técnicas de enseñanza
- Actitud contraria al trabajo

También comenta, que los adolescentes son exagerados en sus críticas a las escuelas, que hallan defectos en todo: sus estudios, en los educadores, en las actividades extraescolares, sus compañeros de clase y las normas administrativas.

Los aspectos de la vida escolar y los estados de ánimo que viven los adolescentes, revelan situaciones conflictivas irresolubles, generado por aversión hacia un estudio no afrontado funcionalmente²⁵.

El estado de frustración, si no de angustia, es comparable sobre todo en los adolescentes que presentan hacia el estudio en general o hacia determinados sectores de conocimiento.

Hasta hace poco el educador era una imagen de saber, de moral, de experiencia, tenía el poder de entrar en la conciencia de los adolescentes y de educarlos; pero los tiempos han cambiado y hoy éstos tienen muchos "maestros", como los amigos, la calle, la T.V. internet, videojuegos, etc. Que les enseñan muchas cosas que tienen poco o nada que ver con sus verdaderas necesidades y confundidos con numerosas ofertas de placer y libertad, no saben a quién creer. Esta confusión es causa de muchos temores²⁵.

El temor desencadena automáticamente los procesos psicológicos que conducen al fracaso: inhibe las capacidades físicas y mentales, de modo que las personas se sienten sin ideas, sin energía y sin valor para decidir.

El adolescente tiene varios temores: Uno de ellos es el temor a equivocarse y esto se debe a la forma errónea de valorar la conducta humana. No se valora lo más importante, como es el esfuerzo y la intención sino el resultado. No se juzga la acción, sino a la persona .

Otro de ellos es el temor al fracaso que hace que se aferren a formas establecidas de sentir, de pensar y de vivir , a sabiendas de que son generadoras de muchos males.

Se señala, que la escuela es un mundo de competencia. Los niños y adolescentes tienen que adaptarse y encontrar un lugar en el grupo; hacer amigos y conservarlos; adquirir hábitos de atención, lectura, razonamiento y disciplina mental; rendir exámenes en los cuales se pone a prueba la

inteligencia y se corre el riesgo de fracasar, dejando en entredicho la autoestima; todo lo cual supone una angustia diaria.

Aunque parezca increíble, los padres y educadores son los principales ejecutores de la represión, sin percatarse de ello²⁵.

Existe una ley psicológica según la cual "Todo ser humano tiende a buscar lo que le agrada y a alejarse de lo que le desagrada" .En consecuencia, si el estudio no resulta agradable y gratificante, carece de atractivo; por tanto, no interesa.

Entonces, para lograr interés en la educación, ni los premios ni los castigos funcionan, puesto que, éste es el resultado de una motivación interna.

Este es el papel más difícil del educador convertir lo que se le está enseñando en una actividad atractiva si se convierte en un camino que conduce al éxito y a la felicidad pues, nadie sigue un camino que no conduce a ninguna parte y, por otro lado, cuando el camino conduce al éxito, cada paso se convierte en un placer.

Por lo tanto, al ver este aspecto de los adolescentes hay que cambiar actitudes, trabajarlas y motivarlos para cambiar su manera de entender al mundo y valorar lo que el entorno les ofrece, y así lograr una buena formación, e interés en la educación.

ALTERACIONES BUCALES EN LA ADOLESCENCIA

Teniendo en cuenta que la salud bucodental no debe ser menospreciada, porque sus efectos pueden ir en contra del bienestar general de la persona, es necesario que la salud bucal y la salud general no sean interpretadas como entidades separadas²⁶.

El adecuado estado de la salud bucal permite mantener funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto.

El problema de los dientes es una situación que afecta a la mayoría de escolares y adolescentes; esto a su vez compromete el estado físico del niño en la aparición de enfermedades del estómago, bajo rendimiento escolar y posteriormente problemas de tipo emocional.

La American Academy Pediatric Dentistry (AAPD), en su Guía Clínica de Cuidados de Salud Oral para los Adolescentes, estableció las principales alteraciones que se presentan en esta etapa de la vida²⁷.

ALTERACIONES BUCALES
Caries dental
Enfermedad periodontal
Problemas de maloclusión
Alteraciones en la ATM
Pérdida congénita de dientes
Trauma bucodental
Dientes pigmentados

Maffa, Ana Cristina, Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral, Colombia Médica, 2008, Vol. 39, Pp45.

Caries dental

Es una enfermedad que destruye los tejidos duros del diente, de etiología multifactorial en el que interviene: la placa bacteriana cariogénica, cantidad y calidad de saliva, dieta, factores biológicos inherentes al huésped y otros dependientes de la edad, conducta, disponibilidad de cuidados de salud²⁸.

La interacción entre estos factores determinará la presencia o no de enfermedad y su severidad.

Intervienen en su desarrollo las bacterias adheridas a la superficie dentaria que transforman en ácidos los hidratos de carbono de la dieta, la cantidad de azúcares que se ingieren diariamente, los hábitos de higiene bucal, las propiedades físico químicas del esmalte dentario, los factores inmunitarios y las medidas preventivas adoptadas. Todos estos factores intervienen en los procesos de desmineralización y remineralización constante a los que están sometidos los tejidos dentarios en la cavidad bucal.



www.dentan.com

En el desarrollo de la caries influyen varios factores, sin embargo, existen diversas medidas preventivas²⁹ que el educador para la salud tiene que transmitir, como son las siguientes:

1. Medidas dietéticas. Tienen como misión disminuir la materia prima (azúcares) sobre la que actúan las bacterias. Las medidas a aplicar incluyen:
 - Disminuir la frecuencia de exposición a azúcares, en lugar de reducir la cantidad total de los mismos.
 - Evitar alimentos que se peguen a los dientes (chicles, caramelos blandos, etc.), por su permanencia prolongada en las superficies masticatorias.
 - Evitar el uso de sacarosa. Utilizar, en su lugar, xilitol y sorbitol que desarrollan una flora bacteriana con menor capacidad de producir caries.
 - Promover la ingesta de alimentos ricos en fibra (manzana, zanahorias, etc.).

2. Higiene dental.
 - Cepillado dental. Se seguirá una técnica correcta.
 - Hilo dental. Es útil para eliminar la placa interdental.

3. Fluoración. Es la medida más eficaz en la lucha contra la caries. Aumenta la resistencia del esmalte, remineraliza las lesiones incipientes y contrarresta la acción de los microorganismos responsables de la caries.

4. Selladores. Aplicado por profesionales, evita las caries de fosetas y fisuras de las superficies de oclusión.

Enfermedad periodontal

Afecta los tejidos de soporte dentario, la placa bacteriana periodontopática adherida a la superficie dentaria genera toxinas que producen inflamación de los tejidos blandos que rodean al diente²⁸.

De no mediar acciones terapéuticas adecuadas la enfermedad puede avanzar, en casos de un huésped susceptible, hasta la pérdida de las fibras de unión alvéolo dentarias y del hueso alveolar con la consecuente pérdida del diente que ha quedado sin soporte óseo.

Ambas enfermedades aumentan en la adolescencia. Los cambios hormonales, la dieta y hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y externo del individuo convierte a los adolescentes en un grupo de riesgo para la salud bucal.

Studen-Pavlovich y Ranalli, citados en el artículo Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral, mencionan que el incremento de enfermedad periodontal en adolescentes se debe a los cambios hormonales que sufren, porque afectan las interacciones del huésped de las estructuras periodontales, aumentan la permeabilidad de los vasos sanguíneos, y producen una exagerada respuesta a los microorganismos, lo que favorece la tendencia a sangrar²⁷.



Clinicadentalmay.cl

Para prevenir ésta enfermedad, se recomienda, el cepillado después de cada comida es el objetivo ideal pero no se ajusta a la realidad y una recomendación apropiada es hacerlo por lo menos una vez al día a la hora de acostarse²⁸.

El uso de hilo dental también debe ser parte de la rutina diaria de higiene para la remoción de placa de los nichos ecológicos que ofrecen los espacios interdentarios.

La terapia de rutina en estos casos consiste en la eliminación de cálculos por el odontólogo, control mecánico de la placa bacteriana con técnicas de higiene adecuadas y uso de hilo dental.

Las medidas citadas con frecuencia entran en conflicto con el estilo de vida y las características propias del adolescente. Ellos valoran el espacio de información cuando se les brinda y los talleres de educación para la salud realizados en forma multidisciplinaria deberían ser una práctica habitual en la programación escolar.

Maloclusión

Pueden tener origen en problemas esqueléticos o dentarios y en ocasiones relacionarse con hábitos que producen modificaciones de las estructuras óseas y de los tejidos blandos peribucales tales como la succión de dedo pulgar mantenida durante un largo período de la niñez y la respiración bucal no evaluada convenientemente²⁸.

Basándose en los antecedentes médicos completos del paciente y en el examen físico de la boca. Es el ortodoncista quien se encarga del estudio óseo y dental del paciente mediante unas exploraciones complementarias objetivas, tales como radiografías específicas, impresiones o modelos de yeso, etc. Y por su puesto se puede tratar cualquier hábito lo antes posible para evitar la maloclusión³⁰.



www.mapfre.com

Alteraciones de la ATM

Las tensiones de la adolescencia motivan numerosas reacciones fisiológicas algunas de las cuales pueden ser la disfunción masticatoria (bruxismo) y los movimientos parafuncionales. La disfunción de la ATM puede también estar relacionada con traumatismos o problemas del disco articular. Los signos funcionales pueden ser chasquido, desviación en la apertura o limitación de la apertura. El dolor relacionado con estos signos no es usual en la adolescencia y cuando existe es motivo de consulta²⁸.

Graber y Newman, citados por la revista electrónica "Ciencias Holguín" recomiendan algunas medidas específicas para prevenir las alteraciones temporomandibulares como: el cuidado inicial de los dientes temporales, especialmente los molares para evitar caries e interferencias, eliminación de mordidas cruzadas por guía dentaria y la eliminación de disfunciones neuromusculares³¹.

Pérdida congénita de dientes

En esta etapa se inicia y termina la madurez en términos dentales, por tanto, se facilita un diagnóstico sobre el número total de dientes que se tendrá en boca. Para este efecto, se recomienda el análisis de los patrones de erupción, con el fin de valorar una posible causa de maloclusión futura²⁷.

La ausencia de dientes en los adolescentes se puede asociar con trauma dental, caries, periodontitis y alteraciones de tipo congénito. La pérdida de dientes puede traer diversos tipos de problemas, que van desde cambios en la funcionalidad, estética y psicológicos sobre todo si el diente o dientes faltantes están en una zona anterior. La prevalencia de hipodoncia podría llegar a 5%, y ser más alta en mujeres que en hombres.

La ausencia de dientes que con frecuencia se presenta son los segundos premolares mandibulares, y los segundos premolares e incisivos laterales del maxilar superior; condición que podría influir en la morfología cráneo facial.

Trauma bucodental

Las fracturas dentarias por traumatismos de la cavidad bucal son frecuentes, el tipo y extensión de la injuria es diverso y la emergencia constituye generalmente para el paciente y su grupo familiar una situación de angustia y ansiedad diferente al de otras situaciones traumáticas²⁸.

Quién actúe frente a la emergencia deberá tener capacidad de contención, seguridad y consistencia en las decisiones y ser claro ante la imposibilidad de resolver el caso y deba hacer la derivación correspondiente. La causa más frecuente en adolescentes son las peleas callejeras, deportes y juegos violentos o accidentes.

El método de prevención es el uso de protectores bucales es conveniente en la práctica de deportes, el mismo proporciona un efecto de acolchado que disminuye el efecto del impacto al distribuirlo en un número mayor de piezas dentarias, de esta manera minimiza todo tipo de lesiones.

Dientes pigmentados

En este período de vida, el proceso de maduración de los dientes permanentes se completa, esto significa que los dientes son susceptibles a diversos factores de riesgo, que pueden llevar a la presencia de manchas²⁷.

Por ejemplo, algunos medicamentos como la tetraciclina y otros fármacos que contienen minerales en cantidades considerables generan marcada pigmentación de los dientes cuando se administran a niños en etapas formativas: durante la gestación, a través de la madre, y en la infancia. Las alteraciones no aparecen de inmediato, sino años más tarde³².

Otro factor que aumenta la presencia de manchas es la ingesta de flúor, si se consume en grandes cantidades cuando los dientes se encuentran en desarrollo, provoca fluorosis dental.

Las bebidas, como el té, café, refrescos, jugos y alcohol suelen presentar manchas en la superficie de las piezas dentales, debido a los fuertes principios activos que contienen estos productos.



Newsimg.bbc.co.uk

El tabaco, los fumadores tienen manchas debido a que el humo del cigarrillo contiene sustancias químicas que se adhieren fuertemente a la superficie dental.

Otros tipos de decoloración se originan en el diente mismo; por ejemplo, cuando una infección mata a la pulpa y dentina, que son los tejidos vivos e internos de las piezas, éstas adoptan color grisáceo.

También la amelogenesis imperfecta, que se trata de una dolencia hereditaria en la cual el esmalte dental es defectuoso.

Para evitar las manchas, la mejor terapia en dientes radica en la prevención, por lo que las siguientes recomendaciones son importantes en esta situación:

- Mantener buena higiene dental.
- Consultar con regularidad al odontólogo para detectar anomalías.
- Tratar inmediatamente cualquier golpe o problema dental para evitar la destrucción de dentina y pulpa.
- Evitar el consumo excesivo de té, café, alcohol y tabaco.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES

La educación es una de las armas más importantes en el desarrollo de una persona. Partimos de la base de que los principales responsables de la salud de los jóvenes, son ellos mismos, pero nosotros los educadores de la salud bucal debemos contribuir a su educación sanitaria en aras de lograr en ellos no solo conocimientos teóricos en materia de salud oral, sino que cooperen por y para la salud, y se produzcan cambios favorables en sus comportamientos, que redunden en un mejoramiento de su estado de salud bucal³³

La educación para la salud bucal debe buscar que los adolescentes, en este caso, sientan que las acciones que realizan sean útiles para ellos y pertinentes.

Actualmente, dada la alta prevalencia de algunas enfermedades bucales , pueden ser evitadas en gran medida mediante el autocuidado, se hace necesario conocer los conocimientos y comportamientos de búsqueda de salud bucal de los adolescentes a fin de tomarlos como punto de partida de los programas destinados a mejorar la situación imperante³³.

Una de las teorías que se utiliza con mayor frecuencia para predecir comportamientos de búsqueda de salud es el Método de Creencias de Salud reformulado por Rosenstock .³³ El análisis de este modelo nos muestra que contiene tres factores esenciales:

- las percepciones individuales respecto a la susceptibilidad y gravedad de la enfermedad.
- los factores modificadores de estas percepciones, entre los que se encuentran las variables demográficas, socio psicológicas y estructurales.

- los factores que determinan la probabilidad de efectuar una acción en salud con los beneficios y las barreras percibidas para realizar las acciones. Ejemplo: puede ser que el adolescente crea que una acción es efectiva, pero a la vez costosa, o dolorosa, lo que lo llevará no efectuarla.

En este modelo se pone gran énfasis en los procesos cognitivos que median los cambios de actitudes y conductas. Al respecto el grupo de expertos de Educación para el Autocuidado de la Salud, OMS, manifiesta que "no se puede esperar que las personas cambien su comportamiento o adopten nuevos comportamientos si no perciben una base lógica para ese cambio o si los cambios son inconvenientes con sus prioridades"³³.

Es imprescindible, entonces, hacer que los programas de educación para la salud tengan la potencialidad suficiente para que el cambio de comportamiento que se desea obtener se produzca. Para lograr este objetivo es necesario que se consideren previamente los factores predisponentes que tienen el poder de afectar el comportamiento en salud.

Estos factores incluyen el grado de conocimientos, valores y actitudes de los adolescentes con respecto a su salud bucal. El aumento de conocimientos no asegura un cambio conductual, pero numerosos estudios demostraron asociaciones positivas entre conocimientos y conducta³³.

El conocimiento sobre salud es necesario antes de que el paciente adolescente tome la decisión de realizar una acción con respecto a su salud, pero probablemente la acción no ocurrirá a menos que el paciente reciba un estímulo capaz de motivarlo a realizar la acción. Acá entran en juego los factores reforzadores, que apoyan las conductas y que comúnmente son los

padres, los maestros, educadores de la salud, y principalmente los pares o grupo de amigos, los que influyen positivamente en los adolescentes³³.

Los medios de comunicación, especialmente la televisión e internet (comerciales e ídolos), spots de radio, y carteles expuestos en lugares que los adolescentes frecuentan (calles, cine, bares etc..) también actúan como factores reforzadores³³.

Los programas de educación para la salud en adolescentes deben considerar el máximo de apoyo para los participantes durante el proceso de enseñanza o cambio conductual.

Por otro lado, se citó la publicación *Odontología Pediátrica* de Pinkham, en su apartado de Adolescencia, donde menciona lo siguiente³⁴:

La prevención de las enfermedades dentales es una de las preocupaciones principales de los odontólogos que atienden adolescentes. La adolescencia marca un periodo en el cual debe disminuir la participación de los padres en el cuidado dental en el hogar y en que debe hacerse énfasis en la responsabilidad del adolescente para acatar su propio programa de salud bucal.

Algunos adolescentes, menciona, son capaces de hacerlo con facilidad, y al parecer es inherente su motivación para que su higiene bucal diaria sea adecuada.

Otra preocupación preventiva es el hecho de que los adolescentes, sobre todo los de mayor edad, que tienen su propio medio de transporte, fuentes de ingreso económico, y libertad para elegir su propia dieta pueden desviarse de la que se llevaba en casa y adoptar un régimen con mucho mayor número

de refrigerios, aunado a la posibilidad de mayor consumo de azúcar, lo cual es un factor de predicción de enfermedad dental.

La apariencia estética dentofacial constituye otra preocupación del odontólogo que atiende a este grupo de pacientes, los cuales, más que a cualquier otra edad, desean tener una dentadura atractiva. Las irregularidades previas de los dientes o de su color, que se observan al sonreír o durante una conversación, se convierten en una preocupación profunda para el paciente, que puede presionar al odontólogo para que corrija estos problemas.

El autor también hace hincapié, en que el odontólogo debe estar capacitado para comprender las distintas características que se relacionan con esta edad.

Por supuesto, la conversación que mantendrá con un paciente de 13 años de edad será diferente a la que tendrá con uno de 18. Es importante que el odontólogo se percate de estas diferencias, y que sea flexible en su comunicación con este grupo.

Desde el punto de vista odontológico, la mayoría de los dientes permanentes han erupcionado, salvo en el caso de los dientes faltantes por razones congénitas. La oclusión se ha estabilizado por sí misma o realizado con tratamiento de ortodoncia.

Por otra parte, señala, que en la mayor parte de los estudios realizados a adolescentes se muestra un aumento paulatino, pero general, en la incidencia de caries dentales, al tiempo que la enfermedad periodontal se vuelve clínicamente evidente, ya que hay menos supervisión en casa.

Los hábitos alimentarios son otra esfera en que se observan cambios drásticos, pues a medida en que las adolescentes completan su máximo crecimiento y desarrollo, y comienzan el largo proceso del “desarrollo de la figura”, empiezan a experimentar y modificar la dieta. Algunos de estos cambios ocasionan patologías graves como la anorexia nerviosa y la bulimia. En los varones también se observan modificaciones similares en los hábitos alimentarios.

Por lo tanto, éstas características de los adolescentes, afectan al odontólogo para proporcionar cuidados dentales profesionales. Por ello, las consultas periódicas al dentista, sumadas al énfasis en los cuidados constantes en el hogar, el uso óptimo de fluoruros tópicos y orientación en el control del régimen alimentario, son las metas y los retos del odontólogo que trabaja con adolescentes.

La higiene personal, como cualquier otra actividad social establecida, es objeto de respuestas variadas durante la adolescencia, y es probable que los regañones insistentes por parte de los padres y el dentista produzcan una respuesta negativa. Cuando el paciente comprende la importancia de la higiene bucal y está dispuesto a hacer de él un compromiso diario, el odontólogo puede ayudarlo a desarrollar una rutina de limpieza que sea aceptable para el joven y que le permita mantener un ambiente bucal saludable.

El uso de hilo dental debe formar parte de la rutina de higiene bucal diaria a esta edad. La coordinación gruesa y fina por lo general es adecuada en los adolescentes. El uso del portahilo puede ser útil para los que aún tienen dificultades con el método tradicional de uso del hilo dental.

La meta del paciente deberá consistir en una limpieza completa diaria. Se le debe informar la importancia que reviste hacerla a conciencia, lo cual

requiere que reserve tiempo antes de acostarse para la rutina de cepillado y uso del hilo dental. Después de las comidas debe fomentarse el enjuague vigoroso con agua. Si el paciente tiene aparatos de ortodoncia, será necesario incluir un tiempo adicional y modificaciones en la rutina para eliminar no sólo la placa, sino los residuos de alimentos atrapados alrededor de los brackets y alambres.

En virtud de que la gingivitis ocasionada por los depósitos de placa es común en los adolescentes, debe incluirse la prescripción de enjuagues bucales en el ejercicio diario de higiene bucal.

Las recomendaciones generales para el control de la dieta en adolescentes debe concentrarse en una alimentación equilibrada, reducción en la frecuencia de comidas a deshoras y selección de alimentos no retentivos a los dientes y a los tejidos blandos. Por desgracia estas recomendaciones entran en conflicto con la forma de ser de los adolescentes, ya que con la independencia que recién han adquirido, su actitud rebelde contra los sistemas sociales establecidos, su aceptación de las recomendaciones de la televisión, la radio e ídolos del cine, y la presión de sus compañeros, resulta difícil al odontólogo y su equipo transmitirles la importancia de estas recomendaciones y esperar que se acaten.

Por fortuna, debido al incremento en la actividad social en los años intermedios de la adolescencia, existe un gran deseo de verse atractivo, al tiempo que la boca, que es el centro de la cara, cobra mayor importancia. El desafío que tiene el odontólogo es hacer que el cuidado diario de los dientes y el régimen alimentario sean del interés de este grupo.

Según el estado bucal actual del paciente su madurez psicológica y emocional, y la influencia de los padres, la asesoría se puede dar directamente al paciente o, en caso necesario, junto con los padres. A esta

edad el adolescente puede disfrutar de la independencia de la participación de los padres. Por ello, el odontólogo debe decidir si incluye o no a los padres y si debe informarles sobre los resultados de la asesoría.

De igual forma, McDonald indica que aunque los adolescentes son capaces de llevar a cabo con provecho los procedimientos de higiene oral, el principal problema durante este período es el cumplimiento. Por lo tanto, es necesario que tanto los odontólogos como los padres ayuden a el adolescente a medida que pasa por este difícil estadio de la vida. Para que acepten su nuevo papel, es útil destacarles el incremento de responsabilidades que tienen como adultos, pero sin adoptar un carácter autoritario³⁵

Es importante que el padre se amolde a los cambios de personalidad de su hijo y que refuerce la necesidad de la higiene y la atención oral.

Para motivar a estos pacientes es aconsejable aumentar sus conocimientos sobre el control de la placa y de las enfermedades orales, así como interesarse por su aspecto físico.

También sugiere, que la descripción precisa de la importancia de la higiene oral es decisiva en cada caso particular para aumentar el grado de motivación. La información, en términos sencillos, así como con entusiasmo y convicción, se debe utilizar un lenguaje comprensible para el paciente.

Cuando se está en la consulta odontológica, la relación que se debe de tener con este tipo de grupo es, amigable, sincero, crear un ambiente agradable, con el fin de que el adolescente entre en confianza con el odontólogo, se recomienda, saludarlo, presentarse, la existencia de un contacto físico (sin ser mal interpretado) llamarle por su nombre y por supuesto mirarlo a la cara.



Odontoblog.com.mx

Las instrucciones sobre higiene oral deben darse de una forma positiva y tranquilizadora, nunca como una crítica. Las frases más apropiadas serían del estilo de " voy a enseñarte como hacerlo mejor" en lugar de "lo estás haciendo todo muy mal". Hay que ser útil, pero firme.

Si se ajustan unos objetivos y se felicita por los logros conseguidos, se obtendrán actitudes positivas. Es muy útil mantener una actitud abierta frente a ellos en relación a las prioridades y el progreso realizado.

En el artículo, La educación como punto de partida inicial en la prevención, se cita lo siguiente: la OMS plantea que la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones acerca de su conducta sanitaria es mayor cuando pueden participar en su propio entorno educativo, físico y social³³

Por lo tanto, la clave para promover la prevención efectiva de lesiones cariosas durante lo que puede ser una etapa de rebeldía depende muchas veces de reconocer los principales factores de motivación que operan en este grupo de edad, y de adoptar una actitud basada en el acatamiento lejos del ideal. El énfasis en la apariencia personal y la higiene en este grupo de edad puede utilizarse como un factor de motivación poderoso para desarrollar actividades preventivas. Otra estrategia consiste apelar al deseo

del adolescente de ser visto como una persona autónoma y capaz de cuidarse a si misma.

No obstante las bases psicológicas para la motivación, debe tomarse el tiempo para asegurarse que los adolescentes comprendan la naturaleza de los procesos patológicos que se incluyen en los programas preventivos, así como los mecanismos generales por los cuales se considera que las medidas prescritas contraatacan tales procesos. Este énfasis en la educación tiene mayores posibilidades de aceptación y producirá mejores resultados a largo plazo que la actitud autoritaria o condescendiente.

Hay que ganarse su atención enganchando el cuidado dental con la estética, ya que esos son los temas que les preocupan, invitándoles a tener unos dientes sanos para tener una bonita sonrisa, estar más atractivos así como tener mayor confianza y autoestima³²

Finalmente, añadiremos que debido a que la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de gran rebeldía, confusión, inconstancia, etapas crecientes y decrecientes de interés en la limpieza, obediencia a la autoridad y aceptación de la auto responsabilidad, tratar a estos pacientes como verdaderos adultos suele provocar una buena respuesta y aparecen así los factores facilitadores que permiten que una motivación o aspiración se realice (habilidad individual, destreza en la técnica de cepillado, manejo del hilo dental, etc.)³³

CONCLUSIONES

Los adolescentes cumplen un papel dentro de la comunidad, por lo tanto, ellos serán los principales actores en un futuro, por eso deben desarrollar una buena actitud frente a su salud. Disminuir los riesgos de adquirir enfermedades es clave para su desempeño. Sería importante identificar los cambios y no estar en contra de ellos, para que este grupo pueda sentir seguridad en la forma de asumirlos de una manera saludable.

Sin embargo, un buen manejo se debe realizar teniendo en cuenta sus características, además sería fundamental que el compromiso no sólo sea por parte de una área de trabajo, sino de todos los profesionales de la salud. Se destaca que la adolescencia es una edad crítica, a la que se debe poner especial énfasis dado su complejidad e impacto desde varios aspectos de la salud en edades posteriores.

Como expresamos en el presente trabajo, la adolescencia es un período de riesgo para la salud bucal, las enfermedades prevalentes pueden ser prevenidas con prácticas de autocuidado y medidas de protección específica.

La comprensión de la naturaleza de la enfermedad y medidas para lograr su prevención por parte del adolescente posibilita resultados positivos, pero también deberá ponerse énfasis a nivel comunitario en espacios de información con criterios más holísticos en cuanto a recursos humanos para salud. Es responsabilidad de cada odontólogo conseguir que la higiene bucal y la prevención se conviertan en el núcleo central de sus actividades. Escuchar, educar, adaptarse y motivar a los pacientes significa propiciar el éxito de los programas de prevención.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes www.who.int
2. Castaño M. Educación para la salud. Rev.Digital Innov. y expe. Educa. N.22, sept.2009.
3. Promoción de la Salud. Glosario.OMS. Ginebra.1998, Pp 29. www.who.int
4. Vargas A., Palacios V. Educación para la salud, 1ra.ed.México,Editorial McGraw-Hill,1993, Pp 20-22, 255,256.
5. López M. Salud Pública, 1ra. ed. México, Editorial McGraw-Hill, 1993, Pp 121,122, 166-170.
6. Tapia R. Modelo operativo de Promoción de la salud, Subsecret. De prevén. y promoc. de la salud, 2006, Pp 27,28 www.promocion.salud.gob.mx
7. Restrepo H., Malaga H., Promoción de la salud: como construir vida saludable, 1ra. ed. Bogotá, Editorial Médica Panamericana, 2001, Pp15-53.
8. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, 3ra. ed, España, Editorial Paraninfo, 2002 Pp 8-17, 26-59.
- 9 . Organización Panamericana de la Salud. Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables, Washinton. DC., 2006, Pp 36,38.
10. Llacuna J. La comunicación frente a frente, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. www.mtas.es
11. Álvarez R. Educación para la salud, 2da. Ed., México, Editorial El Manual Moderno, 2005, Pp 7,16.

12. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud, 1989, Pp 198,203,213,224,227,236.
13. Zurro C. Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica, 5ta. Ed., España, Editorial El sevier, 2003, Pp 657-665.
14. Berlo D. El proceso de la comunicación: introducción a la teoría y a la práctica, 3ra. ed., Buenos Aires, Editorial El ateneo, 2002, Pp 19-45.
15. Corral M. Comunicación y vida: taller de comunicación, México, Editorial Hederé, 2004, Pp 91-106.
16. Kroeger A. Luna R. Atención primaria de salud: principios y métodos, 2da. Ed., México, Editorial Organización Panamericana de la Salud Pax México, 1992, Pp 147-152.
17. Grenne W. Simona B. Educación para la salud, 1ra. ed., México, Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1988, Pp 42-46, 131.
18. www.psicopedagogia.com
19. Valdivia L. Aller L. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud, Washington DC, Editorial Organización Panamericana de la Salud, 1984, Pp 3-71.
20. Martí E. Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente, 1ra. ed., Barcelona, Editorial Horsori, 1997, Pp 10,11,35,36,39-43,47,73-75,83,84,93,94,108-110,114-117.
21. Muss R. Teorías de la adolescencia, México, Editorial Paidos, 1984, Pp 84-86.

22. Stone J. Niñez y adolescencia, Buenos Aires, Editorial Paidós, Pp 255-256.
23. Hadfield J. Psicología evolutiva de la niñez y la adolescencia, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1962.
24. Burt B. Concepts of risk in dental public health. Comm. Dent.Oral Epidem., 2005, Pp 33.
25. Berra M. Dueñas R. Educación para la salud: conductas de riesgo en los adolescentes y jóvenes, Psicología ICSa-UAEH,N.5, Pp 119.
26. Tascón, J. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del valle del Cauca, Colombia Médica, 2005, vol.36.
27. Mafla, A. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral, Colombia Médica,2008, vol. 39, Pp 44-47.
28. Valente, M. Shirley; Adolescencia y salud bucal; Adolescencia Latinoamericana; 1998;vol. 1;Pp 170- 174.
29. www.aepap.org
30. www.mapfre.com
31. Pérez, Y. Vidal, E. Maloclusiones y características clínicas de trastornos temporomandibulares en pacientes ortodóncicos. Clínica Estomatológica "Manuel Angulo". Holguín 2008; Ciencias Holguín; 2009, diciembre. www.ciencias.holguin.cu
32. www.saludymedicina.com.mx
33. Faisal, M. Vila, V. La educación como punto de partida inicial en la prevención, Universidad Nacional Del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, 2004.
34. Pinkham, J.R., odontología pediátrica, 3ra. Edición, Pennsylvania, Editorial McGraw-Hill Interamericana,1999, Pp 627-628,670-673.

35. McDonald, Odontología pediátrica y del adolescente, 6ta Edición, España, Editorial Mosby, 1995, Pp 267, 268.